# 医院感染年度工作总结（精选6篇）

来源：网络 作者：空山幽谷 更新时间：2024-01-08

*小编为大家整理了医院感染年度工作总结(精选6篇)，仅供大家参考学习，希望对大家有所帮助!!!为大家提供工作总结范文，工作计划范文，优秀作文，合同范文等等范文学习平台，使学员可以在获取广泛信息的基础上做出更好的写作决定，帮助大家在学习上榜上有...*

小编为大家整理了医院感染年度工作总结(精选6篇)，仅供大家参考学习，希望对大家有所帮助!!!为大家提供工作总结范文，工作计划范文，优秀作文，合同范文等等范文学习平台，使学员可以在获取广泛信息的基础上做出更好的写作决定，帮助大家在学习上榜上有名!!!

医院感染年度工作总结(精选6篇)由整理。

第1篇：妇产科医院感染管的理度工作总结

妇产科医院感染管理年度

工作总结

202\_年妇产科医院感染工作总结

202\_年在院领导及院感科的正确领导及大力支持下，妇产科严格执行《医院感染管理办法》、《消毒隔离技术规范》、《医疗废物管理条例》等法律法规和医院各项规章制度，从计划落实到严格管理制度，采取多项措施，加强全科医务人员院感知识培训，提高全科医务人员院感意识，努力提高妇产科院感管理，将妇产科院内感染控制在较低水平，本年度院感工作总结如下：

一、教育培训

1、科内工作人员每季度学习院感相关知识并考试，院内感染知识考核合格。每季度进行院感总结，护士长及科内院感兼职人员每周进行自查自检，发现问题及时整改，积极参加院内感染知识讲座和培训。

2、督促手术人员严格执行无菌原则，加强无菌观念，规范着装。

3、每月进行手卫生督查，科室全体医务人员 基本掌握院感相关知识和七步洗手法。

二、感染监测

1、产房空气及物表细菌培养每季1次。

2、每月进行紫外线强度测定一次，发现不符合及时更换灯管。

三、加强重点环节管理

1、加强了产房、新生儿室的院感管理。

2、严格感染产妇与非感染产妇分室待产分娩，隔离病房、隔离待产室与隔离分娩室严格执行一人一用一消毒，所有用物尽量一次性使用。

3、感染新生儿与非感染新生儿分开洗浴护理。感染新生儿

使用一次性用物，所有新生儿均一人一用一消毒，所有物品用后严格消毒处理。

4、严格无菌物品管理，无菌物品按灭菌日期依次放入专柜，过期重新灭菌，无菌物品一人一用一灭菌，并与一次性物品分开放置。无菌包使用前检查包布干净，无洞，外贴3M指示带及内放化学指示卡合格方可使用。

五、加强医疗废物管理

1、医疗废物按要求分类、放置、收集、转送，无泄漏事件发生。

2、加大了对科室保洁人员的宣传培训力度，提高意识，杜绝了医疗废物倒卖，医疗垃圾存放间坚持做好清洁消毒处理。

六、加强医务人员职业防护管理

加强了医务人员的自身安全，防止锐器伤等职业暴露的管理，从手卫生、使用防护用具抓起，组织相关知识的培训，提高了医务人员的职业防护意识。全年职业暴露2例，均按

《职业暴露处理流程》严格处理并上报院感科。

七、院感缺陷

1、紫外线灯管坏了未及时通知相关部门更换。

2、部分工作人员使用一次性薄膜手套代替洗手。

3、分娩后产妇床单有血迹未及时更换。

4、医务人员在护理传染病人及使用锐利器械时安全意识不强，导致二例职业暴露发生。以上这些希望科室人员认清不足，共同努力，在今后的工作中完善不足，以提高医疗质量，确保病人及自身安全。

篇2：202\_年上半年医院感染管理工作总结

202\_年上半年医院感染管理工作总结

一、上半年工作完成情况

1、根据202\_年1月份第一次院感委员会的决议，遵循二甲医院评审标准，努力推进医院感染管理工作。认真学习和掌

握等级医院评审标准，根据标准结合我院实际情况，制订和完善了医院感染管理制度、消毒隔离制度、SOP文件，对全体医务人员反复进行培训;为了提高培训效果，先在全院集中进行培训，然后各科室逐一进行院感相关知识和制度学习和培训，科室组织二次书面考查。通过反复强化督查以及对未掌握人员及时进行重新培训，使得医务人员能够较好地掌握医院感染管理知识和执行医院感染管理相关制度，全面贯彻执行等级医院评审标准，争取在等级医院评审中院感方面取得较好成绩。

2、努力提高全体工作人员的手卫生依从性，切实控制交叉感染风险。对全院各级、各类人员进行手卫生理论知识和实践操作培训，在全院范围内进一步完善手卫生设施，包括在各病房门口安放快速手消毒液，重点科室更换不符合要求的水龙头，在每一个水龙头旁安放一次性擦手纸盒和擦手纸，废弃硬块肥皂改用皂液，提高医务人员手卫生的依从性。对每一位工作人员(包括保洁员)洗手六步法进行考查;在迎检期间，每周对临床科室医务人员手卫生执行情况进行督查，提高了医务人员的手卫生依从性。

3、加大了重点科室、重点部门医院感染管理的干预。在医院感染管理委员会和医院质量和安全委员会上多次提出对

消毒供应中心、手术室、ICU、新生儿病房、血液透析室等重点科室建设的干预，现消毒供应中心已投入使用，已达到基本运行;对手术器械消毒、包装管理等进行干预;对外来器械管理提出建议并加强对植入器械消毒灭菌的管理;新生儿病房正在紧张施工中;血液透析室改造图纸已定，只待

进一步施工。进一步加强对经血传播性疾病患者血液透析管理，严格专机透析，分区管理;加强医务人员手卫生，加强血透上下个患者之间血透机消毒，尽最大可能降低了交叉感染的风险。加强对ICU医院感染管理，院感管理专职人员每天对ICU等重点科室进行院感管理监督，特别是“三管”管理重点病人，通过网络、实地查看等了解病情，有感染迹象及时干预。及时督促医务人员加强多重耐药菌病例消毒隔离(尽可能采取单独隔离无单独隔离床位时严格执行床边隔离)和手卫生。特别是强调接触每一位患者前后进行快速手消毒。

4、及时查询多重耐药菌感染病例，积极与检验科微生物室联动，加强对多重耐药菌感染病例的消毒隔离督查。对多重耐药菌病例实行实时监控，每天提醒和督促临床医务人员做好多重耐药菌感染病例的消毒隔离：床位挂隔离标识，病历首页夹接触隔离标识，尽可能采取单独隔离，无单独隔离床

位时严格执行床边隔离，加强手卫生工作，并对多重耐药菌感染患者的房间及周围物品每天进行消毒、特别管理，努力避免多重耐药菌引发的交叉感染患者。

5、全院综合性监测 上半年共监测病例11914例，发生医院感染54人，57例次，医院感染发病率0.45%，，感染例次率0.48%;漏报13例，漏报率0.11%;Ⅰ类手术切口感染率为0.0%;卫生学监测791份，合格率99%，复检合格率100%，符合卫生部关于二级综合性医院医疗质量和控制指标。

6、目标性监测

我们开展了ICU呼吸机相关性肺炎、导尿管相关尿路感染、中心静脉置管相关血流感染和儿外科疝修补术和普外科阑尾切除术的手术切口感染监测;上半年共监测呼吸机使用床日数431，感染8例，每千日使用呼吸机感染率为18.56‰;监测导尿患者床日数1175，感染6例，每千日导尿感染率为5.1‰;监测中心静脉置管床日数143，感染0例，每千日中心静脉置管感染率为0‰。小

儿疝修补术76例，感染0例，感染率0%;阑尾切除术76例，感染0例，感染率0%。

7、努力减少医务人员职业暴露风险 上半年工作人员共发生

锐器伤等暴露12例，均较轻。我们及时为受伤工作人员进行登记，提出处理意见，提供必要的帮助，推荐相关的专家，定期提供免费检查。并针对此情况进行了全院职业暴露知识培训和演练，努力降低医务人员因职业暴露所造成的感染隐患。

二、目前存在的问题:

1、部分医务人员手卫生依从性仍有待进一步提高，部分医务人员手卫生意识不强，未严格执行手卫生，容易造成交叉感染，部分科室使用快速手消毒液量不足，表明手卫生执行不力(手卫生执行较好的科室有ICU、急诊科病房，妇产科、外一科、外二科、五官科)。门诊科室手卫生依从性执行不力，临床、医技部分工作人员手卫生意识不强，接触病人及周围物品后和接触治疗车等公共物品前未严格执行手卫生。

2、院感管理重点部门、重点环节仍有隐患，如新生儿病房、血透室、消毒供应中心等，由于基建、改造、人员等问题，还没有完全到位，未达到等级医院评审标准。

三、下半年工作计划

1、进一步加强手卫生工作，特别需要科主任、护士长大力倡导、带头执行和督促全科室人员认真执行手卫生，努力提高医务人员手卫生意识;院感质控人员(包括医院专职管理人员)加强手卫生督查，督促医务人员做好手卫生，努力推进全院手卫生工作。

2、加强重点部门和重点环节医院感染管理，严格控制重症监护室和住院人数，

患者较多时应加快病人转出，严格床边隔离，努力降低交叉感染风险;血透室工作人员要提高手卫生意识，并制订规范的上机、下机操作程序并严格执行，院感科经常检查督促工作人员严格执行消毒隔离，努力消除交叉感染隐患;感染科每一位工作人员要严格消毒隔离，努力做好手卫生，努力避免交叉感染。

3、继续加强对手术器械清洗质量监管，特别外来器械的清洗质量，干预消毒供应中心的质量管理，努力提高全院手术器械清洗质量，保障手术安全。

4、进一步加强多重耐药菌监测，院感管理人员每天对全院的多重耐药菌进行筛查，及时督促临床医务人员做好多重耐

药菌感染病例的隔离(尽量单间安置、不能单间应严格床边隔离)、消毒(房间内的所有物品每天严格消毒)和工作人员的手卫生工作，努力控制多重耐药菌的交叉感染。

5、继续做好目标性监测，对呼吸机相关性肺炎、导尿感染、中心静脉置管感染和手术切口感染进行高危因素干预，努力控制呼吸机相关性肺炎、导尿感染、中心静脉置管感染和手术切口感染。

6、下半年完成全院横断面调查工作，并规范算出现患率，这需要各科主任、护士长和全院医护人员的大力支持与配合。

7、做好职业暴露的预防和控制工作，特别针刺伤的预防和针刺伤发生后的规范处理;加强对使用后的针头管理，努力避免针刺伤的发生;在医务人员发生针刺伤后，院感管理人员第一时间对针刺伤提出预防感染意见，协调相关专家帮助受伤者做好预防、治疗等相关事宜，尽最大努力降低因针刺伤感染传染病的风险。

医院感染管理科

202\_年7月2日

篇3：202\_年医院感染管理工作总结

202\_年医院感染管理

工作总结及评价

202\_年感控科在所领导的正确领导和各科室的大力支持配合下，加强医院感染管理，确保感控科各项工作的顺利开展，取得了一些成绩，但仍存在着若干问题需要解决和改进。现将202\_年的医院感染管理工作总结如下：

一、更新完善各级各类医院感染管理人员职责和工作制度，打造安全的就医环境。

年初制定了医院感染管理工作计划并逐一落实。感控科受医院感染管理委员会的委托，更新完善了医院感染管理各级各类人员职责共计13个，各项管理工作制度共计33个，传染病管理各级各类人员职责和制度共计11个已出版所内发行。使医务人员在工作中有章可循。

二、加强院感质控工作，特别是对重点科室和重点环节的管

理和监督

1、为了落实年初医院感染管理工作计划，制定了《医院感染控制方案》和各科室医院感染管理考核标准，根据考核标准每月对各科室院感控制工作，尤其是手术室、产房、妇产科、口腔科等重点科室进行不定期检查、督导，发现问题和院感隐患，及时进行现场指导和书面反馈，所科两级找出原因，制定整改措施进行整改，感控科跟踪改进效果。

2、加强对重点环节的监督、检查，重点抓了手卫生规范、消毒隔离制度、无菌操作技术、无菌物品(包括一次性使用无菌物品)管理以及医疗废物管理规范的落实，发现问题，及时反馈、制止。减少交叉感染和院感发生的几率。

因单位人力物力所限，没有设立消毒供应中心，没有规范的器械清洗设备和工作室，只能尽力改善工作方法和手段，使之规范。监督各科室正

确刷洗保养医疗器械，保证临床诊疗安全。

三、加强医院感染监测

1、根据《中华人民共和国传染病防治法》、《突发公共卫生事件应急条例》、《医院感染暴发报告及处臵管理规范》等法律法规，结合我所实际，制定了《医院感染暴发报告及紧急处臵预案及流程》，其目的为预防、控制医院感染暴发事件，指导和规范医院感染暴发事件的卫生应急处臵工作，保护患者和医务人员身体健康。

2、进行了医院感染发病率调查，全年出院病人为\*\*\*\*\*人，医院感染发病2例，感染率为\*\*\*%。对住院病历进行了回顾性院内感染调查，以便及时发现院内感染漏报病例，共查阅病历\*\*\*份，漏报率为0.

3、开展了手术切口目标性监测、监测周期为六个月，自202\_年5月1日开始至202\_年10月31日止，六个月共收集观察67例剖宫产病人，65例病人切口预期愈合，有2例出现脂肪液化，妇产科患者是一个特殊人群，大多数孕妇体质偏胖，腹部脂肪较厚，部分孕妇存在着不同程度的低旦白水肿等不利因素。

4、进行环境卫生学监测。根据工作需求不定期对重点科室、每季度对非重点科室进行空气、物体表面、压力蒸汽灭菌器、消毒液、工作人员手等环境进行采样，监测细菌生长情况及

消毒灭菌效果监测并进行总结。

5、口腔科压力蒸汽灭菌器工作时，每锅进行化学、工艺检测并记录监测结果，生物监测共6次，合格率为100%，物品灭菌效果的监测合格率为100%;手术室空气细菌培养共5次，有1次监测报告结果不合格，整改后再次监测合格率为100%;其它部位空气细菌培养合格率为100%;上半年全所物体表面细菌培养合格率100%，医务人员手细菌培养合格率100%，消毒液监测合格率100%，有时出现浓度过高的现象。

四、传染病管理

1、全年门诊诊疗人数为\*\*\*\*\*人次，传染病信息网络报告\*\*\*人。无漏报、迟报、瞒报现象发生。相关业务指导部门来检查督导共\*\*次，对我所的传染病管理工作表示满意。同时对我们的管理工作给予了指导，根据反馈意见，感控科在门诊大厅制作了《发热病人就诊流程图》和《发热及传染病预检分诊流程图》，印刷了《发热病人就诊须知》，告知工作人员做好发热门诊病人日志登记工作。

2、3月30日开展了《传染病信息报告管理规范》和《性传

播性疾病基本知识》讲座，4月17日开展了《急性弛缓性麻痹的鉴别诊断》讲座，6月3日至6月25日期间共开展了4次关于《中东呼吸综合征》诊疗方案及预防控制技术指南的培训学习。

3、为及时发现、有效控制突发性传染病，规范突发性传染病发生后的报告、诊治、调查和控制等应急处臵技术，我们重新制定了《传染病防控应急预案》指导突发性传染病事件的应急处臵工作。

4、为加强对全所传染病暴发事件、聚集性症候群等异常情况应急处臵工作的领导和管理，我们重新制定了《传染病爆发事件、聚集性症候群等异常情况处理机制及流程》，其目的是提高应急反应能力和技术水平，及时、有效、有序地处臵传染病暴发事件、聚集性症候群等异常情况，努力避免和减少人员伤亡，有效防止和控制事件进一步扩散，保护群众身体健康和生命安全。

五、加强医疗废物管理

重新制定完善了6项医疗废物管理的各项规章制度和流程，重点加强了日常对医疗废物收集、转运和处臵工作的督导，

使医疗废物在产生科室做到分类收集，规范包装，标识清楚，按时密闭转送，医疗废物在暂存处按规定及时处臵，定期下科室检查此类制度的落实情况，发现问题，及时反馈整改，确保了医疗废物管理的有效性。

为防止医疗废物处臵过程中由于医疗废物遗撒、流失、泄漏、扩散导致的传染病传播或环境污染事故，我们更新了《医疗废物处臵意外事故应急预案与流程》，指导意外事故发生时，得到有效控制和处理。

六、加强职业安全防护

为维护医务人员的职业安全，有效预防医务人员在工作中发生职业暴露,保证医务人员发生职业暴露后能够得到有效的处理,依据《医院感染管理办法》、《医务人员艾滋病病毒职业暴露防护工作指导原则》，完善了《职业暴露防护应急预案》，为高风险人员进行了体检并进行了预防注射。

七、加强医院感染知识的学习与培训

根据年初制定的医院感染知识培训计划，组织全体护士和工勤人员分别开展了《医院感染基础知识培训》讲座，组织全

体医务人员开展了《医院感染诊断常见问题的探讨》讲座和《医院感染预防和控制的重要性》讲座等院感防控知识培训共四次，并进行了考试，既增长了知识，又提高了医护人员对医院感染控制工作重要性的认识。

八、存在的问题

1、医务人员执行手卫生规范的依从性仍然不高，部分医务人员“六步洗手法”的前后顺序掌握的不准确。

2、部分医务人员对医院感染知识培训热情不高，中途早退。

3、临床科室个别医生对医院感染的诊断标准缺乏学习，不能完全掌握该标准。对病原学检查重视程度不够。

4、科室医院感染管理质量检查内容循规蹈矩，对新出现的问题和漏洞缺乏敏感性。

感控科

二〇一五年七月八日

第2篇：医院感染工作总结

202\_年医院感染工作总结

202\_年在院领导的重视和关心下，我院医院感染小组就控制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。为了今后进一步搞好院内感染管理工作，现将我院本年度院内感染控制工作总结如下：

一、加强组织领导、保证院内感染管理工作的顺利开展 医院感染管理小组业务院长牵头，医务科、护理部兼职参与，各科室负责人任组员。负责全院的感染控制工作，并对各科室进行指导。院感小组认真抓好日常工作，定期、不定期对各科的院内感染控制工作进行督促、检查，对全院的相关数据进行收集、统计。工作层层落实，保证了我院院内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

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就显得十分重要。年初，根据我院具体情况，修订了医院工作各项SOP;加强制度的建设和学习，对全员医护人员定期培训及考核，并认真贯彻执行，提高防范意识、降低医院感染的发病率;院感小组定期检查制度落实情况，充分发挥制度的约束作用，使各项工作落实到实处。

三、继续抓好临床各科室消毒隔离、感染监控工作

1、根据各项SOP及《传染病防治法》等，院感小组加强了对各临床科室的消毒隔离、感染监控工作。每月检查一次，对发现的问题及时处理，大大降低了院内感染的可能性。在全年的消毒液更换及器

1 械浸泡检查中，除有的科室偶有漏记录或记录不全外，器械浸泡及消毒液的配制、更换时间均符合要求。

2、对临床科室护理人员的手表面、物表面、空气、消毒剂、紫外线的强度、高压灭菌包等的监测，合格率达100%。

3、院感小组人员定期到相关科室了解有无院内感染病例，有无漏报、错报等。各科对发现的院内感染病例，及时进行登记并上报院感小组。经统计，院内功能微生物培养率为100%，全年院内感染发病率为8%，较去年下降1.1%。

四、管好一次性用品，保证病员的医疗安全及防止社会污染

在今年的一次性用品购进中，院领导更加强了这方面的管理工作，严格查证、检查质量。院感科与库房保管负责对购进的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我院。在本年度中，我院购进的一次性用品无一样不合格产品。院感小组每季度对库房及各科室存放的一次性使用无菌医疗用品检查一次，护理人员在使用前严格查对，以防将过期、失效等的一次性用品给病人使用。由于严格把关，无一例病人使用不合格的一次性使用无菌医疗用品。对使用过的一次性用品，各科一直坚持毁形、消毒并记录。因此，我院的一次性空针、输液器、尿袋等的毁形、消毒率达100%。毁形、消毒后的一次性使用无菌医疗用品，由市卫生局指定专人回收。

五、加强院感知识培训，提高全院职工控制院内感染意识

结合本院实际，院感小组组织开展了预防院内感染的专题讲座，如医院感染诊断标准、抗菌素使用、医疗事故处理条例、消毒、安全知识培训，输血有关法律、法规及输血知识学习等，对全院医务人员

2 进行预防、控制医院感染相关知识培训，增强大家预防、控制医院感染意识。提高我院预防、控制医院感染水平。

在全年的院内感染控制工作中，由于院领导的高度重视，上级专家对我院的指导，院感小组的组织、指导及各科室的积极配合，工作开展比较顺利，取得了良好的效果。但由于我院的院内感染控制工作起步晚，还存在有不足的地方，如院内感染发病病例的诊断、报告、统计等方面做得不够，有待今后不断完善和提高。我们相信，在新的一年里，只要我们不断总结经验、虚心学习，我们将把院内感染控制工作做得更好。

202\_年的医院感染管理工作重点：

1、要加强医务人员的学习培训。如医院感染诊断标准、消毒技术规范、手卫生合理使用抗生素、HIV职业防护;

2、各临床科室应组织学习掌握院感诊断、检查、记录及报告程序等，提高医院感染病例报告的准确性，减少漏报;

3、加强微生物培养及药敏试验;

4、加强紫外线强度的监测;

5、医疗废物管理要按医院医疗废物管理制度的要求执行;

6、院感管理小组应定期活动，做好有关台帐本的记录，并针对存在的问题进行整改。

202\_

年1月7日

第3篇：医院感染工作总结

医院感染工作总结

为了进一步贯彻落实卫生部《医院感染管理规范》、《消毒技术规范》，促进我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卫生部《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、根据《医院感染管理规范》、《传染病防治法》、《消毒管理办法》以及医院感染管理的其它有关规定，结合我院实际，年初制定了《医院感染管理委员会预防和控制医院感染202\_工作计划》，并以文件的形式下发全院各医院感染管理小组。各医院感染管理小组则结合科室情况，制定了各科室管理小组工作计划，并对一年的工作进行了总结，各科室配有质控管理人员，因此，我院医院感染管理三级网络能始终有序的良性运行，发挥了积极的作用。

4、医院感染管理委员会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。全年共召开会议10次，每次会议主题明确，内容充实，具体，及时，记录完整，体现了医院感染管理委员会在认真履行职能，实现工作目标，强化医院感染管理工作中发挥了重要作用。

5、医院各感染管理小组组织科室人员学习《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能，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，全年共出简报4期，使医院感染管理工作能保持连续，目标明确，重点突出，责任落实，防范有效的特点。

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，所进行的各项消毒工作分别如实登记在医院感染管理委员会制定发放的“空气消毒情况”、“科室消毒工作情况”、“消毒液更换情况”、“一次性医疗用品毁形消毒情况”四种专项登记本上。各科记录完整、及时、真实。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。确保了消毒质量，减少了发生医院感染的隐患。

3、全院严格执行各项无菌技术操作，各科注射一律执行一人一针一管一用一消毒的原则。凡能高压蒸汽灭菌的物品一律采用高压蒸汽灭菌。

4、坚持做好各科预防性终末消毒。加强了重点区域如手术室、产婴室、ICU病房、供应室、血库等区域的消毒管理，强化了发热门诊、肠道门诊、隔离病房等的消毒隔离工作，有效地扼制了医院交叉感染的传播。

5、严格执行输血工作“三统一”规定。

6、加强一次性医疗用品管理，要求五证齐全，从查验证件、进货、贮存、发放、使用、回收等均规范化管理，用后立刻毁形消毒由供应室统一回收，核数实发，做好各种登记工作。确保了我院使用一次性医疗用品的安全使用。

7、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，及时进行焚烧处理。(2)、加强了一次性输血袋回收管理工作，科室使用后填写回收单，专人下科收集，并双方签字，防保科每月进行查对，严防了血袋外流。(3)、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。

8、加强了全院清洁卫生管理：根据现代医院的卫生环境概念和管理标准，医院感染管理委员会配合其它相关部门，拟定了清洁卫生管理的标准、要求、奖惩制度。每月由医院感染管理办公室派人参加定期、不定期的全院清洁卫生检查。对检查情况进行考核评分，与清洁工工资挂钩。重视院区内的除“四害”工作，常年备有消杀药剂，尤其在滋生繁殖季节，常抓不懈。做到垃圾日产日清，生活垃圾与医用垃圾尽可能分装处理，传染病人的分泌物、排泄物，医院特殊废弃物以及废血、血液污染物品、病区污水等均进行无害化处理。病室坚持湿式扫床、扫地。无菌区、清洁区、污染区、厕所卫生用具分开使用，使用后清洁、消毒。最大限度地控制由于该类工作缺陷带来的医院感染隐患。

9、为了确保医疗安全，不断提高医疗质量、减少由于医院感染引发的医疗纠纷，医院感染管理委员会积极配合各科查找医院感染隐患。如个别科室废弃物品处理不规范;部分医务人员对医院感染管理认识不足，双向防护意识不强及不合理使用抗生素等。通过认真查找，及时提出改进防范的措施，对消除医院感染隐患，有效控制医院感染的发生起到有力作用。

三、加强传染病管理：

1、加强了传染性非典型肺炎及人感染高致病性禽流感防治工作：

(1)、加强了传染性非典型肺炎及人感染高致病性禽流感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。

(2)、科室人员积极参加省、市、县举办的传染性非典型肺炎及人感染高致病性禽流感防治培训班，认真学习并对全院职工分期进行培训。

(3)、根据非典型肺炎及人感染高致病性禽流感防治的要求，继续设立发热门诊：

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新的《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。

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%。

4、每月定期对门诊医生的门诊日志进行检查，杜绝了传染病的漏报。全年全院共诊治传染病人352例,疫情报告352例,疫情报告率、及时率、报告准确率均为100%。 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。

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《四川省预防医院内感染的规定》、《传染病防治法》及实施办法、《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、科室派员参加市疾控中心组织的突发公共卫生事件、传染病管理、消毒技术规范、医院感染管理等培训4次。

3、组织传染病防治专业组人员学习传染性非典性肺炎及人感染高致病性禽流感防治知识培训2次。

4、组织食堂职工认真学习《食品卫生法》，严防饮食不洁造成的疾病流行。

5、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、认真执行《医院感染管理规范》，搞好相关监测，为医院感染控制提供科学依据。

1、由医院感染管理办公室人员对我院医院感染情况坚持了长期连续系统的监测和登记工作。全年共检查出院病历7219份，其中入院48小时以后的出院病历6010份，共发生医院感染73例，其医院感染率为1.2%，主要为呼吸道感染居首，其次为皮肤、胃肠道、泌尿道、术后伤口、口腔感染;符合我国医院感染发生的一般规律。进行了漏报调查，全年共漏报5例，漏报率为6.8%。全年共做无菌切口手术1131例，甲级愈合1131例，其无菌切口甲级愈合率100%。通过监测，及时了解了我院医院感染的发病情况、多发部位、多发科室、高危因素、影响因素等情况，并提出针对性意见或改进措施反馈给各感染管理小组，有效地促进了我院感染管理工作的进行。

2、医院感染管理办公室与检验科配合，承担了对全院消毒工作质量的监测工作。全年对全院各临床科室使用中的消毒剂，无菌物品，物表，医务人员的手，重点科室的空气等进行每月1次抽样监测，共监测10次，采样500件，合格494件，合格率为98.8%。在监测过程中，有针对性地将监测重点放到使用频繁的消毒剂和易忽视的薄弱环节上，对监测中发现的问题及时向医院感染委员会领导汇报并与相关科室联系，提出整改措施，以确保消毒质量。

3、全年接受县防疫站对我院消毒情况监测2次，共采样77件，合格77件，合格率100%。

4、认真做好了供应室消毒灭菌质量监测。高压蒸汽灭菌器每锅灭菌效果均放置标准包，灭菌消毒过程进行了工艺监测，锅锅记录，每月按要求进行了生物监测，均为合格。医院感染管理办公室对供应室消毒情况每月监测1次，并随时了解检查灭菌物品与供应室的洗涤，处理过程，灭菌包大小，锅内放置数量及操作程序是否规范、符合要求。对临床医疗的消毒工作缺陷及时反馈回供应室予以纠正。今年随机抽查的无菌物品，灭菌合格率达100%。

六、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、本科同志在下科检查工作中,对存在的问题监督力度不够，今后经常深入科室,真抓实干,切实为临床和病人服务。

3、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。

第4篇：医院感染工作总结

随着医学发展和医学模式的转变，医院感染在医院管理中占据了重要的地位。医院感染不但关系到医患双方的健康而且影响到医院的医疗质量。在院领导的重视和关心下，从组织落实开始，到严格管理制度，采取多种措施，使保健院的院内感染管理逐步规范化、制度化。为了今后进一步搞好院内感染管理工作，现将医院本年度院内感染控制工作总结如下：

一、领导高度重视，保证院内感染管理工作的顺利开展

院领导高度重视医院感染管理工作，院长直接担任医院感染管理领导小组组长，指导院感办开展日常工作，

(一)注重依法管理，按照规范开展医院感染管理工作。不断学习法律、规范，贯彻执行《 传染病防治法 》《 消毒技术规范 》《 医院感染管理规范 》和各项政策法规，院领导强调依法行医，规范管理。由于院领导的重视和院感办主任认真负责的管理，我院职工的法律意识和控制院内感染的意识不断强化。

(二)为有效的控制医院感染，保证医疗质量。院领导重视重点科室的建设，对门诊、住院部、护理室、治疗室、化验室、等重点科室严格按照医院感染管理要求配置基础设施。

(三)把控制高危科室的医院感染作为工作重点。经常到临床第一线了解情况并检查督促消毒隔离制度的落实，工作中发现问题和薄弱环节，及时与相关部门沟通设法解决，脚踏实地的开展工作。

二、充实保健院感染组织机构

根据卫生部规范要求逐步完善了各项规章制度，配备了专职的院感工作人员，保证了医院感染管理工作规范有序的开展。医院成立的院、部、科室三级医院感染管理网络起到了有效的职能监控作用，按照职责制订了医院感染管理质量考核标准，每月根据考核标准进行质量检查，对质量检查结果组织讨论和考核，同时根据医院感染管理方面存在问题制定改进措施，规范地开展医院感染管理工作;同时各科医院感染管理质控小组每月向院感办报告住院病人的院内感染、消毒隔离监测情况，根据科室院内感染存在问题组织医务人员讨论;各级院内感染监控人员履行了院内感染管理的相应职能，从而使院内感染管理工作进一步完善。在医院感染管理中，规范、认真落实各项规章制度，特别是医疗废物管理制度、院内感染消毒隔离制度、一次性无菌医疗用品使用的管理制度、院内感染管理检查制度、院内感染管理教育培训制度、医院感染管理考核制度等。

三、加强院感知识培训，提高全院职工控制院内感染意识

结合本院实际，营造氛围，院感办组织开展了一系列的专题讲座和院内感染培训，并利用互联网及时了解国内外医院感染的现状和原则，控制方法的新进展，对全院医务人员人员进行预防、控制医院感染相关知识培训。增强大家预防、控制医院感染意识;提高医院预防、控制医院感染水平。在全年的院内感染控制工作中，由于院领导的高度重视，及各科室的积极配合，工作开展比较顺利，取得了良好的效果。

四、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。为提高我院的院感工作质量和成效，制订了一整套科学实用的管理制度来规范医院有关人员的行为。根据《医院感染管理办法》制定我院各科室《消毒隔离管理制度》，《院内感染综合评分细则》。定期或不定期对照我院的院感制度、规范、细则对各科室医院感染管理质量检查、评估、评分，查制度落实情况，查操作规范，从环节上层层深人。院感办定期检查制度落实情况，充分发挥制度的约束作用，使各项工作落实到实处。

五、建立《医院感染病例报告制度》

为认真贯彻执行《医院感染管理办法》的有关规定，及时掌握我院感染状况，发病情况、病种、常见致病菌及耐药情况等有关资料，根据《院感感染诊断标准》的要求结合我院实际情况，制订了《院内感染监测登记报告制度》。当医务人员发现院内感染病例或者感染趋向时，必须及时送病原学检验，查找感染源，感染途径。要求如实填写医院感染病例报告单，及时报告医院感染管理办公室，由院感负责人对相关危险因素进行监测、分析和反馈，协助控制病情的扩散，必要时由办公室组织召开研讨会，消除隐患，确保医疗安全。为保证院内感染控制工作的可靠性，院感办将不定期抽查院内感染的发病率和漏报率。对科室内隐瞒，漏报的情况进行摸底，一经发现，除在全院通报批评外，对当事人和科室负责人也要按规定进行处罚。同时，医务人员要警惕医院感染暴发事件的发生，院内感染病例的漏报，也是造成医院感染暴发事件发生的重要因素。发现有感染暴发倾向时，要及时报告医院感染管理办公室，院感办对医院感染发生状况进行调查、统计分析，并向医院感染管理委员会或者医院负责人报告。

六、对全体医护人员进行预防传染病标准防护的培训

根据传染病防治、报告工作方案的要求，院内感染办公室对本院各科室的卫生安全防护工作提供必要的指导和学习，监督各科配齐防护用品，掌握自我防护知识，做好保密工作的同时在紧急情况下从事医疗活动须严格执行标准预防的原则。正确进行各项技术操作，预防锐器刺伤。一旦发生职业暴露，应当立即实施局部处理措施，并及时报告医院感染管理办公室。但是此项工作还存在诸多欠缺，还需院感办进一步具体培训到位。同时，为确保术者的安全，最低限度的减少职业暴露的风险，感染性手术严格使用黄色手术通知单，黄色感染性手术通知单的使用情况纳入指控考核标准。、

第5篇：医院感染工作总结

202\_年院感染工作总结

一、医院感染管理完成的主要工作：

1、根据上级卫生行政部门各项要求制订了202\_年医院感染管理工作计划、医院感染知识继续教育培训计划;审查修订及增补医院感染预防控制质量检查评分标准，认真研究学习卫生部《消毒供应中心管理规范》等六项标准，进一步改进、完善相关医院感染工作流程。

2、加强医院感染预防控制工作质量督导管理及持续改进，完善医院感染管理质量督察考核机制，成立了医院感染兼职质控小组，每月对全院无菌技术操作、医疗废物管理、手卫生、消毒隔离等医院感染控制环节质量进行定期自查督导，并坚持对自查情况进行评价分析通报，督导临床科室对存在问题及时进行整改，确保医院感染管理基础性工作良性运行。

3、坚持开展重点科室环境微生物监测及消毒灭菌剂使用过程监测、无菌物品灭菌效果监测，对临床消毒隔离工作起到实质性的检查督导作用。

4、做好医院感染病例监测报告工作：

(1)开展重点去区域医院感染病例监测，持续进行ICU医院感染目标性监测及网络直报。

(2)做好院内感染爆发流行的监测报告及预防控制工作，认真落实《医院感染爆发预警报告处理制度》，加强对医院感染爆发前瞻性监测，3月份调查处理上呼吸道院内感染爆发预警事件一起，协助临床采取相应控制措施，使爆发感染事件及时得到控制，未造成蔓延。

(3)开展了医院感染现患率调查并进行网络直报，调查率达97.6%。

5、做好传染病医院感染预防控制工作，做好预检分诊台、隔离病区医院感染预防控制指导工作，特别是在手足口病、甲型H1N1流感预防控制工作中，院感科认真执行上级卫生行政部门相关精神，认真规范制定相关工作制度及流程，使其符合医院感染防控要求，并加强对相关科室培训及防控督导。

6、进一步加强医院感染知识继续教育培训工作，全年开展全院性培训4次，各科室做到每月对科内职工强化培训，向全院下发培训考核试卷1000余份，全院医院感染知识培训考试率达100%;针对我院医院感染管理工作现状，举办了宜昌市级医院感染继续教育项目培训“手术切口医院感染预防控制”，聘请上级医院医院感染管理专家来讲座，院内听课人次达300余人，市内外院参加听课百余人次，收效良好。

7、手卫生管理：全院实行洗手液洗手，干手巾做到一人一次一用一消毒无二次污染，部分重点科室实行干手机干手。

8、重点科室的医院感染管理：医院加强了对重点科室布局的建设及改进，近年内新建了血液净化室、净化ICU、层流手术室、检验科、胃镜室等,并规范配备相应设施设备，使之到达医院感染管理要求，中心化供应室正在筹建中。

院感科护理部联合实施每月对全院手术室等重点科室的质控督查。

9、进一步规范医疗废物分类收集管理，医疗废物管理相关制度及处理流程健

全，并规范实施分类收集，合理暂存，重点理顺未污染医疗废物分装，禁止与感染性医疗废物混装，规范集体输液车医疗废物容器配置及全院医疗废物容器的规范使用;感染性等医疗废物做到日产日清及时焚烧，院内焚烧炉已进行无烟处理;有规范新建的污水处理设施，有相关管理制度及职责，专人负责。

10、加强多重耐药菌管理：全院有多重耐药菌消毒隔离措施并落实，检验科发现多重耐药菌能及时上报院感科，院感科及时反馈指导临床科室采取消毒隔离措施，并对多重耐药菌株患者实施标识管理。

11、加强医务人员职业暴露防护管理：完善医务人员职业暴露紧急预案、处理流程、登记报告制度，并能对全院医务人员相关知识培训，有医务人员职业暴露专用预防经费;医务人员有职业防护意识，关键岗位相应防护用品齐备(帽子、口罩、隔离衣、防护衣、面罩、眼罩、胶鞋等)，工作人员能正确使用防护用品。

12、消毒药械及一次性使用医疗用品管理：医院感染管理科对消毒药械及一次性使用医疗用品的购入、贮存和使用有监管督察，每季度有检查指导和分析通报。

13、认真落实医院感染评价分析制度，做好相关信息统计上报工作，坚持定期召开院感工作会议，对院内感染发生情况、各项监测评价、医院感染预防控制措施落实情况等，进行评价分析通报，同时开展耐药菌株监测，院感病例病原学送检率分析，定期发放医院感染通讯

二、存在问题：

1、全院未实行中心化清洗消毒供应，少数科室存在自备包或日常诊疗用品科内清洗消毒浸泡，其清洗设施欠规范，少数医务人员消毒方法和化学消毒剂使用方法掌握不到位(消毒供应中心正在筹建中)。

2、医务人员手卫生意识有待进一步加强(输液注射、伤口外科换药、危重查房等环节速干手消毒剂均需用手消)，全院速干手消全年购进量仅500瓶，远不能达到临床规范手消需求量，说明医务人员实际操作中未规范执行手卫生制度。

第6篇：医院感染工作总结

202\_年心理科预防感染工作总结

202\_年，在医院的正确领导，科室的帮助支持下，心

理科根据《医院感染管理规范》、《消毒技术规范》和《传染病防治法》等有关规定，积极开展预防感染工作，及时监测效果，科室内感染发生率控制在较好的范围内，无感染病例发生。现将今年主要工作总结如下：

一、完善管理体系，发挥体系作用

加强了科室感染管理工作，明确职责，落实任务，及时汇报工作情况。

二、加强感染及传染病知识培训及考核

为提升科室人员的感染预防知识，进行了医院感染概论、医疗废物管理知识培训与考核，考核合格率为100%;对医生、护士进行了医院感染知识培训。

三、加强消毒灭菌和环境卫生的监测

定期对科室内环境卫生、消毒、灭菌效果进行了监督、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。

四、加强重点部位的感染预防工作

抽查了重点部位的感染管理，发现问题，主动与科主任

或护士长沟通并督查改进。定期查看病人情况，要求医务人员严格操作规程，避免感染的。

五、加强医疗废物管理

严格按照规定回收医疗废物，指定专职人员负责，并完

成对下收专职人员进行必要的法律、法规和个人防护方面的培训。使得医疗废物的管理过程更符合实际，减少了污染和医护人员受伤害的机会。

医院心理科

202\_年12月30日

202\_年心理科预防感染工作计划

一、严格落实各项规章制度

按照《医院感染管理办法》和国家有关法律法规，完善管理责任制，并进一步加大监管力度，认真落实规章制度。有效预防和控制医院感染的发生，保证医疗安全。

二、加强监测工作

一是加强感染的监测。按照医院感染诊断标准，实行有效的感染监测。二是进行消毒灭菌效果监测。每月进行消毒、灭菌、环境卫生学监测，对临床科室使用中的消毒液、医务人员的手、物体表面、室内空气进行定期和不定期随机抽样监测。三是开展致病菌和耐药率监测,定期向科室反馈,指导临床合理应用抗菌药物,提高医院感染性疾病的治疗水平.三、加强重点部位的感染管理

所有人员要坚持洗手规则，在处理不同病人或同一病人

的不同部位前、后均须洗手，严格执行无菌操作。手培养每月一次。

每个病人所用的血压计、听诊器、床头物品、供氧吸引

装置等不可与别人交叉使用。病人出室后须彻底清洗消毒后方可给别人使用。

各种抢救物品与监护仪器在转换使用时，应进行表面消

毒、清洗，各种导管、湿化瓶、吸氧面罩等均应规范进行消毒灭菌。

四、加强落实执行《手卫生规范》

落实医务人员手卫生管理制度，配备有效、便捷的手卫

生设备和设施。加强手卫生的宣传、教育、培训活动，增强预防医院感染的意识，掌握手卫生知识,保证洗手与手消毒效果。

五、开展感染知识培训

制订科室感染知识培训计划、实施方案和具体措施，举

办讲座和培训。对新上岗人员进行医院感染知识岗前培训，考核合格后方可上岗。通过培训，使广大医务人员充分认识到医院感染工作的重要性，掌握医院感染的基本知识和技能，促进感染的有效控制。

医院心理科

202\_年12月30日

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！