# 医院科室年度质控工作总结(实用48篇)

来源：网络 作者：尘埃落定 更新时间：2023-12-30

*医院科室年度质控工作总结120xx年医院感染管理工作能顺利开展，不断完善规章制度、细化管理措施，加大监督检查力度，全年无院感暴发事件发生。现将本年度医院感染管理工作总结如下：>一、重新修订医院感染管理规章制度根据国家卫计委不断更新和下发的医...*

**医院科室年度质控工作总结1**

20xx年医院感染管理工作能顺利开展，不断完善规章制度、细化管理措施，加大监督检查力度，全年无院感暴发事件发生。现将本年度医院感染管理工作总结如下：

>一、重新修订医院感染管理规章制度

根据国家卫计委不断更新和下发的医院感染管理规范，我院根据实际情况重新修订了《医院感染管理规章制度》。根据重新修订的制度每月进行严格的督导检查。

>二、全面综合性监测完成情况

1、感染病例监测情况

截止10月末监测出院病例933例，归档病例覆盖率100%，医院感染病例0例，医院感染率为0，漏报率为0。

2、现患率调查情况

我院8月4日进行了院感横断面的调查，总人数46人，医院感染病例0例，院感现患率为0。我院20xx年的院感横断面调查工作进入内蒙古自治区横断面调查优秀名录中，并获得荣誉证书。

>三、目标性监测完成情况

1、Ⅰ类手术部位感染监测

全年监测Ⅰ类手术病例共115例，Ⅰ类手术切口感染率为0，抗菌素使用符合要求。

2、多重耐药菌监测

住院患者总数900人次，使用抗菌药物前检验标本送检病例16例，住院患者中使用抗菌药物例数404例，住院患者抗菌药物使用率；接受抗菌药物治疗住院患者微生物检验标本送检率；病原体检出菌株总数10例，多重耐药菌检出菌株2例，多重耐药菌感染发现率；多重耐药菌感染检出率20%、监测结果显示我院接受抗菌药物治疗住院患者微生物检验标本送检率太低，低于30%的目标。

3、三管相关感染监测

本年度留置导尿管总天数0天，导尿管相关泌尿系感染发病率0；患者使用血管内导管留置总天数132天，血管内导管相关血流感染发病率0；患者使用呼吸机总天数0天，呼吸机相关肺炎发病率0、

>四、环境卫生学及消毒灭菌效果监测情况

本年度院感管理办公室加强院感采样监测，每季度对手术室、腔镜室、口腔科、血透室、生物安全柜、各病区的治疗室、处置室等高危险区的环境及医务人员手卫生进行监测。共采样147份，其中空气采样培养34份，物体表面采样培养30份，医护人员手采样培养29份，消毒液采样培养41份，消毒灭菌物品采样培养25份，合格率100%。

>五、手卫生监测情况

本年度受调查的医务人员实际实施手卫生次数225人次，同期调查中应实施手卫生次数476人次，洗手正确次数444人次，医务人员手卫生依从率，低于80%；洗手正确率，低于95%。

>六、医务人员职业暴露监测情况

加强了员工职业暴露的管理，检验室，血透室、手术室，消毒供应室等重点科室的人员每年进行一次感染四项检查，并指导重点科室进行职业暴露演练，强化了员工职业暴露的防护及处置能力，全年发生职业暴露1例，感染者是护士，感染源是乙肝，按职业暴露处理流程进行了正确处理，未发生不良后果。

>七、强化了院感知识培训及考核

全年进行了各级各类人员医院感染知识集中培训9次，考核9次，合格率100%，深入科室进行有针对性的专科感染知识培训12次。

**医院科室年度质控工作总结2**

为了保障医院质量的持续改进和提升，确保医疗安全。质控科于今年初根据国家《三级中医医院评审标准》和《三级公立中医医院绩效考核指标》中的重要内容未依据，重新完善和修订了《\*\*\*中医医院各职能部门的工作目标考核标准》，进一步明确了个职能科室的主要工作职责和工作目标任务，并分别发给各职能科室自行查阅，并对照执行。

完善并修订了医院26个职能科室《工作目标考核标准》共45页（5万多字）。

**医院科室年度质控工作总结3**

今年以来，医院感染管理工作在医院感染委员会的领导下，按医院感染管理工作的要求，积极完成了各项工作，经常对病房、手术室、产科分娩室、供应室等重点部门进行重点督查，对可能发生医院内感染的重点环节、重点流程、危险因素进行逐一检查，对检查中发现的问题现场进行指导，并提出整改意见，要求限期整改。现将工作情况总结如下：

>一、医院感染监控工作开展情况：

1、医院成立了组织机构，制定了相关院感制度。并进行了院感知识的培训及考试。

2、医院感染管理能按照标准进行各项工作，每月有工作计划及工作总结，检查工作有记录，总共检查90次。

3、各种登记本规范记录，高压消毒物品有记录，消毒包内有指示卡监测、包外有指示胶带监测。

4、医疗废弃物处理有记录，各科室统一使用了洗手液，手卫生得到进一步规范。

5、能够进行医院感染病例的监测及消毒灭菌和医院环境的监测。

6、每月对病房、产房、手术室及门诊治疗室等重要科室进行一次院感监测。检测项目有：空气、物表、台面、酒精、碘伏、工作人员手等。

7、环境卫生学、消毒灭菌效果及手卫生监测情况：

为规范全院各项消毒灭菌工作，预防院内感染，20xx年度院感科加强院感采样监测，对全院各科室进行了消毒灭菌效果监测，同时加强对手术室、产房、供应室、病房等重点科室的环境卫生学监测及医务人员手卫生的监测。全年全院共采样177份，其中空气采样培养49份，物体表面采样培养21份，医护人员手采样培养57份，台面采样培养16份，酒精采样培养6份，碘伏采样培养26份，手消液采样培养1份，药杯采样培养1份。合格率98%。之后院感办对不合格的4份采样培养进行了原因分析、反馈及整改，对不合格的4份从新做了采样培养，合格率为100%。

8、加强医疗废物管理，确保环境安全。

医院医疗废物和污水处置严格按照《医疗废物管理条例》和卫生行政部门关于医疗废物处置的管理规定，要求回收人员与临床医技科室严格交接、双方签字，用双层黄色医用垃圾袋装好后密闭转运。实行责任追究制，避免医疗废物流失，确保医疗安全。要求为工作人员配备必要的个人防护用品，各临床科室医疗废弃物分类处置，有交接登记记录，医疗废物暂存点符合要求，符合“五防”规定，并严格落实清洁消毒措施。

落实临床科室医院感染监控小组，按照医院感染管理责任要求，严格执行医院感染相关法律法规并落实各项规章制度，充分发挥监控医生、监控护士等医护人员医院感染管理工作职责，将医院感染管理工作落实到位。

>二、不足之处有待改进：

1、需进一步加强对一次性使用医疗用品的监督管理，进一步加强对一次性医疗用品及消毒药械的索证把关，确保符合医院感染的要求，达到消毒灭菌效果，并且杜绝重复使用。

2、进一步加强对重点科室、重点部门及重点环节的院感监测，如：手术室、产房、病房等科室。

3、医院感染管理科的监测工作需更细化、更深层次，降低医院感染率。

4、工作人员手卫生意识有待加强。

5、小部分工作人员对感染性医疗废物与损伤性医疗废物、生活垃圾与感染性医疗垃圾分类不清，需加强学习院感知识。

>三、下一步工作要求：

1、加强医院感染管理工作，健立健全组织机构，制定年度工作计划。并认真对医院感染进行监测。

3、加强对全院医务人员院感管理、个人防护、无菌操作技术等知识的培训，提高全员的素质，争取全院重视并参与这项工作。

4、加强重点部门的管理工作，不断改善布局及流程，规范器械的清洗、消毒操作规程，采取切实有效措施保证消毒灭菌效果。以保证医疗安全。

5、全员培训《医疗废物管理条例》和《医疗卫生机构医疗废物管理办法》，进一步规范医疗废物的管理；规范使用医用垃圾袋及利器合。

**医院科室年度质控工作总结4**

20xx年上半年感染性疾病科在院党政班子及医务科的正确领导下，认真落实医院的诊疗规范、核心制度及传染病消毒隔离制度。开展新技术、新项目，有效防控传染病的发生和蔓延，确保各项工作及时有效开展。半年工作总结如下：

>一、严格执行各项制度加强科室管理

1、规范病历管理，提高病历书写质量，在规定的时间内完成住院病案的书写。按要求书写处方和各项检查报告单。

2、坚持首诊负责制，按照传染病预检分诊制度，做好分诊。不推诿病人，转变服务作风，强化服务意识，提高服务质量。

3、按照《传染病管理法》规定，做好传染病报告管理。及时认真填写传染病报告卡片，上半年共报告传染病52例。

4、每月坚持业务学习一次，旨在提高医护人员自身素质。完善和更新各委员会活动记录，各项工作均有详细规范的文字记载。

5、通过每月行政查房和科室自查，发现问题及时整改。

>二、积极开展新技术新项目提高传染病治愈率

1、应用阿德福韦酯抗病毒治疗慢性乙型肝炎，使临床90%以上的乙肝患者达到持续抑制乙肝病毒复制，阻止或延缓肝脏病毒的进展，预防和降低了肝硬化、肝癌的发生率，从而减轻了病人的痛苦，提高了乙肝患者的生命质量。

2、应用单磷酸阿糖腺苷抗病毒治疗水痘，疗效显著。缩短了患者的病程，减轻病人痛苦，使病人得到早日康复。

>三、工作量及重危病人抢救情况

上半年抢救重危病人5例。其中重症出血热病人2例、腮腺炎合并脑膜炎1例、腮腺炎合并炎1例、肝硬化腹水合并消化道出血、多脏器损伤1例。全科医护人员以严谨的科学态度，精湛的医疗技术，团结一致，成功救治了以上5例重危患者，使病人转危为安。收到病人赠送锦旗一面。

>四、严格消毒隔离制度控制医院感染的发生

1、规范发热门诊及传染病房管理。常规配备消毒设备、消毒药品，完善消毒隔离技术，固定专人管理。按时做好病室消毒隔离，病人出院终末消毒，按传染病防控流程进行合理的布置安排。

2、加强自我防护意识，根据不同的传染病种类，按照个人防护级别，医护人员着装整齐，严格手卫生，为病人操作后洗手消毒或用快速手消毒液，保证医护人员执业安全。

3、做好医疗废物管理，杜绝交叉感染。严格一次性医疗用品的使用、回收、储存。病人的分泌物排泄物无害化处理。根据《医疗废物管理条例》规定，做到医疗废物不流失、不泄露，封闭运输，定点储存，专人登记，确保医疗安全。

**医院科室年度质控工作总结5**

20xx年在院领导和医院感染管理委员会的正确领导和大力支持下，在省、州有关专家的指导下，我院院感科工作坚持“以病人为中心”，严格按照《医院感染管理办法》、《消毒技术规范》、《医疗废物管理条例》等法律法规和\_新颁布的行业标准，以规范化、流程化管理为目标，做了大量工作，从组织落实开始，到严格管理制度，采取多种措施，加强全院医护人员院感知识培训，提高全院医护人员院感意识，努力促进我院的院内感染管理，将医院内感染率控制在较低水平，为医院的医疗质量保驾护航。现将本院感工作总结汇报如下：

>一、院感管理：

1、我院在感控工作中采用前瞻性调查，今年首次运用了横断面调查，使我院的病例调查工作更加及时可靠，更加科学规范；制作下发了院内感染病人上报卡，要求医护人员及时发现、及时上报，感控专职人员根据上报情况及时深入临床科室了解相关信息，提出相应的感染控制措施并监督指导执行。

2、根据\_的相关法律法规、规范标准、制度等，结合我院的院情，修订了我院院感的标准、制度并组织学习，使人人知晓，使其在从事各自医疗活动中将有章可循，同时也明确了各级各类人员在医院感染管理工作中的相应职责。

>二、质量控制：

1、根据医院医疗安全与质量控制的要求，完善了医院感染的质量控制与考评制度，根据综合目标进行督查反馈，全面检查和梳理有关医院感染预防与控制的各方面工作，认真排查安全隐患，为保证院感安全，切实抓好院感重点部门、重点部位、重点环节的管理，特别是手术室、产房、胃镜室、检验科、口腔科等重点部门的医院感染管理工作。制定了重点部位、重点环节的防治院内感染措施，院感科每月进行督查、指导和考核，防止院感在院内暴发。

2、院感科每月根据各部门院感的要求对各科室(包括重点科室及临床科室)进行质控督查和考核，发现问题及时反馈科室并协助进行整改。

>三、感染监测：

1、根据院感管理要求，做好医院感染病例监测及目标性监测。全年抗菌药物前瞻性调查住院病例数为719例，使用例数为565例，使用率为%。其中外科系统调查278例，使用抗菌药物227例，使用率%；内科系统调查441例，使用抗菌药物338例，使用率为%；目标性监测共计340例，无感染病例，其中导尿管相关感染目标性监测308例，疝气手术的手术部位感染监测32例，使用抗菌药物32例，使用率为100%，手术部位感染0例，感染率0%；及时完成了院感委员会要求的住院病人院感现患率调查工作。

2、开展环境卫生学、消毒灭菌效果监测。根据《医院感染管理办法》、《医疗机构消毒技术规范》等有关规范要求，对各科室进行了环境卫生学、消毒灭菌效果监测，采样729份，合格率为100%；其中空气监测94份，合格率为97%；紫外线灯辐照监测393盏，合格率为100%。

3、我科于11月份对全院开展了一次医院感染现患率调查，调查当日内全院的住院病人为233人，实查225人，实查率为%。无医院感染病例，细菌培养1例，送检率%。

>四、教育培训：

1、加强医院感染培训及考核，制定了医院感染管理培训计划，全年在医院内进行了8次医院感染知识培训，参加人员包括全院医务人员及工勤人员。培训内容为：重点部门医院感染的预防与控制，医院感染管理知识、管理办法培训，无菌技术、手卫生知识培训，科室规范化管理培训，工勤人员的职业防护及消毒隔离知识培训，医疗废物管理条例培训等。新上岗的医护人员进行了岗前培训，培训后进行了培训考核，合格后上岗。

2、院感专兼职人员参加了省、州卫生行政部门及上级医院组织的医院感染知识的培训，并取得相应的上岗证及学分。

>五、加强医院医疗垃圾的管理：

加大对后勤保洁人员的宣传及培训力度，提高意识，做到医疗垃圾与生活垃圾杜绝混装、医疗垃圾及时回收、回收医疗垃圾用运送工具密闭转运、杜绝倒卖医疗垃圾。医疗垃圾暂存处做好消毒处理工作，医疗垃圾及时与州医疗废物处置中心交接，禁止倒卖医疗垃圾导致医疗垃圾的流失。院感科定期和不定期对医疗垃圾的管理进行督查，发现问题及时整改，全院送交医疗垃圾共计4854袋，约合计xx吨；州医疗废物处置中心转移医疗垃圾1606箱。

**医院科室年度质控工作总结6**

护理质量直接关系到患者的生命健康与安全，关系到医院在社会公众中的形象。加强质量管理，不断提高护理服务质量，使患者满意是护理管理的中心任务，为适应护理工作发展的需要，质控科实行了由质控科护理质控成员、护理部成员、科护士长、病区护士长、病区质控员组成的护理质量\*\*路径，使护理质量在科学管理体制上有了明显提高。现总结如下：

>一、开展的工作

1、完善了质量\*\*体系

制定护理管理网络，建立质控科护理质控成员、护理部成员—科护士长—病区护士长及护理骨干为框架的护理管理\*\*网络，修订并完善各种质控网的工作职责，对每一项工作均设计合理流程，从而最大限度减少护理差错的发生，保证了护理质量。

2、增强质量\*\*意识

护士长作为医院护理系统中最基层的管理者，其质量\*\*意识、\*\*艺术、管理能力及水\*等直接影响质量\*\*环节。通过派一些护理骨干到上级医院进修学习、在院内开展护士长管理培训班，参加医院\*\*的艾滋病、结核病知识培训班，同时增派护理管理者及骨干参加院外\*\*的护理管理培训班，以提高护士长的管理意识和管理能力，提高护理人员整体素质。护士长充分发挥了以人为本的管理职能，调动护士的主观能动性，自觉地依照标准和\*\*，对自身行为进行约束和\*\*，实现了全员参与护理质量\*\*，增强了质量\*\*意识。

3、改进和完善了全院各科室质量\*\*评价标准

为使优质护理更深入人心、落实到位，进一步提高我院护理质量，通过结合质控中存在的问题，对全院各科室的护理质控标准进行进一步修订，特别是将优质护理融入分级护理、病房管理等质控标准中，强调绩效考核的落实，以充分调动全院护理人员的主观能动性及工作积极性，细化了质控标准，便于质控人员掌控，及时发现一些潜在危险，减少安全隐患。由于关爱门诊工作性质的特殊性，为提高艾滋病患者的回访率，降低失访率，提高患者的服药依从性，对新上治疗方案的患者首次咨询和健康宣教时间、病历收回后正确录入患者相关资料的时间做了明确规定，并纳入重点质控范围，使其更适合艾滋病患者门诊的咨询管理，利于护理工作的进一步开展和提高质量。

4、规范护理文件书写，强化法制意识

严格按照卫生厅护理文件书写规范要求，制定了医院不同病区护理文件书写规范及标准，采取\*\*全员培训，使护理人员更加明确护理文件书写的意义，规范了护士的行为，保障了护理安全，提高了护理质量；完整、客观、规范的护理记录，为举证提供了法律依据，保护了护患的合法权益。各级护理人员也明确了如何才能书写好护理文件，以达标准要求。

5、开展“优质护理”和“三好一满意”，提高护理满意度

随着社会的进步，患者及家属对护理服务要求的进一步提高，以及“优质护理服务”在全院的全面铺开，“三好一满意”的深入开展，做好患者基础护理、生活护理、健康宣教，提供优质的服务显得极为重要，护理部对全体护理人员进行了总动员，说明开展“优质护理服务”的重要性和必要性，以服务好、质量好、医德好和群众满意为准则，严格要求自己，鼓励护士长经常督促护理人员深入病房为患者服务，注重与患者的沟通、交流，质控科也进行相应质量督促及检查，提高了患者对护理工作满意度，减少医疗纠纷的发生。

6、加强环节质量\*\*

（1）发挥护士长质量\*\*主体作用。护士长的质量管理工作要有计划，对其科室的护理工作进行循环式的自查、自评，做到质控指标人人心中有数，达到全员参与护理质量\*\*。同时，护士长要做好几个重要环节的质量管理，\*\*好高危环节（抢救急危重症患者、使用特殊药物、更换床位、运送重患者检查）、高危人群（危重患者、年老体弱、新上岗护士）、高危时间（交\*\*、节假日、中午、夜间工作人员少时），把好患者的入院、治疗、护理、出院重点环节关，重点检查特殊管道、患者病情相关的安全隐患，做好警示标识及安全防范，确保了护理安全和护理质量的落实。

（2）建立、健全护士长夜间查房\*\*。制定长期的护士长夜查房机制，护士长夜间查房时，主要督促检查护理人员在岗及岗位责任履行情况、危重患者护理工作落实情况，做到白天护理质量\*\*与夜间护理质量\*\*相结合，使全院护理质控工作形成一个自查、自审、日控、夜查相结合的质控网络。

**医院科室年度质控工作总结7**

20xx年即将过去，在分管院长的正确\*\*和科\*\*的指导下，在全院各科室的积极协同配合下，医教科质控干事积极开展了各项工作并取得良好的成绩。现将本年度工作总结如下：

一、加强业务培训学习，提高医务人员的服务质量和沟 通能力。20xx年协助\*\*开展了医师扮演医患角色医疗纠纷辩论大会和医疗纠纷法律知识培训会。通过这些培训，提高了医务人员的医疗法律意识和医患沟通能力。

二、配合医疗质控专家完成每月的医疗质控工作。包括 运行病历的日常电脑监测情况、在床运行病历的现场抽查情况、在床运行病历合理用药现场抽查情况、归档病历的检查情况、门（急）诊病历检查情况、处方质量、各科室台账检查情况等，并将所有结果及时汇总。然后将相关缺陷以全院质控\*\*的形式反馈给责任科室负责人，令责任人及时整改，并对缺陷严重医师进行处罚、对表现突出医师进行奖励。达到时时\*\*医疗质量，防范医疗差错的.目的。

三、强化I类切口应用抗生素管理。在内网系统住院医生工作站督查临床各科室医师病历书写情况、非手术抗菌药

使用是否合理、I类切口手术预防用抗菌药物是否合理、手术是否预防用抗菌药、有无院感，并填写I类切口点评表及抗生素、I类切口使用率统计表。经院\*\*讨论，对I类切口应用抗生素管理得合理及不合理的医师，进行相应的奖励与处罚。

四、在分管院长的\*\*下，积极配合区卫生局应急办创建国家卫生应急综合示范区。负责我院的\*\*\*\*机构、指挥协调、监测预警、应急处置、应急准备五个版块的应急资料收集、整理、归档、组卷工作；完善我院卫生应急相关工作\*\*及急诊科120相关\*\*、技术操作规范流程图等，并且\*\*规范上墙；按照创建国家卫生应急综合示范区的标准对相应卫生应急物资进行整理、保管、规范；对卫生应急指挥决策系统进行系统维护，录入并完善卫生应急机构队伍、预案法规、物资资源、应急车辆、应急培训及演练等各个项目。通过全区各医院的努力，最终创建国家卫生应急综合示范区成功通过国家专家的验收。

五、认真对待日常工作，做到谨慎谦虚不急不躁。医教 科日常工作比较繁杂琐碎，但本着为医院服务、为临床科室服务、为患者服务的理念，用\*和、不急不燥的心态，认真对待每一件事、每一个人。

（一）特病体检：每月底特病体检时，提前通知各诊室医师、配合医保办向各诊室医师发放相关资料；提前安排特

病诊室、准备好常用检查单，为各诊室医师提供后勤保障服务并负责相关诊室的医师及患者服务工作，保障医院的医疗服务质量和患者满意度。

（二）工伤报账：每月10-20日，负责建设厂300多职工的工伤报账工作，并对出现的临时问题及时解决。

（三）急诊二线排班：每月25日左右安排下月急诊二线班，下发到相关科室，保证医疗诊治工作正常运行与开展。

应该指出，在过去的一年里，虽然投入了大量的工作经 历与时间，同时也取得了一定的成绩，但仍然存在一些不足之处，如病历质量不够理想、I类切口手术预防用抗菌药物未达到指标、医疗纠纷过多、全院业务培训学习氛围不浓等，这些都是以后该加强的方面。20xx年计划如下：

一、加强全院医疗质量管理。加强“三基”的培训与考核，重点是全院的业务学习要有实效。认真贯彻落实“服务好、质量好、医德好，群众满意”，提高医疗质量、服务质量，达到患者满意。

二、进一步狠抓核心\*\*如首诊负责制的贯彻落实。重 点是会诊\*\*（包括院内会诊和院外专家会诊）、疑难危重病人讨论\*\*和三级医师查房\*\*。

三、切实加强I类切口手术预防用抗菌药物的管理。坚 决制止三线抗生素及其他不合理用药的现象同时强调合理检查，既不放过一个潜在隐患，也避免加重患者负担。

四、进一步规范医疗文书的书写。细化《病历书写规范》的标准，从形式到内容采取病历打分，对乙、丙级病历及在架运行病历，将根据制定的《重庆建设医院病历质量管理处罚条例》进行处罚。让医师理解，医疗文书不仅是国家要求之必须，也是保护自身的重要法律依据，更是体现医师医疗水\*、执业道德的具体体现。

五、加强医患沟通，提高医务人员交流水\*。防微杜渐， 将病情变化情况、诊疗的思路、病情的预后及风险准确的告知患者或家属，以保障其\*\*\*，同时维护医师自身的合法权益不受侵害。

二〇一三年十二月二十五日

医院质控工作总结5篇（扩展4）

——护理质控工作总结10篇

**医院科室年度质控工作总结8**

紧抓医院运行过程中重点环节的质量提升。质控科每月组织召开全院院科干部参加的“质控通报会”，严格考勤考核，要求医院重点职能部门如医疗、护理、院感、药学、病历、医保等科室主任对上月在对临床医药护技的工作管理质量中存在的缺陷进行通报，并通报到具体的科室和当事人（警示、红脸、出汗），提出具体的整改措施。要求各职能科室每月追踪上月缺陷的整改情况，对连续3个月对相同缺陷累教不改的临床医药护技科室主任进行绩效考核。经过每月“质控通报会”的通报和警示，医院医疗、院感、护理、药学等重点环节质量得到了很大的提升。

全年共组织召开“质控通报会”10次。

**医院科室年度质控工作总结9**

20xx年医院感染管理主要工作是：

>一、医院感染管理组织

坚持以制度管人，健全、制定各项规章制度，制定院感检查标准（99分）。每月对监控人员进行院感知识考核，检查会议记录。每季度召开监控人员会议，反馈每季度各科室院感检查情况，提出改进建议。今年召开院感委员会会议4次，召开院感监控人员会议14次。

>二、控制医院内感染的发生

每月对临床科室进行考核。

（一）院感病例监控

今年我院未发生院感爆发流行。院感率控制在6%，漏报率0%。对全院病历进行网上填报，缩短了上报时间。

（二）消毒隔离监控

本年度空气培养合格率89%、医务人员手合格率、物体表面合格率95%、医用器材合格率100%、消毒液合格率100%、紫外线合格率92%、治疗室注射合格率94%、无菌物品合格率100%。

>三、一次性医疗用品的管理

集中回收用后的一次性医疗用品，今年由专业公司提供利器回收盒，减少了临床医务人员被刺伤的可能。

>四、抗菌药物检查

xx年1－12月，我们对各科出院病历进行检查，每科抽查10份，内科系统合格率为98%，外科系统合格率为55%。

>五、宣传、教育

今年我们举行讲座两次。参加医学院院感科成立大会。参加省市院感质控会议4次。对新职工、实习生及一名清洁员工进行院感岗前培训3次。组织全院知识学习一次，发出试卷148份，收回135份，回收率91%。共有2个科室提出59条建议、意见。

**医院科室年度质控工作总结10**

质控科在院长、分管院长及医疗质量管理委员会的领导下，积极开展医疗质量控制工作。以医疗工作为核心，制定医疗质量管理办法，建立医疗质量监控指标体系和评价方法，组织医疗质量检查、考核，评价医疗指标的完成情况，提出改进措施。具体工作总结如下：

>一、制定医疗质量考核办法

为全面落实医疗核心制度，保障医疗质量，我科制定下发了《医疗质量考核办法与实施细则（试行）》，各项医疗质量检查结果与综合目标考核进行挂钩。

>二、基础质量的监控

通过院内讲座、岗前培训的形式提高医护人员的质量意识，上年度质控科共进行岗前培训8课时，住持讲座3次，带领医护人员学习\_新颁发的诊断标准，规范病历的书写。

>三、环节质量的监控

1、定期开展医疗质量检查工作

每个月定期开展门诊处方、运行病历、申请单及报告单检查。全年共检查门诊处方6059张，合格率达96%；全年共检查病历562份，未发现丙级病历；检查缺陷门诊病历155份，合格率97%以上；检查缺陷申请单689份，合格率达96%。

2、开展临床路径管理工作

通过开展单病种临床路径，规范诊疗过程，定期检查临床路径登记情况，并组织人员进行临床路径病历的评审。上年度共开展？个病种的临床路径管理工作，共有病例xx例。全院平均入组率和完成率均符合要求，但部分病种收治病例较少。

3、开展“抗菌药物整治工作”

与其他职能部门相配合，结合临床路径管理，顺利推进抗菌药物专项整治工作，取得较好成效。

4、检查有关规章制度的落实

不定期检查各科的\_软件登记本，检查时发现软件本未按要求或规范登记或书写者，按规定扣除科室质控分值。

>四、终末质量的监控

配合医务科对全院各项医疗质量指标及归档病历的质量进行监控。

>五、定期通报医疗质量检查情况

通过院周会定期公布各项环节质量检查情况，对存在的问题进行通报，对各科室提出合理化建议，不断促进医疗质量的提高。

>六、存在的问题

1、临床工作仍是手工管理，效率低，科室诊疗计划常有与表单不符合之处。

2、没有定期召开质控员会议，及时听取科室医疗质量控制意见。

3、电子病历实行时间较短，尚未制定相关检查办法。

**医院科室年度质控工作总结11**

本在医院领导的正确领导和大力支持下，认真贯彻落实\_颁布的《医院感染管理办法》、《消毒技术规范》、《医疗卫生机构医疗废物管理办法》等有关医院管理的法律法规，强化环节质量管理及全院医院感染知识培训，严格质量监测及考核，降低了医院感染发病率，保证了医疗安全，器械消毒合格率100%，抗生素使用率60%，有效的控制了院内感染，确保了医疗安全。现全年工作总结如下：

>一、健全组织

完善管理为了进一步加强医院感染管理工作，明确职责，落实任务，充实了感染管理委员会及感染监控小组成员，成立了感染质量检查小组，负责每月的感染质量大检查，完善了三级管理体系，将任务细化，落实到人，每周通报一次感染管理工作存在问题，各科感控组长负责整改，逐步落实各项工作，使院感工作得到持续改进。

>二、加强质量管理，确保医疗安全

（一）质量控制：每月进行检查，每周随即检查，调查收集、整理、分析有关医院感染情况，对存在问题及时反馈、整理，有效的预防和控制医院感染，

（二）环节质量控制

1、加强重点部门的医院感染管理：手术室、供应室、口腔科、治疗室、换药室等感染管理重点科室，每周不定时检查，制定各重点科室感染质量检查标准，按照标准对手术室重点检查手术后各类器械清洗，消毒及室内消毒效果监测，工作人员管理，各种物品的消毒等，降低医院感染发生率。对供应室重点督查器械的清洗、干燥、包装、灭菌程序及灭菌器械的合格率，灭菌器的监测等。各类器械的用后清洗、消毒及个人防护。使各重点部门感染管理制度落实到实处。

2、强化卫生洗手：手部清洁与人的健康密切相关，手上携带的致病菌不仅潜在威胁着医务人员及家人的健康，而且通过各种操作极易传染给病人，为此为医务人员提供洗手设施，大大提高了洗手质量，减少了院内感染。

>三、加强医院感染监测及监管，提供安全的医疗环境

1、紫外线强度监测：对新购进紫外线灯管每批次进行抽检，对全院各临床科室、医技科室、门诊等使用中的紫外线灯管强度进行监测，。循环风消毒机。没半年统一换一次灯管，消毒效果均达标。

2、对购入的消毒药械，一次性使用医疗卫生用品进行监督管理，审核产品的相关证件，复印件进行保存。

3、本年5月份感染科开展了住院病人现患率调查，调查前对参加现患率调查的监控人员进行了调查方法、医院感染横断面调查个案登记表的`填写，医院感染诊断标准等知识培训。顺利的完成了调查。

4、对医务人员职业暴露进行了监测：严格要求医务人员执行标准预防措施，尽量避免职业暴露，并对职业暴露进行监测登记。

>四、沉着积极应对突发事件

加强手足口病的预防和控制，针对我省和我市相继出现的手足口病疫情，控感科每天下病房、门诊进行督导，及时发现消毒、灭菌、隔离等方面存在的.问题，及时纠正整改，同时加强医疗废物分类和收集处理，严防因管理不善引起的感染暴发，确保了儿童的身体健康和生命安全。

>五、实行规范化，流程化管理

编制医院感染控制各种流程，如洗手流程、医疗废物处理流程、职业暴露处理流程、医院感染暴发处理流程、医院突发公共卫生时间处理流程，以及各种诊疗操作流程等，并组织学习，使工作人员工作流程化，便于操作，便于记忆。

>六、加强医疗废物的管理

对医疗废物暂存处进行了整修，完善各项规章制度，专人回收，登记。对医务人员及保洁人员进行医疗废物管理知识培训，使工作人员提高了认识，落实了各类人员职责，使医疗废物分类、收集、储存、交接等做到规范化管理。

>七、加强宣传和培训，提高医务人员感染意识

1、对保洁人员进行了“医疗废物管理，病房消毒隔离”培训

2、对全院护理人员进行了“医院感染预防和医院重点部门的管理”的培训，并组织考试，均合格。

3、对全院临床医生及辅检人员进行了“医院感染管理现状”及“手卫生”的培训，组织考试均合格。

4、对手术室工作人员人进行了“手术室感染管理”培训。

5、对新上岗人员进行了岗前培训内容“医院感染与感染管理”，考试均合格。对感控医生进行了现患率调查的培训。通过培训提高了医务人员的感控意识和感染知识，把一些新观念、新思想吸引了进来，使医院感染工作规范化。

通过一年的努力工作，使医院感染质量上了一个新台阶，降低了感染发病率，提高了工作人员素质，为医务人员及患者提供了一个安全的工作环境及就医环境，提高了医院的经济效益和社会效益。

**医院科室年度质控工作总结12**

针灸科20xx年质控总结医疗质量管理是医院管理的核心，提高医疗质量是管理科室根本目的。医疗质量是医院

的生命线，医疗水\*的高低、医疗质量的优劣直接关系到医院的生存和发展。20xx年以来科把减少医疗质量缺陷、及时排查、消除医疗安全隐患及杜绝医疗事故当作重中之重的工作。

20xx年具体质控工作做到了如下几点：

1、成立科室质量管理\*\*，设立质控小组。由科\*\*、护士长、质控医、护等人组成。负责贯彻执行医疗卫生法律、法规、医疗护理等规章\*\*及技术操作规章。对科室的医疗、护理、教学、病案的质量实行全面管理。定期每周逐一检查登记和考核上报。负责制定、修改医技质量管理奖惩办法，落实奖惩\*\*。负责制定与修改医疗事故防止与处理预案，对医疗缺陷、差错与纠纷进行\*\*、处理。

2、科室成立医疗质控小组，对本科室的医、护质量随时指导和\*\*检查。建立健全科室医疗质量\*\*小组的质量\*\*、考核体系。负责全科质量管理工作。每周定期逐一检查登记和考核上报。加强医疗质量管理坚持\*时检查与月、季、年质控相结合，严把环节质量关，确保终末质量关。“抓三基”、“促三严”。

3、健全各项规章\*\*。严格执行以岗位责任制为中心内容的各项规章\*\*，认真履行各级各类人员岗位职责，严格执行各种诊疗护理技术操作规程常规。重点对核心\*\*的.执行进行\*\*检查。

4、健全感染管理\*\*和传染病管理，，严格执行消毒隔离\*\*和无菌操作规程。

5、加强全面质量管理、教育，增强法律意识、质量意识。实行执业资格准入\*\*，严格按照《医师法》规定的范围执业。新进人员岗前教育，必须进行医疗卫生法律法规、部门规章\*\*和诊疗护理规范、常规及医疗质量管理等内容的学习。不定期举行全员质量管理教育，并纳入专业技术人员考试内容。对违反医疗卫生法律法规、规章\*\*及技术操作规程的人员进行个别强化教育。医疗质控小组应定期\*\*本科的人员学习卫生法规，规章\*\*、操作规程及医院有关规定。

6、科室医疗质控小组定期对各类医务人员进行“三基”、“三严”强化培训，达到人人参与，人人过关把“三基”、“三严”的作用贯彻到各项医疗业务活动和质量管理的始终。医护人员人人掌握徒手心、肺复苏技术操作和常用急诊急救设施、设备的使用方法。

7、建立完整的医疗质量管理监测体系，责任落实到个人。各级医疗质量管理\*\*定期检查考核，对医疗、护理分级管理及考核，提出改进意见及措施。对检查出的问题，及时登记并提出整改意见，真正做到奖罚分明，明确责任，落实到个人。

**医院科室年度质控工作总结13**

我科在院领导和感染管理委员会的领导下，根据《医院感染管理规范》、《消毒技术规范》和《传染病防治法》等有关文件与规定，制定相应的院内感染控制计划，并组织实施，及时监测效果，及时修订措施，使我院院内感染发生率控制在较好的范围内，无院内感染的暴发流行。现将今年主要工作总结如下：

>一、加强组织领导、严格执行管理制度，保证院内感染管理工作的顺利开展

医院感染管理制度是搞好医院感染的基础和重要保证，加强制度的建设和学习，并认真贯彻执行，对于提高防范意识、降低医院感染的发病率极为重要。因此，科室领导及医院感染监控管理小组尤其重视各项院感管理制度的落实，认真抓好日常工作，定期、不定期对本科的院内感染控制工作进行督促、检查，使各项工作落实到实处，保证了我科内感染管理工作的顺利开展。

>二、医院感染监测方面

定期对医院环境卫生学、消毒、灭菌效果进行监督、监测，及时汇总、分析监测结果，发现医院感染存在的危险因素，寻找有效的预防和控制办法。通过监测—控制—监测，最终减少和控制医院感染的发生，提高医疗护理质量。

1、病历监测

①感染率监测：我科严格执行《医院感染管理规范》、《消毒技术规范》达到卫生厅规定的≤8%要求。

②漏报率的监测：我院将医院感染管理纳入医疗护理质量管理开始，我科针对漏报多进行处罚、现在已符合\_要求的20%。

③我科对无菌切口进行感染率调查，感染率为。达到了\_规定的≤的要求

2、环境卫生及消毒灭菌监测

我科每月对空气、物表、工作人员手、消毒液等进行监测，医院感染办每季度轮转监测一次，并将监测结果进行汇总分析，通过院感通信及时反馈各科室。

3、目标性监测：对接受侵入性操作患者、手术患者切口、手卫生、无菌操作进行目标性监测，通过观察医生换药、采集病历及护理记录、各种检测报告（X线、胸片）等，向医生、护士了解病人情况、床头查看病人等方式选定目标，重点关注有留置导尿管、动静脉插管、使用呼吸机等侵入性治疗、操作的病人，以及长期或多联使用抗生素的病人，前瞻性给予预防医院感染方面的指导意见，不断循环监测，及时调整监控策略，以达到减少各种危险因素，降低医院感染发病率的目的，取得了良好的效果。

4、加强了医疗废物管理：科室不断完善各项规章制度，明确医疗废物管理人员职责，落实责任制，加强医疗废物管理并常规督察，发现问题及时整改并反馈。，我科医疗废物的分类、收集、贮存、包装、运送、交接等做到规范管理，严防因医疗废物管理不善引起感染暴发。

5、职业暴露：医务人员的职业防护，制定防护制度和相关措施（包括手部卫生、标准预防、着装防护等），在日常医疗活动中，根据科室工作特点提供相应的防护用品，如口罩、帽子、手套、护目镜隔离衣、防护服等，以保证医务人员的职业安全。职业暴露调查中，发生锐器伤人数人，并及时处理伤口和上报、追踪和调查。

6、消毒药械及一次性使用无菌医疗用品的管理：为加强消毒药械及一次性无菌医疗用品的管理，我科对其使用进行常规督查及定期抽查。对消毒药械及一次性使用的无菌医疗用品的抽查是每季度一次，结果各证齐全，全部合格。

>三、多渠道开展培训，提高医务人员院感意识。

采取多种形式的感染知识的培训将集中培训与晨会科室培训有机结合，增加了临床医务人员的医院感染知识，提高院感意识。提高科预防、控制医院感染水平。发放有关院内感染诊断方面的资料，提高大家对医院感染诊断水平。在全年的科内感染控制工作中，由于科内的高度重视，及科室成员的积极配合，工作开展比较顺利，取得了良好的效果。我们相信，在新的一年里，只要我们不断总结经验、虚心学习，我们将把感染控制工作做得更好。

>四。虽然本年度，我科的工作取得了很大的进展，但是还一些存在问题：

1、临床感染管理小组没有充分发挥其作用。

2、部分工作人员对院内感染重视程度不够，对病人的有关院内感染的诊断以及病情分析方面存在欠缺，医院感染登记表不能及时报送。

3、对多重耐药菌病人的管理未做到追踪监测。

对以上问题在20xx年将加强学习和管理。

**医院科室年度质控工作总结14**

>一、认真落实各项规章\*\*严格执行规章\*\*是提高护理质量，确保安全医疗的根本保证。

1、护理部重申了各级护理人员职责，明确了各类岗位责任制和护理工作\*\*，如责任护士、巡回护士各尽其职，杜绝了病人自换吊瓶，自拔针的不良现象。

2、坚持了查对\*\*：

（1）要求医嘱班班查对，每周护士长参加总核对1—2次，并有记录；

（2）护理操作时要求三查七对；

（3）坚持填写输液卡，一年来未发生大的护理差错。

3、认真落实骨科护理常规及显微外科护理常规，坚持填写了各种信息数据登记本，配备五种操作处置盘。

4、坚持床头交\*\*\*\*及晨间护理，预防了并发症的发生。

>二、提高护士长管理水\*

1、坚持了护士长手册的记录与考核：要求护士长手册每月5日前交护理部进行考核，并根据护士长订出的适合科室的年计划、季安排、月计划重点进行督促实施，并监测实施效果，要求护士长把每月工作做一小结，以利于总结经验，开展工作。

2、坚持了护士长例会\*\*：按等级医院要求每周召开护士长例会一次，内容为：安排本周工作重点，总结上周工作中存在的优缺点，并提出相应的整改措施，向各护士长反馈护理质控检查情况，并学习护士长管理相关资料。

3、每月对护理质量进行检查，并及时反馈，不断提高护士长的管理水\*。

4、\*\*护士长外出学习、参观，吸取兄弟单位先进经验，扩大知识面：5月底派三病区护士长参加了国际护理新进展学习班，学习结束后，向全体护士进行了汇报。

>三、加强护理人员医德医风建设

1、继续落实护士行为规范，在日常工作中落实护士文明用语50句。

2、分别于6月份、11月份\*\*全体护士参加温岭宾馆、万昌宾馆的礼仪培训。

3、继续开展健康教育，对住院病人发放满意度\*\*表，（定期或不定期测评）满意度\*\*结果均在95%以上，并对满意度\*\*中存在的问题提出了整改措施，评选出了最佳护士。

4、每月科室定期召开工休座谈会一次，征求病人意见，对病人提出的要求给予最大程度的满足。

5、对新分配的护士进行岗前职业道德教育、规章\*\*、护士行为规范教育及护理基础知识、专科知识、护理技术操作考核，合格者给予上岗。

>四、提高护理人员业务素质

1、对在职人员进行三基培训，并\*\*理论考试。

2、与医务科合作，聘请专家授课，讲授骨科、内、外科知识，以提高专业知识。

3、各科室每周晨间\*\*1—2次，内容为基础理论知识和骨科知识。

4、“三八妇女节”举行了护理技术操作比赛（无菌操作），并评选出了一等奖（吴蔚蔚）、二等奖（李敏丹、唐海萍）、三等奖（周莉君）分别给予了奖励。

5、12月初，护理部对全院护士分组进行了护理技术操作考核：病区护士考核：静脉输液、吸氧；急诊室护士考核：心肺复苏、吸氧、洗胃；手术室护士考核：静脉输液、无菌操作。

6、加强了危重病人的护理，坚持了床头交\*\*\*\*和晨间护理。

7、坚持了护理业务查房：每月轮流在三个病区进行了护理业务查房，对护理诊断、护理措施进行了探讨，以达到提高业务素质的目的。

8、9月份至11月份对今年进院的9名新护士进行了岗前培训，内容为基础护理与专科护理知识，\*\*护士长每人讲一课，提高护士长授课能力。

9、全院有5名护士参加护理大专自学考试，有3名护士参加护理大专函授。

**医院科室年度质控工作总结15**

质控科在院长、分管院长及医疗质量管理委员会的\*\*下，积极开展医疗质量\*\*工作。以医疗工作为核心，制定医疗质量管理办法，建立医疗质量\*\*指标体系和评价方法，\*\*医疗质量检查、考核，评价医疗指标的完成情况，提出改进措施。具体工作总结如下：

>一、制定医疗质量考核办法

为全面落实医疗核心\*\*，保障医疗质量，我科制定下发了《医疗质量考核办法与实施细则（试行）》，各项医疗质量检查结果与综合目标考核进行挂钩。

>二、基础质量的\*\*

通过院内讲座、岗前培训的形式提高医护人员的质量意识，上年度质控科共进行岗前培训8课时，住持讲座3次，带领医护人员学习\*\*\*新颁发的诊断标准，规范病历的书写。

>三、环节质量的\*\*

>1、定期开展医疗质量检查工作

每个月定期开展门诊处方、运行病历、申请单及报告单检查。全年共检查门诊处方6059张，合格率达96%；全年共检查病历562份，未发现丙级病历；检查缺陷门诊病历155份，合格率97%以上；检查缺陷申请单689份，合格率达96%。

>2、开展临床路径管理工作

通过开展单病种临床路径，规范诊疗过程，定期检查临床路径登记情况，并\*\*人员进行临床路径病历的评审。上年度共开展？？个病种的临床路径管理工作，共有病例？？例。全院\*均入组率和完成率均符合要求，但部分病种收治病例较少。

>3、开展“抗菌药物整治工作”

与其他职能部门相配合，结合临床路径管理，顺利推进抗菌药物专项整治工作，取得较好成效。

>4、检查有关规章\*\*的落实

不定期检查各科的软件登记本，检查时发现软件本未按要求或规范登记或书写者，按规定扣除科室质控分值。

>四、终末质量的\*\*

配合医务科对全院各项医疗质量指标及归档病历的质量进行\*\*。

>五、定期\*\*医疗质量检查情况

通过院周会定期公布各项环节质量检查情况，对存在的问题进行\*\*，对各科室提出合理化建议，不断促进医疗质量的提高。

>六、存在的问题

1、临床工作仍是手工管理，效率低，科室诊疗计划常有与表单不符合之处。

2、没有定期召开质控员会议，及时听取科室医疗质量\*\*意见。

3、电子病历实行时间较短，尚未制定相关检查办法。

**医院科室年度质控工作总结16**

xxx，感控办在院领导及医院感染委员会的领导下，在医院各科室的大力支持和配合下，根据《医院感染管理办法》、《医疗机构消毒技术规范》、《医院感染监测规范》、《医务人员手卫生》等卫生行业标准，不断地推进医院感染预防与控制工作持续发展，进一步提高医院感染管理质量，保障医疗安全，较好地完成了上半年各项工作任务，现总结如下：

>一、夯实感染管理组织，完善管理体系，加大监管力度

为了进一步加强医院感染管理工作，明确职责，落实目标任务，夯实科室感染质量管理小组，确立感染监控小组成员由质控员承担，履行岗位职责，完善了三级管理体系，将任务细化，落实到人。

>二、加强院感知识宣传和培训，提高院感防控水平为提高医院感染知识水平

感控办采取集中培训及科室自学相合的方法对医务人员进行培训，全年共进行集中培训4次，对科室培训效果进行了追踪，并对培训内容进行了考核，提高了医务人员的感控意识和感染知识。为进一步加强业务学习，提高自身专业素质，坚持每周进行1-2次专业知识学习，于今年3月份派出1人参加省级医院感染管理培训，8月份1人参加国家级培训。

>三、加强院感控制质量管理，逐步持续改进工作

进一步加强院感环节质量控制，结合医院实际修订医院感染管理考核标准，继续加强对重点科室的监督检查，并给予技术支持与指导；对重点环节、重点人群进行了感染监控、环节追踪、流程持续改进工作，使各个环节日趋规范化、流程化；对感染高风险的科室与感染控制情况进行风险评估，制定针对性的控制措施。按时完成院感监测和质量控制工作，并对存在问题及整改情况进行追踪，达到持续改进的目的。

>四、加强医院感染监测及监管，提供安全的医疗环境

1、环境卫生学及消毒灭菌效果监测：每月以重点部门为主进行环境卫生学监测，全年共监测标本630份，及时反馈科室，并协助分析医院感染危险因素，提出防控措施，整改后复检均合格。于5月份对全院各临床科室、医技科室、门诊等使用中的紫外线灯管强度进行监测，共监测灯管46支，合格32支，合格率70%，对不合格灯管更换后，消毒效果均达标。循环风消毒机2台，每季度有物业办负责过滤网的清洗，二季度过滤网的清洗正在进行中。

2、多重耐药菌目标性监测：截止到目前，我院住院患者\_分离出多重耐药菌12株，未发生医院感染暴发事件。我们高度重视每一例多重耐药菌，督促科室严格执行多重耐药菌防控措施，并及时落实追踪检查。加强工作人员自我防护，避免交叉感染。

3、加强职业暴露监测：截止到目前，职业暴露共计上报1人，发生职业暴露后均按处置流程进行了相应的处理，在48小时内进行了预防接种乙肝疫苗和注射乙肝免疫球蛋白。

>五、加强手卫生规范

手部清洁与人的健康密切相关，手上携带的致病菌不仅潜在威胁着医务人员及家人的健康，而且通过各种操作极易传染给病人，手卫生规范是落实医院感染控制最有效的措施，为一步加强医务人员手卫生管理，认真执行《医务人员手卫生规范》，于5月5日第九个世界手卫生日在全院启动手卫生宣传月，悬挂活动条幅，完善部分洗手设施，配备了洗手液、干手纸、更换新洗手图60余张。全院治疗车、操作台配备了快速手消液。开展了全员性培训工作，现场示教操作七步洗手法，让全院医务人员了解手卫生重要性，掌握洗手指征和正确洗手方法。控感办每月下科室进行考核六步洗手法，检查医务人员手卫生的知晓率和手卫生依从性，从而大大提高了洗手质量，减少了院内感染发生。

>六、加强医疗废物及污水处置监督管理工作

1、加强医疗废物监督管理：负责对医疗废物的分类、收集、贮存、包装、运送、交接转运等进行有效监督，发现问题及时反馈，追踪其整改情况，医疗废物处置较规范，资料保存完整。

2、完善提高污水处置监督管理：污水处置站由专职人员负责污水处置工作，保证设备正常运转，做好污水的消毒处理、日常监测，每月对污水采样进行致病菌监测。

>七、存在问题及改进措施

1、“精准感控，医师主导”，医院感染病例存在明显迟报、漏报现象。下一步要加强临床大夫对医院感染诊断知识培训，提高诊断水平，与临床大夫沟通及时筛查病例预警，及时上报感染病例，尽量避免迟报、漏报发生。

2、多重耐药菌防控工作有待加强，下一步要加强与微生物室、临床科室及药学室等部门沟通，对检出的多重耐药菌及时上报科室与感控办，及时做好防控措施，进一步提高多重耐药菌的检出率。

3、医务人员手卫生意识有待加强，对使用手卫生用品院方给予了一定的支持，下一步要加大宣传培训及检查督导力度，强化手卫生意识，逐步提高手卫生依从性及正确率。

4、对一次性物品、无菌物品及消毒剂的使用未进行监管。

5、住院患者使用治疗性抗菌药物病原学送检率仍待提高，下一步要加强部门合作，逐步提高送检率。

6、改进管理方法，以日常监测与定期督导相结合，每季度以简报的形式，对科室感染率、微生物检出情况、存在问题及整改情况等进行分析，为临床提供依据。

通过全年的努力工作，使医院感染质量上了一个新台阶，降低了感染发病率，提高了工作人员素质，为医务人员及患者提供了一个安全的工作及就医环境，提高了医院的经济效益和社会效益。

**医院科室年度质控工作总结17**

医疗质量管理是医院管理的核心，提高医疗质量是管理科室根本目的。医疗质量是医院的生命线，医疗水\*的高低、医疗质量的优劣直接关系到医院的生存和发展。20xx年以来科把减少医疗质量缺陷、及时排查、消除医疗安全隐患及杜绝医疗事故当作重中之重的工作。

20xx年具体质控工作做到了如下几点：

1、成立科室质量管理\*\*，设立质控小组。由科\*\*、护士长、质控医、护等人组成。负责贯彻执行医疗卫生法律、法规、医疗护理等规章\*\*及技术操作规章。对科室的医疗、护理、教学、病案的质量实行全面管理。定期每周逐一检查登记和考核上报。负责制定、修改医技质量管理奖惩办法，落实奖惩\*\*。负责制定与修改医疗事故防止与处理预案，对医疗缺陷、差错与纠纷进行\*\*、处理。

2、科室成立医疗质控小组，对本科室的医、护质量随时指导和\*\*检查。建立健全科室医疗质量\*\*小组的质量\*\*、考核体系。负责全科质量管理工作。每周定期逐一检查登记和考核上报。加强医疗质量管理坚持\*时检查与月、季、年质控相结合，严把环节质量关，确保终末质量关。“抓三基”、“促三严”。

3、健全各项规章\*\*。严格执行以岗位责任制为中心内容的各项规章\*\*，认真履行各级各类人员岗位职责，严格执行各种诊疗护理技术操作规程常规。重点对核心\*\*的执行进行\*\*检查。

4、健全感染管理\*\*和传染病管理，，严格执行消毒隔离\*\*和无菌操作规程。

5、加强全面质量管理、教育，增强法律意识、质量意识。实行执业资格准入\*\*，严格按照《医师法》规定的范围执业。新进人员岗前教育，必须进行医疗卫生法律法规、部门规章\*\*和诊疗护理规范、常规及医疗质量管理等内容的学习。不定期举行全员质量管理教育，并纳入专业技术人员考试内容。对违反医疗卫生法律法规、规章\*\*及技术操作规程的人员进行个别强化教育。医疗质控小组应定期\*\*本科的人员学习卫生法规，规章\*\*、操作规程及医院有关规定。

6、科室医疗质控小组定期对各类医务人员进行“三基”、“三严”强化培训，达到人人参与，人人过关把“三基”、“三严”的作用贯彻到各项医疗业务活动和质量管理的始终。医护人员人人掌握徒手心、肺复苏技术操作和常用急诊急救设施、设备的使用方法。

7、建立完整的医疗质量管理监测体系，责任落实到个人。各级医疗质量管理\*\*定期检查考核，对医疗、护理分级管理及考核，提出改进意见及措施。对检查出的问题，及时登记并提出整改意见，真正做到奖罚分明，明确责任，落实到个人。

**医院科室年度质控工作总结18**

时光如梭，20xx年转眼已过去一半，在院领、护理部的正确带领下，实施开展了质控的自查工作，认真抓好护理质量，努力提高护理水\*，在全科室护理姐妹们的共同努力下，质控工作有很大的改善与提升，现工作总结如下：

>一、 护理质量\*\*指标达标情况：

（1） 病室清洁合格率100%

（2） 急救物品合格率100%

（3） 无菌物品合格率100%

（4） 基础护理合格率100%

（5） 一级护理合格率100%

（6） 病人安全防护合格率100%

（7） 一人一针一管执行合格率100%

（8） 一次性用口终末分类处置合格率100%

（9） 消毒液更换合格率100%

（10） 护理病历质量合格率100%

>二、 院感方面

严格按照医院感染管理标准，定人员\*\*院感，医疗废物按分类处置，混装现象没再出现；严格执行空针一人一针一管，压脉带一人一根，雾化面罩一人一个，消毒液定期更换，定期监测浓度，达到消毒标准。

>三、 护理文书、体温单书写情况

科室的危重及一级护理护理记录完客观、真实、及时、准确的记录患儿的病情变化、给予的治疗、护理措施及相关的护理指导。对每位患儿的体温变化定时准确的进行监测及记录，但个别新入患儿存在漏记体重或大便现象。

>四、 提高护理安全管理

科室每月进行护理安全隐患排查及做好护理差错缺陷分析整改，从自身及科室的角度进行分析，分析发生的原因，从中吸取经验教训，提出防范与改进措施。

>五、 加强规范化培训，提高专科理论知识

每个月\*\*两次护理业务学习及专科的护理查房，护士长不定时抽查，并进行定时的试卷考核。

>六、 加强病房的管理

制定了早晨7点和下午3点两个时间段\*\*整理床单元，物品\*\*摆放整洁。由于我科大多患者都是婴幼儿童，随时大便小便的现象时有发生，为杜绝这一现象，入院宣教时对每位患儿家属进行宣教，同时新增设了垃圾筒，做到每床一个，减少了随时大小便的情况，保持了病房的清洁卫生，防止了交叉感染的发生。

>七、 加强急救物品及护理用物的管理

每周定期检查，确保药物及器材装备齐全及性能良好。

在以往的工作中，我们还存在许多的不足，在以后的工作中要总结以往的经验及教训，不断的改善和提高护理质量，把我们的工作做到更好。

**医院科室年度质控工作总结19**

一、基本情况

半年来，认真贯彻院\*委提出的“强化品质年”的总要求，围绕质控科提出的20xx年“1〃10”计划，在提高“执行力”和“落实力”上狠下功夫，基本上有效有果的完成任务，人人各司其职。不断加强科室人员培训和工作能力提升，认真学习先进的质量管理理念和办法，其中参加了2次全国相关学术会议，同时科室利用交班会、书刊杂志的相关论文等方式交流学习。接待友好单位参观学习2次，互相交流学习，运用学习成果，结合医院实际情况，改进质控方法，持续改进医疗质量。一是，继续狠抓培训教育，质控科先后进行2次新进医师的岗前培训教育，深入临床一线授课，邀请著名专家教授全院授课等，打牢基础，稳固基石，逐步强化医疗品质。二是，常态化狠抓病历质量\*\*。20xx年一季度全院共计出院27306人次，质控科通过下科室现场检查、住院总医师抽查等多种方式，共抽查运行病历8270份，抽查率为；发现问题13508条,\*均每份病历存在问题条。终末病历质量\*\*中，质控科\*\*专家对20xx年1-3月10日全部\*\*病历质量进行了全面检查，共计检查\*\*病历88份；同时，\*\*各个科室二线医师及住院总医师进行了出院病历抽查，共计抽查560份。另外，协助各级医师完善运行、出院病历1500余份。三是，参加科室疑难病例讨论、\*\*病例讨论及全院会诊42次，参与科室质量

与安全管理团队活动5次等，充分体现“走动式管理”，适时深入科室进行个案质控、全程质控，与科室\*\*、专家教授及各级医师交流如何提高医疗质量相关行为，提高执行力。四是，认真落实院级持续改进项目，力推取得成效。

二、主要工作

（一）以“标准”强化医疗质量管理，保证医疗安全

1、为了规范和促进医院医疗质量培训教育工作持续性、系统性、有效性的进行，在拟草《医疗质量缺陷培训教育管理实施办法（试行）》和《病案质量\*\*管理实施办法（试行）》、《科室首席质控专家管理办法》等\*\*的基础上，多次征求医疗质量管理委员会和病案质量管理委员会各委员及质控专家的意见及建议，反复进行修改完善，提高其合理性和可操作性。

2、根据医院质量考评办法，质控科对《医护质量考核办法》中部分考评细则进行了修订，完善考评项目，使考评工作更具有针对性，科学性，客观性。

3、根据等级医院评审要求，结合科室工作计划，于4月10日召开病案管理委员会。会上，各委员针对《病案质量\*\*管理实施办法（试行）》相关内容进行了热烈的讨论，并结合自身工作实际，提出了很多宝贵的意见及建议。同时，就我院目前的病案质控办法、影响病历质量的因素、提高病历管理水\*和质量\*\*PDCA循环步骤等进行了学习与讨论，让科室质控小组更好的开展科内病历培训及质控工作。

4、为进一步加强病历内涵建设，提高病历质量，质控科于5月14日

—22日举行了优秀病历展评活动。展评活动共计展出本院优秀病历10份，外院优秀病历5份，参展医师及学生达800余人，参展率大于93%。另外，参展人员还提出宝贵意见及建议，为质控科进一步做好病历质控工作提供参考资料。

5、质控科邀请院内著名专家何作云教授于6月18日晚进行全院授课，针对科室各级医师讲解了 “入院记录诊断的正确填写”，同时对如何当好一名医生进行了传经送宝，反响强烈。

6、更新质控医师队伍，持续发挥有效作用。改变以往医院聘请模式，由科室自行推荐质控医师，同时融入去年优秀住院总医师，共同强健质控队伍力量，有效发挥质控作用，持续改进医疗质量。

（二）全程管控，常态化督查

一是，根据《医护质量考核办法》相关标准及要求，质控科每月进行定期考核，考核内容主要包括病历书写质量、满页打印、48小时病历错误信息修改情况、科室每月自查运行（出院）病历≥10%、科室甲级病案率、科室质量与安全管理团队开展情况、培训教育考核等，保证医疗质量安全落实到质控工作的每一个环节。同时汇总考核情况，及时上报至医疗科。二是，每季度定期\*\*临床专家教授、住院总医师及部分职能科室，全面检查出院病历、\*\*病历质量。三是，坚持\*\*讲评\*\*，充分发挥“\*”\*\*效应，将发现的问题通过院周会、住院总医师例会进行\*\*，反馈性的促进全面质量的持续提高。上半年共计周会\*\*3次，住院总医师例会11次，每次形成纸质讲评材料，不定期进行例会内容传达情况的抽查。四是，根据住院总医师管理规则，每月对住院总医师进行了常态化

考评，包括会诊情况、科室质量督查情况、参加住院总医师例会情况等。五是，常态化深入科室督查核心\*\*落实情况，\*\*临床质控医师每月下科室进行一次现场督导病历质量，发现问题现场整改。

（三）落实专项检查，认真整改

1、根据文件的相关要求，积极做好迎检准备，督促科室做好对标、自查及整改工作，同时配合迎检办公室做好医院自评、总结分析等工作。

2、主动、积极、创新地做好“回头看”及整改工作。根据“回头看”检查方案，质控科对临床科室病历质量进行对标抽查，形成总结分析报告，上报品质办。同时做好本科迎检准备，对存在的问题及时整改。对病历质量对标检查存在问题也及时反馈回临床科室，督促科室整改。

3、积极配合医保科做好迎接重庆市医保专项检查工作。协助医保科工作人员对20xx年1月以来的出院病历及现行运行医保病历进行抽查，主要针对医保危重患者、24小时重复入院患者及10日内重复入院患者情况等内容。

（四）以“牵牛鼻子式”管理，积极推动科学化持续改进医疗质量

1、为了更好的发挥科室质量与安全管理团队作用，质控科选取试点科室，与联络员座谈交流，共同探讨团队活动的项目选取及开展方式，为持续改进科室医疗质量打下基础。

2、为加快医院电子病历信息化建设步伐，质控科积极配合信息科，协助\*\*临床医师到兄弟医院进行参观学习，做好电子病历的功能收集，提供病历质控需求，竭力完善新版电子病历功能，为今后的信息化电子病历质控提供高效、便捷的途径。

三、存在的不足

1、对部分常态化督查工作没有定期进行总结分析，效果对比不明显，不利于医疗质量的持续改进。

2、每月质控科医疗质量考核方式较局限，考评数量值仍显不足。

3、培训教育工作开展不够，存在怕得罪人的心理，培训教育对象多局限于个人。

四、下一步工作打算

一是，继续推动质控科的\*\*结构建设。继续推动质控科\*\*结构建设，强化\*\*文化的形成，特别是在新\*\*的落实上下功夫，提高执行力和落实力。二是，充分发挥质控培训教育作用。切实执行培训管理办法，积极对符合培训的科室或个人进行培训教育，建立起高效、有效、成本低的质控模式。三是，争取在电子病历信息化质控上有新的突破。继续配合信息科完善电子病历及质控软件的完善，提高工作效率，增强质控效果。四是，继续抓好科室质量与安全管理团队的试点工作。与试点科室联络员紧密联系，座谈交流，积极、主动、创新的做好科室质量持续改进工作。五是，主动做好“回头看”整改工作。按照工作计划，科内自行进行“回头看”对标检查工作，做好总结分析工作，对科室及职能部门发现的问题及时沟通解决，督促整改措施；对本科的问题及时完善，力争创新性地开展质量持续改进工作。六是，做好持续改进项目工作。做到点面结合，常态化、长效化地持续改进医疗质量。七是，争取较好地完成\*\*及机关交办的其他任务。对重大、重要事项及时请示汇报，积极做好上传下达工作。

**医院科室年度质控工作总结20**

为了进一步贯彻落实\_《医院感染管理规范》、《消毒技术规范》，促进出国留学院医院感染管理工作，确保医疗质量和医疗安全，按照医院感染管理委员会的工作职责和年初工作计划，在医院党政的领导下，依靠全院职工的通力合作，开展了一列的工作，现总结如下：

>一、加强管理，健全各项规章制度：

1、我院党政领导十分重视医院感染管理工作，由分管院长直接担任医院感染管理委员会主任，并将此项工作列入议事日程，纳入综合目标管理的内容和全年工作计划中。认真做到了预防和控制医院感染三级管理，使预防和控制医院感染管理工作进入规范化管理。

2、根据医院分级管理和\_《医院感染管理规范》的要求，医院感染委员会制定了预防和控制医院感染的各项规章制度下发各科，各感染小组认真组织学习实施。

3、医院感染管理小组根据工作需要及时召开不定期会议，通报存在的主要问题，积极查找隐患，及时制定并落实改进措施，体现了院感小组在认真履行职能，实现工作目标，强化医院感染管理工作中发挥了重要作用。

4、组织科室人员学习《医院感染管理规范》、《消毒技术规范》、《传染病防治法》等内容的知识。

>二、认真履行医院感染管理委员会工作职责

各项管理规范到位，积极协调解决有关医院感染管理方面的重大事项，提出改进工作的具体措施：

1、制定我院医院感染综合监测方法，由医院感染管理专职人员坚持对每日出院病历检查，做好感染病例的个案登记和统计，每月进行医院感染监测分析，及时提出院科两级医院感染重点，及时反馈到各感染管理小组。

2、为保证我院各科消毒工作质量，医院感染管理委员会切实加强了全院消毒工作管理，全院各科建立了消毒管理制度，医院感染管理委员会成员经常深入科室检查消毒管理情况，及时发现消毒工作中存在的问题，并提出改进措施。

3、坚持做好各科消毒工作。加强了重点区域如手术室、病房、供应室、等区域的消毒管理，有效地扼制了医院交叉感染的传播。

4、加强一次性医疗用品管理，用后立刻毁形消毒由制定人员统一回收，确保了我院使用一次性医疗用品的安全使用。

5、加强了医疗废物的管理：

（1）制定了医疗废物收集、回收、管理等各项规章制度，各科的医疗废物由各科收集，专人每天下科回收，并做好登记工作，及时进行处理。

（2）重视医院污水、污物的排放处理工作，专人负责全院污水、污物的消毒处理工作，由环保部门监测达标排放。搞好了各种医疗废物的管理，最大限度地控制了由于该类工作不善带来的医院感染隐患。

>三、加强传染病管理：

1、加强了传染病的防治工作：

加强了传染病的健康教育和法制宣传工作，清洁环境，提高群众防治意识，切断传播途径。

制定了发热门诊管理制度、首诊负责制、工作流程、工作人员自身防护制度、非典型肺炎病人住院护送程序等。加强了发热门诊的消毒隔离工作，准备了各种消毒药械和防护物品，经常下科督促、检查、指导工作。

2、各科组织医务人员学习《传染病防治法》，医院感染管理委员会重视医院内传染病的管理工作，除经常到传染科、发热门诊、腹泻门诊检查消毒隔离工作外还积极敦促相关科室认真做好传染病的疫情报告，及时准确的进行网上直报。针对各类传染病的流行季节，适时采取相应有效的防范措施，有效杜绝我院院区内传染病流行。

3、认真做好结核病人的归口管理工作，填写结核病人转诊单达100%。

>四、大力普及医院感染知识，加强了对全院职工医院感染规范等专业知识的技能提高和培训。

1、继续组织全院职工以感染管理小组为单位学习《传染病防治法》及实施办法、《出国留学医院感染管理规范》、《消毒管理办法》等法规及我院有关制度等。

2、组织全院清洁工学习简单的预防和控制医院感染的知识，消毒隔离及清洁卫生知识。指导他们消毒隔离的方法，使全院清洁工能掌握医院特定环境下的卫生标准和要求，认真履行职责，从搞好清洁卫生的角度去有效防范医院感染的发生。

>五、存在问题：

1、医院感染管理工作部分医务人员重视不够，医院感染诊断还有一部分医生不能作出正确诊断，临床个别医生还存在滥用抗菌素的现象，我们应加强医务人员的学习，加强检查和监督力度，使合理应用抗生素不只是落实在口头上，而要落实在行动上。

2、加强医院感染专职人员和医务人员对医院感染管理的培训学习。

**医院科室年度质控工作总结21**

本人XX，在20xx年度任质控办\*\*一职，负责医院医疗质量\*\*工作，在这一年里，我本着尽职尽责、尽心尽力的宗旨，密切配合医院\*\*，紧紧围绕医院工作重点，用心做好每一件事，努力完成每一项任务，下面我就把自己在20xx年所做的工作汇报如下：

一、积极备战二甲复审工作

为了完成医院提出的以优异成绩通过二甲复审的目标，使医院的医疗质量、服务能力更上一个新台阶，我认真学习标准细则，逐条梳理，积极开展自查，进一步完善各项工作，认真查漏补缺，抓好工作落实，并指导科室有计划、有步骤地完成本科室的复审达标计划及相关资料准备工作。

根据医院的安排部署，我负责的“医疗质量管理\*\*与\*\*”与“病历（案）质量管理”任务中，补充完善了3年半的文字资料，包括各月质控检查资料、病历检查记录、培训资料、历次委员会会议纪要等。结合我院实际，\*\*设计了适合我院的《住院病历质量评分表》，要求每份出院病历均由科室质控医师进行检查评分后随病历一起归档。另一方面，要求科室质控医师每周质控每位管床医师一份运行病历并评分，月底交质控办运行病历质控总结及科室医疗质量检查总结。同时督导各科室完善医疗质量周检查记录，疑难病历讨论、业务学习等记录，通过以上工作，进一步完善了医疗质量管理，确保二甲复审工作任务圆满完成。

二、完善考核标准

在《20xx年医疗质量\*\*绩效考核实施方案》的基础上参照《二级中医医院评审标准实施细则》相关标准要求及日常质控实际情况，修改完善了《20xx年医疗质量\*\*绩效考核实施方案》；制定修改了《院前病历质量评价标准》、《急诊留观病历质量评价标准》，对科室起到指导和规范作用，为质控检查提供了标准依据。

三、加强医疗质量管理，保证医疗安全

1、环节质量检查：

每月不定期到医、护、技、药各科室进行质量检查，抽查运行病历书写质量，如病历完成的及时性、各项记录内容的完整性、三级查房等核心\*\*的执行情况、围手术期医疗文书的书写等，抽查医技科室检查报告、\*\*执业情况及中西药处方的书写等，及时反馈查出的问题，及时督导改正。

2、终末质量检查：

（1）按照《中医病历书写基本规范》、《院前病历质量评价标准》等标准规范，每月对各科病历质量进行检查，至少抽取每个科室每位管床医师病历1份，对发现问题的病历进行认真总结、分析、评价，将结果及时反馈至相关科室督促整改，并将成绩纳入当月绩效考核；每季度按照我院《医疗质量\*\*绩效考核实施方案》对医、护、技、药各科室进行全面的质量检查，包括运行病历及归档病历的质控，并进行总结、反馈。本年度共\*\*检查运行病历700余份，归档病历400余份，院前病历400余份，未发现丙级病历。

（2）对临床科室除病历外的.医疗质量管理进行检查，如业务学习情况、疑难、危重、\*\*病例讨论、科室周质控工作记录、危急值处理等。

（3）每月对各医技科室、中、西药房、煎药室等进行的质量检查，内容有业务学习、疑难病例讨论、科室质控、危急值报告、\*\*执业、报告的书写、审核\*\*的落实等，各科室能较好地执行。

四、落实专项检查

根据我院制定的《处方点评\*\*》、《20xx年抗菌药物临床应用专项整治活动方案》及相关文件规定，同医教科一起进行处方点评和抗菌药物专项检查工作，本年度共检查门诊中西药处方近4000张。

五、存在的问题

病历质量管理仍然是医疗质量管理中的一个薄弱环节，也是医疗质量管理中的难点，在今年的病历检查中，突出问题有现病史、中医辨病辨证依据、中、西医鉴别诊断、西医诊断依据、术前讨论、术前小结等内容描述简单，三级医师查房流于形式、缺乏中医内涵知识及临床指导意义，停、开的医嘱不在病程中记录、分析，字迹潦草,难以辨认等，出现这些问题除病历书写者本人及科室管理的原因外，我也有责任，不足之处在于重视了检查未重视效果，重视了终末质控，而忽视了环节质控，检查出的问题未及时跟踪问效，倒查\*\*，致使有些问题屡查屡犯。

总结一年来的质控工作，我认为自己工作不够大胆，方法需要进一步改进，在下一年度的医疗质量管理工作中，我要吸取教训，总结经验，以基础质量、环节质量检查为重点，狠抓问题的改进与\*\*的落实，提高医疗质量，确保医疗安全。

以上报告，请各位\*\*批评指正！

20xx年12月

**医院科室年度质控工作总结22**

在院领导的重视和关心下，20xx年我院院内感染做了大量工作。从组织落实开始，到严格管理制度，开展必要的临床监测等，采取多种措施，使我院的院内感染管理逐步规范化、制度化、科学化，将医院内感染率控制在较低水平。为了进一步搞好院内感染管理工作，现将本年度院内感染控制工作小结如下：

>一、加强组织领导，保证院内感染管理工作的顺利开展。

在

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！