# 医院感染管理科6月份工作总结（精选3篇）

来源：网络 作者：无殇蝶舞 更新时间：2024-01-09

*小编为大家整理了医院感染管理科6月份工作总结(精选3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...*

小编为大家整理了医院感染管理科6月份工作总结(精选3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!!!

医院感染管理科6月份工作总结(精选3篇)由整理。

第1篇：医院感染管理科工作总结

医院感染管理科工作总结 以《XXXX》、《XXXX》等法律法规、行业标准等为指南，结合本院的实际情况和专家的督导意见，不断完善医院感染管理相关操作制度流程，整改重点部门的布局，以保障医疗安全。

1、规范化改造消毒供应中心：设有辅助区域包括工作人员更衣室、办公室、卫生间等。工作区域包括去污区、检查、包装及灭菌区(含独立的敷料制备或包装间)和无菌物品存放区。工作区域划分遵循规范原则：物品由污到洁，不交叉、不逆流;空气流向由洁到污;去污区保持相对负压，检查、包装及灭菌区保持相对正压。工作区域设计与材料要求，符合规范要求，设施应合国家相关标准或规定。配有污物回收器具、分类台、手工清洗池、压力水枪、压力气枪、超声清洗装置、干燥设备及相应清洗用品等，并且新配备全自动器械清洗消毒设备1台，有效保证器械清洗质量和提高工作效率。于今年6月份工程完工，7月份经广州市疾病预防控制中心作第三方验收合格，现正式全面使用。

2、信息化建设方面：医院已将微生物实验室的BD机与WHONETS 系统连接上，正在调试阶段，全面运行可以对全院和院感重点部门的细菌耐药性监测统计分析，为临床经验用药提供重要依据。

3、加强职业防识培训，全院各临床科室制备了物品统一的泼洒包，制订了标本泼洒和汞溢出应急处理流程，以指导现场操作，保障工作人员和患者安全。

4、院感相关监测以院科两级的形式展开。消毒灭菌监测、院感病例监测、IUC目标监测、一类术口监测等监测数据持平或略降，无发现医院感流行暴发。对医务人员职业暴露进行评估、对应处理和追踪，无发生因职业暴露而感染事件。

第2篇：医院感染管理科工作总结

杭锦旗人民医院

202\_年医院感染管理工作总结

根据202\_年医院总体工作部署，结合等级医院追踪检查反馈及整改要求;医院感染管理科遵循二甲医院评审标准，努力推进医院感染管理工作。重新组织学习和掌握等级医院评审标准，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，对全体医务人员进行培训;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，争取在院感方面取得较好成绩。

一、加强质量控制，进一步降低医院感染发生率。 充分发挥三级医院感染管理体系作用，特别是科室监控小组成员的作用，通过强化医院感染诊断标准的培训，认真落实医院感染病例报告和监测制度，坚持“早发现、早报告、早控制”的原则，杜绝医院感染暴发事件的发生。 落实医院感染管理会议制度，每半年召开医院感染管理委员会会议一次。讨论解决我院感染管理中遇到的疑难问题，总结工作。督导临床科室定期召开科室感染管理小组会议，讨论分析本科室医院感染管理工作中存在的问题，制定整改措施，积极整改。 加强医院感染培训，提高医院感染防控意识 采取全员集中讲座、针对性专题培训等灵活多样的形式，针对医院工作人员医院感染知识的薄弱环节，有针对性的每年组织全员培训两次，主要内容包括医院感染管理相关法律法规，医院感染诊断标准，医院感染隔离技术，多重耐药菌的管理，医疗废物的管理，医务人员手卫生要求等。让工作人员了解和重视医院感染管理的重要性和必要性，培训后进行考试。对新进人员进行岗前培训，培训后进行考试。对卫生员进行一次消毒隔离、物表消毒灭菌知识的培训，使其掌握消毒隔离知识及日常工作中物品的消毒灭菌方法，减少交叉感染。

三、开展各项感染监测，杜绝医院感染暴发事件发生。

(一)感染病例监测

临床科室出现医院感染病例时由临床医师报告，院感科专职人员进行汇总，主要关注医院感染病例聚集性发生。出现医院感染暴发事件，及时报告与处置，每周下科室了解情况，抽查病历，进行督促临床科室对院内感染病例的报告，对全院的院内感染情况进行分析汇总，及时向院长及主管院长汇报。202\_年1-10月份共出院3135人次，监测出院病历1540份，医院感染病例2例，医院感染率约0.12%。1-10月份手术695例，其中Ⅰ类切口手术113例，无感染病例。 环境卫生学监测

1、根据《卫生部医院感染监测规范》、《医院空气净化器管理规范》的要求。每季度对感染高风险部门进行环境卫生监测。

2、手术室、产房新生儿病房、血透室等遇医院感染暴发，怀疑与空气污染有关时随时监测。

3、按规范要求对灭菌器进行监测，每季度对使用中的消毒剂进行消毒效果监测。医院感染科每次将监测结果下发各科室，对不合格者下发书面通知，科室拿出整改措施并落实后，申请二次监测

4、全年监测紫外线灯管85支，有12支不合格，及时进行了更换。 患病率调查

于本年度9月28日对全院42位住院病人进行了患病率调查，无感染病例。由感染科主持，各科共同参与，规定统一时间，制定统一表格，按照统一标准进行全院住院患者医院感染率调查，了解在同一个时间点全院各科现患率，部位感染率。从而掌握全院及不同科室医院感染基本状况和医院感染高发科室、高发部位，对高发科室和高发部位查找危险因素，制定和采取预防控制措施。调查结束后，对调查资料进行汇总、分析、反馈。 加强质量控制检查，认真落实医院感染监控措施

根据《医院感染管理考核标准》的要求，每2周采取量化考核方法，开展医院感染管理质量检查，对医院的医疗物品储存、无菌技术、医疗废物管理工作提供指导，将医院感染管理信息及时反馈到临床科室，督促整改，持续改进，保障医疗安全。

五、加强手卫生管理

根据《医务人员手卫生规范》，加强各级医务人员手卫生培训及宣传，定期对全院职工进行手卫生知识培训督导，开展手卫生依从性调查。完善手卫生设施，在手术室规范外科手消毒方法和流程，重新制作了流程图。通过对重点部门手卫生依从性的培训、检查和督导，提高医务人员手卫生意识和依从性。

加强重点部门、重点项目的医院感染管理

1、加强供应室的监督管理工作，规范医院器械和物品的清洗消毒工作，按照标准要求开展各项监测工作，医院为手术室新购置了等离子消毒机、高压水枪，保证各种器械物品的清洗消毒灭菌质量，确保医疗安全。

2、重症医学科开展医院感染目标性监测，通过对泌尿道插管相关泌尿道感染等重点项目进行监测和管理，规范物品清洁消毒，保证各项医院感染预防措施的落实。

3、加强手术室、产房、口腔科等重点部门的医院感染管理，强化环节监控，针对医院感染危险因素，采取有效的干预措施，降低医院感染发生的危险。

4、加强呼吸机管道消毒管理，做到严格消毒、合理保存、

七、规范消毒药械、一次性医疗用品管理

加强医疗器械的管理，每月对消毒器械进行检查，包括清洗、包装和灭菌，以保证灭菌质量合格，每季度对医疗用品、消毒药械的使用及证件进行检查。 严格医疗废物管理

继续加强对医疗废物的管理，每周下科室进行检查督促医疗废物的收集、分类。按照《医疗废物管理条例》等法规的要求进行规范管理。 配合做好抗菌药物管理

积极参与抗菌药物的合理应用管理，在医务科的组织下，联合临床药师、抗生素合理使用管理小组成员，对抗菌药物的分级使用、围手术期抗菌药物预防性使用等方面进行调查，干预规范抗菌药物的临床应用。微生物室正常运行，尽可能的避免抗生素乱用。

十、传染病疫情管理

传染病管理是医疗质量管理的重要组成部分。有效控制传染病流行是提高人民群众身体健康的关键。

1、在门急诊分别设立预检、分诊处，对就诊病人实行预检、分诊制度，仔细询问病人流行病学史。

2、202\_年1-10月份全院共报告法定传染病284例次，其中流行性腮腺炎3例、急性出血性结膜炎4例、手足口病198例、猩红热2例、肺结核36例、梅毒28例、乙肝14例、水痘4例、丙肝5例，无甲类传染病。

3、实行“首诊负责制”，对所有就诊的传染病人均能在第一时间作出科学诊断、处理、及时填卡上报、疫情管理员按时网络直报。

4、每周开展传染病漏报自查，发现有漏报及时补报。分析疫情动态，做好防范措施，以防传染病在我院爆发和流行。

十一、存在问题：

1、管理制度有待完善。

2、管理人员执行不力。

3、科室感控小组人员未充分发挥作用。

4、医务人员的医院感染知识水平有待提高。

5、重点部门院内感染管理工作有待加强。

6、培训不到位。

7、医疗垃圾处理不符合要求，各科室还存在有乱扔现象。

8、医院感染病例漏报。

9、传染病防治任务仍十分艰巨，有些问题必须引起高度重视，认真解决：(1)、目前病毒性肝炎、性病、肺结核、手足口病等发病率还较高，直接影响人民群众的身体健康和生命安全。(2)、由于长期投入不足及技术力量整体水平不高，防护用品短缺，应对突发性传染病和公共卫生突发事件的能力还有待进一步提高。

十二、下一步工作要求：

1、认真对照院内感染控制有关法律法规及有关文件的要求，同时结合医院的实际情况，及时修订和完善适合本院的规章制度并认真组织落实。

2、加强对全院医务人员院内感染知识、个人防护、无菌操作技术等培训，提高全员的素质，争取全院重视并参与这项工作。

3、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，以保证医疗质量安全。

4、加强对消毒药械的管理。

5、全员培训《医院感染相关法律法规》。

6、完善医院感染病例漏报管理制度。

7、加强对医院感染病例及环境的监测。

8、根据不同季节宣传传染病相关知识，加强对医务人员传染病知识培训，做到“早发现、早诊断、早治疗、早报告、早控制”。争取传染病报告填卡正确率在95%以上，报告率100%，无迟报、漏报。

9、认真贯彻落实医院感染管理在医疗质量管理中的重要性，做好医院感染管理工作对推动医院、科室的发展和保障各项医疗工作顺利发展有很大的作用，希望全院医务人员能够理解、支持、配合医院感染管理科，共同参与，做好我院的医院感染管理工作，将其纳入日常的医疗、护理工作中，形成长效管理机制，杜绝医院感染不良事件的发生。 杭锦旗人民医院感染管理科

202\_年11月12日

三是医院强化感染诊断标准培训，认真落实医院感染病例报告和监测制度，坚持“早发现、早诊断、早控制”的原则，杜绝医院感染爆发事件的发生。1-10月份出院病历3135份，其中从1月份至10月份监测手术例数695例，Ⅰ类切口手术113例，无感染病例。全年医院感染率控制在0.12%以下。每季度对全院环境、物品进行一次细菌监测，灭菌物品合格率100%。全年组织开展医院感染相关法律法规、隔离技术、多重耐药菌的管理、医疗废物管理、医务人员手卫生要求等的培训及考核两次，减少交叉感染。传染病报告实行“首诊医生负责制”，到目前为止，共报告法定传染病284例，其中乙类传染病79例、丙类传染病205例、其他法定传染病4例、无甲类传染病。我院对所有就诊的传染病人均能在第一时间作出科学诊断、处理、及时填卡上报、疫情管理员按时网络直报，争取做到及时、准确、不迟报，杜绝漏报。 202\_年医院感染管理科工作总结

一、202\_ 年工作完成情况

1、根据202\_年医院总体工作部署，结合等级医院追踪检查反馈及整改要求;医院感染管理科遵循二甲医院评审标准，努力推进医院感染管理工作。重新组织学习和掌握等级医院评审标准，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，对全体医务人员进行培训;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，包括在各治疗室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，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;每月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室、手术室、儿科病房、五官科、血液透析室等重点科室建设的干预，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;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。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。

5、全院综合性监测，共监测出院病历590例，发生医院感染3人，医院感染发病率0.5%。Ⅰ类手术切口感染率为8.3%;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9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、消毒供应室等，由于需改造、人员等问题，还没有完全到位。未完全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、下半年完成全院调查统计工作，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。 杭锦旗人民医院感染管理科 202\_年11月12日

第3篇：医院感染管理科工作总结

202\_年医院感染管理科工作总结

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，使我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

医院感染管理组织由三级体系构成，医院感染管理委员会---医院感染管理科---- 临床科室医院感染监控小组组成，业务院长任主任委员，重点对监控小组人员进行了补充和调整，并明确了各级体系人员的职责。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。

二、按计划进行教育培训，提高全院医务人员的感控意识

(1)6月25日对住院部、急诊科下发《医院感染诊断标准》，医生人手一册，并下发复习题，各监控小组认真学习，7月6日科室闭卷考试，院感科督导，共26名医生参加考试。全部90分以上。

(2)7月12日对医、护、技人员及新上岗和实习人员进行“手卫生规范、院感知识应知应会培训共81人，经考试，全部合格。

(3)11月2日，由医务科组织，院感科对全院的医、护、技术人员进行新版《医疗机构消毒技术规范》进行培训，参加人员85人，最后考试合格。

(4)我院领导对医院感染控制非常重视，派院感科主任、护理部主任、手术室护士长参加阳泉市卫生局组织的感染知识师资培训，派供应室田玉英到阳泉市第一人民医院“消毒供应中心”培训与实习。

三、监测反面：

(1)协助检验科每月对重点部门空气消毒效果监测，其他科室每季度一次。

(2)供应室每锅进行物理和化学监测，有记录，不合格的坚决不发放。

(3)紫外线灯管每半年监测一次，不合格的及时更换。

(4)对医院感染病例各科室每月实行零报告制度，院感科每月深入科室调查漏报情况，今年共收住1766 人感染 6 人，感染率0.34 %漏报率16 %，目标性监测清洁手术切口61例，感染0 例，清洁手术甲级愈合率100%，导尿管相关尿路感染监测294人 ，感染 2人 感染率0.68%常规器械消毒合格率100%，一人一针一管灭菌执行率100%。

(5) 11 月 15 日市疾控中心对我院医院感染重点部门进行了 环境卫生学及消毒灭菌效果年度监测。

(6)11月27 日对住院病人进行现患率调查，住院病人共29人，调查28人，实查率96.6 %。调查结果现患率3.45 %，漏报率 0% ，抗菌药物使用率72.4%，高于卫生部60%的标准，

(7)每月对全院感染监测的相关数据进行收集、统计。做到月汇总、

季反馈(每季度一期简报)、年总结。

(8)与防保科合作，对住院病人电话回访人征求患者的意见，满意率%给患者带去问候的同时，也能及时发现手术切口感染病例。

四、加强医疗废物管理： 与后勤保障科配合加强医疗废物的常规督导检查是我院的医疗废物在现有的条件下收集、分类、交接、登记、焚烧做到规范管理，未发生医疗废物流失、泄露。特别是配合检验科对每一袋过期的血液跟踪处理，无一袋向外流失造成不良事件。

五、落实制度、检查到位：认真做好日常的工作，配合医院的综合目标检查，细化标准，检查结果在科主任例会上通报，整改不足之处。

六、医务人员职业防护的管理：加强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，提高了医务人员的职业防护意识，全年职业暴露1例，未感染经血传染性疾病。 存在的问题：

1、按照《医院消毒供应中心管理规范》，我院供应室急需更改。上级部门检查多次提出，护理部已经派人学习。

2、检验科的细菌室建设。

3、污水处理问题。

总之，我院某些方面感染隐患还非常严峻，我们坚信只要领导重视，我们职能科室配合，各尽其责，常态管理，医院感染控制工作就能做好。

医院感染管理科

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！