# 医院感染管理自查报告

来源：网络 作者：倾听心灵 更新时间：2024-02-24

*医院感染管理自查报告1何家堡村卫生室院内感染自查报告 糜杆桥镇卫生院：按照上级指示精神，深入贯彻落实《医院感染管理办法》认真查找医疗机构在院内感染管理，报告和处置方面存在的问题，进一步加强医院管理有效预防和控制传染疾病原体，耐药菌，条件致...*

**医院感染管理自查报告1**

何家堡村卫生室院内感染自查报告 糜杆桥镇卫生院：

按照上级指示精神，深入贯彻落实《医院感染管理办法》认真查找医疗机构在院内感染管理，报告和处置方面存在的问题，进一步加强医院管理有效预防和控制传染疾病原体，耐药菌，条件致病菌及其他病原微生物的医院感染和医源性感染，增强医院防治能力，保障人民群众的健康和生命安全。我村卫生室特别重视，抓好落实，从建立组织，完善制度，职责，到一线督察，有重点，有部位，有措施，全面规范科学的发展了院内感染管理，自查自纠工作。

一. 加强组织领导，保证院内感染管理工作的顺利开展。

我村卫生室成立了院内感染管理小组。

在以卫生室负责人为首，全体医务人员参与；负责卫生室的控制工作，并对村组进行指导，认真抓好日常工作，定期，不定期对各科室院内感染控制工作进行督促，检查，对全村的相关数据进行收集，统计，并向镇卫生院汇报。各科室人负责本科室的监控工作，按时向卫生室负责人汇报有关情况。由于工作层层落实，保证了我村卫生室院内感染管理工作的顺利开展。

二. 认真开展自查自纠

通过几天的自查我们还存在诸多问题：

（1） 医务人员院内感染知识与控制意识浅薄；

（2） 注射室及病室消毒记录不全，消毒不及时；

（3） 院内感染控制制度不全面；

（4） 院内感染控制细节做得不够；

（5） 院内感染登记不全；

针对我村卫生室存在的问题及时召开工作会逐一进行分析，想办法，找措施，解决存在的实际问题：

（1） 建立组织明确职责，责任到人；

（2） 健全完善制度约束人；

（3） 制定院内感染培训计划，提高职工思想意思；

（4） 开展室内室外卫生大清扫；

（5） 做好院内感染相关活动的登记工作等；

三. 进一步完善管理制度并贯彻落实。

医院感染管理制度是搞好医院感染的基础和重要保证。

制定一整套科学实用的管理制度，健全完善了院内感染管理，各科室消毒，隔离，院内感染报告，特殊病例转诊，污水污物处理管制度，来规范医务人员的行为。加强制度的建设和学习，并认真贯彻执行，降低医院感染的发病率极为重要，使各项工作落实到实处。

四.加强了注射室的消毒管理工作。

会上，大家一致认为要特别重视注射室的建设，经常检查室内墙面，天花板，保持光滑，无裂缝，不落尘，注射室的安排合理，坚持做到“三区”，“三分开”

三区：污染区，清洁区，无菌区；

三分开：污物回收物与发放净

物分开，初洗与精洗分开，未灭菌与已灭菌物品分开；

五.继续抓好临床各科室消毒隔离，感染监控工作。

1.根据《传染和防治法》《消毒管理法》《院内感染的规定》等，每半月检查一次，对发现问题及时处理。

2.对临床科室护理人员的手表面，物表面，空气，消毒剂，光外线的强度，高压灭菌包等的监测。

3.每天晨会了解有关院内感染病例，有关漏报，错报等，各科对发现院内感染病例及时登记并上报防保科，进行相应处理。

4.认真搞好环境卫生，室内卫生，个人卫生和饮食卫生。

六.管好一次性用品，保证病员的医疗安全及防止社会污染。

在以后的一次性用品购进中，我们要加强这方面的管理工作，严格查证，检查质量，库房保管对购进一次性用品进行检查，登记，把好一次性用品消毒药械购进关口，严防不合格产品进入。加强了一次灭菌医疗用品储存管理，按要求离地离墙存放。由于管理严格无一例病人使用不合格的一次性无菌医疗用品。我院的一次性空针，输液器，的毁形消毒率100%。

七.加强院感知识培训，提高安全隐患医务人员控制院内感染意识。我们相信，只要我们不断总结经验，虚心学习，我们将把院内感染控制工作做得更好。

何家堡村卫生室 20xx年5月10日

**医院感染管理自查报告2**

厦门市思明区卫生监督所：

我院历来高度重视医院感染管理工作，并高度重视医院感染管理的自查工作，在区卫生和计划生育局的领导下，于1月26日至201月31日期间在全院范围内开展自查工作，自查工作要求：边自查、边整改，力求做到全面自查，不留死角，以医院感染管理的重点部门和重点科室为重点，全力创造良好的就医环境，维护正常的医疗秩序，为患者提供优质、安全、便捷、价廉的医疗服务。现将此次我院医院感染管理工作自查情况汇报如下：

一、自查结果：

医院感染工作的目的在于有效预防和控制医院感染，提高医疗质量，保证医疗安全。我院医院感染管理工作，主要措施和已做到位的工作如下：

1.成立了厦门天济医院感染管理科，全面负责全院的医院感染监控管理工作，完善了医院感染科到各科室医院感染管理负责人(医师)和环境消毒监测护士建设。

2.医院感染管理委员会切实搞好以下工作：制定医院感染监控计划、制度和监控措施及医院感染在职培训工作，组织落实医院感染监控措施，定期在全院范围内进行医院感染监测。完善了每月一次的感控监测以及各科室感控检查的登记。

3.加强对重点部门、重点科室，如：治疗室、注射室、换药室、产房、手术室、口腔科、检验科等部门、科室的感染监控、质评、漏报追查工作。

4.严格按照消毒、灭菌操作规范，对各种物品进行消毒、灭菌。并认真定期开展消毒、灭菌效果监测工作，督促相关科室做好消毒液更换、紫外线灯管擦拭、紫外线消毒等工作的登记、记录工作，收集好相应的痕迹资料。

5.按照医疗废物处置规范，抓好医疗废物处置工作，从源头上杜绝了医源性废物流入社会。

6.抓好了法定传染病疫情报告、管理工作，由专人负责收集《中华人民共和国传染病报告卡》，并实现网络直报。

通过以上工作，全院未发生一例医院感染事件。

二、我院医院感染管理工作存在的主要问题和原因分析：

1.医院感染病例监测方面，病例报告少，对医院感染登记表填写不重视。确诊的医院感染临床没有针对性处置及记录。

原因分析：医院感染管理专职人员未经专业培训，临床医生对医院感染认识不足。

2.传染科未独立设置，传染病人的收治由内一科负责，有发生院内感染和交叉感染的潜在隐患。

原因分析：医院规模较小，人员紧凑。

3.细菌培养标本送检率低，导致抗菌药物出现乱用、滥用。

原因分析：检验科人员过少，没有专职微生物人员；临床医生对细菌培养和药敏试验检查认识不足。

三、医院感染管理下步工作计划及整改措施：

1.医院感染科进一步搞好以下工作：制定医院感染监控计划、制度和监控措施及医院感染在职培训工作，组织落实医院感染监控措施，定期在全院范围内进行医院感染监测。完善每月一次的感控监测以及各科室感控检查的登记。

2.进一步加强对重点部门、重点科室，如：治疗室、注射室、换药室、产房、手术室、口腔科、检验科等部门、科室的感染监控、质评、漏报追查工作。

3.进一步严格按照消毒、灭菌操作规范，对各种物品进行消毒、灭菌。并认真定期开展消毒、灭菌效果监测工作，督促相关科室做好消毒液更换、紫外线灯管更换、紫外线消毒等工作的登记、记录工作，进一步收集好相应的痕迹资料。

4.进一步按照医疗废物处置规范，抓好医疗废物处置工作。

5.进一步抓好好法定传染病疫情监控、报告工作，完善责任追究制度，确保漏报率为零；严格掌握诊断标准，有效控制法定传染病报病率和误诊率。

6. 进一步抓好宣传教育、培训工作，尤其是医院感染的基础知识及手卫生知识。

厦门天济医院

20xx年1月30日

**医院感染管理自查报告3**

按照上级有关医院感染工作规范和要求，我们在全院范围内开展自查工作，以医院感染管理的重点部门和重点科室为自查重点，实行边自查、边整改，力求做到全面自查，不留死角，全力创造良好的就医环境，维护正常的医疗秩序，为患者提供优质、安全、便捷、价廉的医疗服务。现将此次我院医院感染管理工作自查情况汇报如下：

一、自查结果：

医院感染工作的目的在于有效预防和控制医院感染，提高医疗质量，保证医疗安全。我院医院感染管理工作，主要措施已做到位的工作如下：

1.成立了医院医院感染管理小组，全面负责全院的医院感染监控管理工作，明确了各科室医院感染管理负责人。

2.医院感染管理小组负责以下工作：制定医院感染监控计划、制度和监控措施及医院感染在职培训工作，组织落实医院感染监控措施，定期在全院范围内进行医院感染监测。完善了每月一次的感控监测以及各科室感控检查的登记。

3.加强对重点部门、重点科室，如：治疗室、注射室、换药室、产房、手术室、妇产科、儿科、检验科等部门、科室的感染监控、质评、漏报追查工作。

4.严格按照消毒、灭菌操作规范，对各种物品进行消毒、灭菌。

并认真定期开展消毒、灭菌效果监测工作，督促相关科室做好消毒液更换等工作的登记、记录工作，收集好相应的痕迹资料。

5.按照医疗废物处置规范，与州友谊环保有限公司签订了相关协议，确保我院医疗废物处理流程规范到位。

6.抓好法定传染病疫情报告、管理工作，由专人负责收集《中华人民共和国传染病报告卡》并及时网报疫情。

通过以上工作，全院未发生一例医院感染事件，无疫情漏报发生。

二、我院医院感染管理工作存在的主要问题和原因分析：

1.医院感染病例监测方面，病例报告少，对医院感染登记表填写不重视。

原因分析：医院感染管理专职人员未经专业培训，临床医生对医院感染认识不足。

2.细菌培养标本送检率低，导致抗菌药物欠规范。

原因分析：检验科人员过少，没有专职微生物人员；临床医生对细菌培养和药敏试验检查认识不足。

三、医院感染管理下步工作计划及整改措施：

1.医院感染管理委员会进一步搞好以下工作：制定医院感染监控计划、制度和监控措施及医院感染在职培训工作，组织落实医院感染监控措施，定期在全院范围内进行医院感染监测。完善每月一次的感控监测以及各科室感控检查的登记。

2.进一步加强对重点部门、重点科室，如：治疗室、注射室、换药室、产房、手术室、检验科等部门、科室的感染监控、质评、漏报

追查工作。

3.进一步严格按照消毒、灭菌操作规范，对各种物品进行消毒、灭菌。并认真定期开展消毒、灭菌效果监测工作，督促相关科室做好消毒液更换、紫外线灯管更换、紫外线消毒等工作的登记、记录工作，进一步收集好相应的文字资料。

4.进一步按照医疗废物处置规范，抓好医疗废物处置工作。

5.进一步抓好好法定传染病疫情监控、报告工作，完善责任追究制度，确保漏报率为零。

6.进一步抓好宣传教育、培训工作，尤其是医院感染的基础知识及手卫生知识。

医院感染管理是医疗质量、医疗安全管理的重要组成部分，把医院感染控制作为医疗工作的重点，我院将按卫生部的各项有规定认真落实，各项医院感染控制措施执行到位，确实保障医疗质量和医疗安全。

**医院感染管理自查报告4**

根据卫生局浮卫字【xxxx】111号文件精神，我院开展了医院感染和医疗废物处置检查工作，为了加强医院感染与医疗废物的安全管理，进一步完善本单位医疗废物的收集、运送、储存位置的管理规范，防止疾病传播，保护环境安全，切实维护群众健康，我院重新组织学习了《医院感染管理办法》、《医疗废物管理条例》，对自身存在的问题进行了剖析及自查。

一、主要发现的问题有以下几点：

1、医务人员普遍对院内感染知识与控制意识浅薄。

2、院领导对医院感染管理重视不够。

3、院内相关消毒硬件配备不全。

4、医疗废物处理存在乱放、乱丢、登记不及时和遗漏登记等，医疗废物处置时无双方签字。

5、治疗室及处置室紫外线消毒登记不健全。

二、鉴于以上几点问题，我院做出了以下几项整改：

1、健全组织，完善制度。

成立了医院医疗废物管理领导组，由院长司东红任组长，副院长刘杰、宋安强任副组长，成员由各相关科室负责人组成，领导组明确了职责任务，制定了医疗废物制度，专用运送工具及销毁制度。

2、组织全员培训，重新学习了《医院感染管理办法》，《医疗废物管理条例》，并做出了考核。

3、新添加了紫外线消毒灯及医疗废物存放桶，并贴好了相关标识。

4、细化医疗废物分类收集管理。

（1）、将医疗垃圾及生活垃圾分类收集，杜绝医疗垃圾与生活垃圾混装，统一规定医疗废物使用黄色塑料袋盛装，生活垃圾用黑色塑料袋盛装，禁止将医疗废物混入其它废物和生活垃圾中。

（2）、将医疗废物分别扎口密闭，针头、穿刺针、刀片等毁形后放防渗漏耐穿刺的利器内3/4满时闭锁，不得再取出，贴上标签。

（3）、病原体培养基、标本、菌种和毒种保存液应先高压灭菌后再按感染性废物处理。

（4）、隔离传染病人或疑似传染病人产生的医疗废物及生活垃圾废物，应用双层专用包装物及时密封，贴上标签。

5、加强对一次性使用的医疗器械、器具的管理。

一次性使用的医疗用品用后，按医疗废物处理，禁止重复使用和回流市场，并做好登记工作，使用过的一次性使用医疗用品如：一次性注射器、输液器、和输血器等物品必须就地进行消毒、毁形，无回收价值的可放入专用收集袋、直接焚烧。

6、加强资料登记及管理。

相关科室建立医疗废物管理情况登记表，登记核对来源、种类、或数量，以及经办人签名等项目，要求登记资料保存齐全。

7、制定了医疗废物处置应急预案。

建立了发生医疗废物意外事故的《应急预案》，对转运途中发生医疗废物泄露必须采取相应的安全应急处理措施，严防发生二次感染、确保安全。

通过这次对我院的医疗废物管理工作的自检自查，对存在的问题提出了具体的整改意见，各科室也逐步规范了医疗操作行为，在今后我院要加强对各相关科室的检查力度。我们在医疗废物的管理上有了很大的提高，但因单位客观条件限制，在医疗废物转运工作还不能完全规范，我们将在以后的工作中逐步加大资金投入、规范操作，彻底杜绝因医疗废物管理不当而造成的对广大人民身心健康的损害。

北王乡中心卫生院

二0xx年x月xx日

**医院感染管理自查报告5**

为进一步加强医院感染管理，保障医疗护理质量和患者安全，遵照郑州市卫生计委关于转发河南省卫生计生委关于印发河南省县级和基层医疗机构医院感染管理专项督导工作方案的通知要求，现将我院感染管理工作总结汇报如下：

一、加强组织领导：

医院感染管理实行院长领导下，组建医院感染管理委员会，院感染管理小组，保证了医院感染管理工作的顺利开展。

二、进一步完善管理制度并贯彻落实：

制定了医院感染管理各项规章制度（如：医院感染控制制度，消毒药械的管理制度，消毒隔离制度，医院感染病例登记报告制度，医务人员职业暴露处置流程，医疗废物管理制度及处置流程、医院感染管理工作检查标准等），并要求相关人员认真学习，贯彻执行，以提高防范意识、降低医院感染的发病率。院感科定期和不定期下科室督促检查制度落实情况。一年来，医院未发生医院感染暴发流行事件。

三、加强对重点科室的院感管理工作：

医院非常重视重点科室的建设，对重点科室请专家规划设计，如供应室的建设，做到“三区”“三分开”“三通道”，高压蒸汽灭菌时，坚持在无菌包外使用指示胶带、无菌包内使用指示卡进行自我监测和日常监测，保证了消毒灭菌质量。有效地控制了医院感染的发生。

四﹑抓好临床各科室消毒隔离、感染监控工作

严格执行消毒隔离工作，严格遵守无菌操作技术，设立手术室、供应室、医院感染管理及工作流程，清洁消毒流程。治疗处置病人坚持一人一针一管一用一消毒，病床采用湿式清扫，一床一套，床头柜一桌一抹布一消毒，病人出院后床单位按终末消毒处理。治疗室无菌物品与一次性物品分开放置，无菌物品开启后记录开启时间，每日紫外线消毒空气。

五、有较完善的监测制度：

定期对各科室监测空气、物体表面、工作人员手各一次。对使用中的消毒剂(酒精、碘洒等)定期监测一次，含氯消毒剂每天监测。对紫外线灯的强度每月监测一次。医疗垃圾分类处理，一次性物品(注射器、输液器等)按要求统一收集集中处理。

六、一次性物品管理：

医院感染管理委员会对一次性医疗用品的采购、管理和使用后处理履行监督检查职责。一次性医疗用品使用后采取毁形、统一回收、无害化处理措施，并有记录可查。

七、医疗废物管理：

医院感染管理科制定了医疗废物处理流程，设立医疗废物用后毁形、回收登记本，与处置单位人员交接、双签名制度。

八、认真开展自查自纠，通过自查我们还存在诸多问题：

1、医务人员对院内感染知识与控制意识浅薄。

2、医务人员手卫生依从性差，消毒、灭菌观念有待加强。

3、抗菌素使用不够规范。

4、院内感染控制细节做得不够。

针对医院存在的问题，逐一分析并提出整改措施：

1、健全完善制度，加强管理力度。

2、明确职责，责任到人。

3、制定医院感染管理培训计划，加强培训，提高医务人员思想意识。

4、大力倡导洗手、使用干手消毒剂，并使用符合要求的干手设施等。

由于医院条件有限，还存在很多不足，医院感染管理工作在这次自查中将不断地自纠、整改、完善。在上级领导的重视下，我们相信，只要我们不断总结经验、虚心学习，将会把医院感染管理工作做得更好。

**医院感染管理自查报告6**

医院感染管理工作需要全员参与，充分发挥科室医院感染管理小组职责，才能降低感染发生的风险。根据《医院感染管理办法》的.要求，特制定自查报告制度。

一、医院感染管理小组负责制定并定期修定自查指标，上报指标依据我院医院感染管理工作开展的重点，指标简明扼要，利于上报人员填。

二、科室指定医院感染管理小组成员中的专人负责科室医院感染自查数据的报告。

三、科室应按本制度要求每月30日前将自查数据上报医院感染管理科。

四、科室上报的自查指标应包括：

（一）科室自查手卫生依从率（填写具体数据，表格）。

（二）当月科室发生医院感染例数。

（三）如有3例以上（包括3例）医院感染发生，科室是否均采取隔离措施并讨论意见。

（四）当月医院感染管理科各类途径（书面、短信、电话）反馈存在问题的整改情况。

（五）当月有无医院感染疑似暴发事件。

**医院感染管理自查报告7**

为了进一步规范医院感染管理，有效控制医院感染的发生，保障患者医疗安全，根据《医院感染管理办法》的要求，现将20xx年第二季度我院院感工作情况进行反馈。

今年4-6月份，在各个临床科室全体医护人员的积极参与和配合下，医院感染管理工作平稳进行，未出现感染爆发流行，现将具体情况汇报如下：

一、提高认识，加强学习，不断促进医院感染工作的发展和开展，第二季度进行了两次全体员工的院感知识培训，并不定期在医院微信群里发送院感知识，使全院员工便于看到，对新员工进行了岗前培训，经考核全部合格。

二、通过加强院内感染的监测、自查及上级领导来院检查给予的指导意见，根据我院的实际情况进行了院感监测方面的改进，对有关院感的各项制度、操作流程进行了更新，使本院的院感防范工作得到了提高；加强了手卫生的学习，使手卫生依从性也得到了提高，消毒隔离措施也更加完善，有效防止了医院内交叉感染的发生。

1、院内感染的发生率、漏报率。

4-6月份共计病人xx人，感染xx人，以肺部感染最多，尿路感染次之，感染率xx%，比第一季度减少，无漏报，全院病人病原体送检人数xx人，送检率xx%，按例次算送检率为xx%，数目较第一季度上升1.6%，多重耐药菌感染8人次（包括带入感染和院内感染的）。

2、对于多重耐药菌感染，我们院感办也采取了措施，发现有耐药菌感染者，由检验科电话通知院感监测人员，院感人员再到病人所在科室进行督导、干预处置，并提醒大家加强手卫生依从性，做好消毒隔离，避免了院感的流行与爆发。

3、抗生素的合理使用。

内科：4-6月份住院病人及出院病人病史查阅显示，通过不断反馈和医务科、院感办的督查，不合理使用抗生素现象明显减少，并提高了血常规、病原学的送检率，个别不合理使用的，已反馈到所在科室。

外科：手术围术期抗生素的使用，对于手术病人预防用抗生素的，术前带入手术室的达xx%，肛肠科手术术前半小时用抗生素者达xx%，一类切口预防用抗生素使用率xx%，术后使用抗生素超过3天的较第一季度有减少，所以，这要从观念上改变，并组织大家学习合理使用和抗生素原则。

4、医务人员职业暴露在日常的工作中也很重要，通过学习大家提高了认识，今年第一季度，工作人员无人因职业暴露受伤，但还是要提醒大家按操作规程做，养成好的习惯。

5、存在的问题：个别医生在感染处置方面意识较差，感染出现后，未及时予以送检病原体及药敏培养；有些入院时尿常规异常，未予以复查；分析原因是医生对病原学检查观念差；院内感染漏报现象仍存在，对于漏报存在原因，主要是医生忙于日常医疗工作，对此项工作还不够重视而致，另外，手术后预防用抗生素超过72小时现象仍有，原因是医生的用药习惯及使用抗生素的观念而致。

综合上述问题，希望各科室在今后的工作中加强院感知识学习，按照抗生素应用管理规范用药，从思想上引起重视，院感管理是医院管理的重要组成部分，是医疗质量的重要保障，院感工作责任重大。并就院感工作近期重点安排如下：

1、今后各科室要高度重视院感控制，加强院感知识学习，强调手卫生和标准预防的重要性，并认真落实。

2、根据《抗菌药物临床应用管理办法》规范应用抗生素，控制一类手术切口预防应用抗生素，治疗应用抗生素也要严格掌握指征，减少多重耐药菌感染，强化病原体送检意识。

3、提高手卫生依从性管理，加强监测。

4、医院感染病例及时上报，如有漏报、迟报者与奖金结合，加大惩罚力度。

本DOCX文档由 www.zciku.com/中词库网 生成，海量范文文档任你选，，为你的工作锦上添花,祝你一臂之力！