

最新医院感染防控工作方案 医院感染工作总结(优质10篇)

为了确定工作或事情顺利开展，常常需要预先制定方案，方案是为某一行动所制定的具体行动实施办法细则、步骤和安排等。方案对于我们的帮助很大，所以我们要好好写一篇方案。以下是小编精心整理的方案策划范文，仅供参考，欢迎大家阅读。

医院感染防控工作方案篇一

文昌市卫生局：

为进一步加强医院感染管理，保障医疗质量和患者安全，落实卫生部“医疗质量万里行”活动和全国医疗卫生系统“三好一满意”活动的要求，我院召开全院职工大会，认真学习省卫生厅《关于开展医院感染管理专项检查的通知》的精神，并宣读市卫生局有关指示，积极组织人员开展我院医院感染管理自查工作。认真组织开展医院感染管理自查工作，总结起来主要做了以下几方面的工作：

一、根据《医院感染管理办法》要求，成立了院感工作领导小组，并安排了具体人员从事医院感染控制工作。

二、制定了医院感染管理各项规章制度，按规定上墙，并予落实，形成了医院感染管理组织体系。

三、加强了医院感染控制知识的教育学习。全院在职医务人员、新上岗人员都进行常规的医院感染预防与控制知识学习，并将医院感染控制纳入个人年终考核。

四、加强了对医院感染防控重点部门、重点科室的管理，包括发热门诊、肠道门诊、注射室、观察室、化验室由专人管

理，定期更换消毒液及紫外线消毒。

手卫生规范，医院隔离技术和医院感染监测规范。

六、按照《医疗废物管理条例》要求，加强了院内卫生管理，对医疗废物进行了规范管理。

七、加强了医务人员职业安全防护。医务人员通过加强医院感染预防与控制知识的学习，自我职业安全防护意识得到加强，在工作中保障了其职业安全。

我院的医院感染管理工作虽然取得了一定的成绩，但也存在一些不足：

1、基础设施与业务发展不相适应；

2、医院职工对医院感染的意识仍需进一步加强。3、对于重点科室、重点环节的管理仍需进一步提高。在今后，我院将不断总结经验，寻找不足，群策群力，相互配合，切实采取有效的预防与控制措施，把医院感染管理工作抓紧抓好。

医院感染防控工作方案篇二

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：

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。

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。

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。

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，我院住院患者中共分离出多重耐药菌 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。

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，为进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毒液。开展了全员性培训，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。

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。

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。

感控办

xxx年10月30日

医院感染防控工作方案篇三

20xx年即将过去，在院领导的正确领导和大力支持下，在医院感染管理委员会的指导下，医技科室全体医护人员积极参与医院感染防控工作，团结一心，默默奉献，服务临床，服务患者，以院感法规为准则，以防控院感为目标，常规依托感染科进行消毒技术质量管理控制工作、无菌技术操作监测工作，协同临床科室，配合院领导做好医疗安全管理工作，努力为全院中心工作服务，圆满完成了预定工作目标，为全院工作的正常开展发挥了保证作用。

一、牢记20xx年西安交大一附院和20xx年天津市蓟县妇孺院发生的新生儿院内感染事件教训，增强“医院感染无小事”的思想意识，提高医技科室医务人员对医院感染管理重要性

的认识，加大执行力度，确保医疗质量和医疗安全。

二、结合实际，完善医技科室院感制度。根据国家的医院感染相关法律法规和《山西省二级妇幼保健院评审评价标准》，结合我院实际，针对我院就诊群体的专一性，制定了针对性强、有特色的医技科室院感制度，使我院的医技科室院内感染管理工作初步进入了制度化、规范化管理。

三、积极参加院感委员会和院感科组织的医院感染及传染病知识的教育培训，主动加强与院感及传染病防治相关法律法规的学习，加强无菌操作技术规范的学习，增强消毒隔离意识，不断提高医务人员院感意识和预防院感的积极性，防止院感在院内的发生。

四、医技科室院内感染的控制

1、检验科：采血脉压带和纸手垫一人一用一更换，静脉和微量采血一人一针一管或一片；废弃标本如尿、腹水、唾液等每100ml加漂白粉5克，搅匀后作用2—4小时后倒入厕所，对疑似艾滋病、性病、传染病患者的各类标本严加防范，工作人员穿隔离衣、帽子、眼罩、口罩、隔离鞋等进行操作检测；检测操作完后，按规范程序脱隔离衣物，并严格洗手和进行手的消毒。

2、b超室：检查仪器，非病人接触部位用清水抹擦，病人接触部位用酒精擦拭，遇传染病患者b超探头套用保护隔膜，做到一用一更换，不能套用薄膜的部件及时消毒，未消毒不能用于下一个病人。诊察床单、枕套每天更换，传染病患者用一次性床单。

3、放射科：适当开窗通风，保持室内空气清新，室内每日用紫外线照射消毒一次；调钡用具使用一次性口杯，做到一人一杯x光摄影机外层应每天清洁，接触传染性患者后，接触部分应以酒精擦拭。

4、心电图室：检查台的床单定期更换，传染病患者用过的床单立即更换；每日进行紫外线空气消毒，每两周紫外线灯管用酒精棉球擦拭一次，并记录消毒时间、灯管累计时间、消毒人签名；检查仪器，非病人接触部位用清水抹擦，病人接触部位用酒精擦拭。

5、医疗废物处理：一次性用品等医疗废物，收集于黄色塑料袋；检验标本收集于防渗漏的医疗废物容器，用后的一次性锐利器具放入锐器盒，微生物培养皿和菌种，先高压灭菌后，再放入医用垃圾袋，每天交接于医疗废物管理人员并登记，送医疗废物处置中心销毁。

五、医技科室院内感染存在的问题

1、医技科室工作人员的院内感染防护意识普遍淡漠，存在疏忽大意。如b超和放射科检查操作时不宜打开门窗，病人多时室内空气混浊，菌尘密度增加；医技人员对病人连续操作不洗手或进行手消毒；进行标本离心和检验时不戴口罩帽子；检验采血人员戴着手套操作，从上班到下班不更换，将血液交叉污染于病人；b超探头、心电检测器具等不消毒，床单不每天更换。

2、院感科将重点放在手术室、供应室、产房、监护室等部门，而忽视了对医技科室院内感染控制的严格管理。医技科也是院感高发区域和需重点监控的科室，加强医技科室院感管理，消除医院感染危险因素和隐患，非常必要和重要。

医院感染防控工作方案篇四

20xx年我院医院感染管理工作按照医院总体部署，认真贯彻落实卫生部颁布的《医院感染管理办法》、《医疗机构消毒技术规范》、《医院空气净化管理规范》、《医疗卫生机构医疗废物管理办法》等有关医院管理法律法规，强化环节质量管理及全院医院感染知识培训，严格各项质量监测及考核，

降低了医院感染发病率，保证了院内感染防控质量，全年医院感染发病率0.29%，消毒灭菌合格率100%，抗生素使用比率明显下降，有效控制了医院感染发生，确保了医疗安全。全年未发生感染暴发事件，感染管理水平再上台阶。

1、根据我院规模的扩大，实际发展的需求，重新调整了医院感染管理委员会机构，更新了三级网络组织，对各科室院内感染监控小组人员进行了重新调整，强化科室医院感染管理，明确监控人员院内感染工作职责，使各项规章制度得到了落实。

2、明确和落实医院感染管理委员会职责，召开医院感染管理委员会会议4次，讨论医院感染管理的工作内容，审议修定规章制度和重点部门医院感染操作规程[sop]指导全院医院感染预防与控制工作，并及时有效的解决了医院感染管理工作的困难和问题。

3、以二级综合医院等级评审为契机，在原有规章制度基础上，根据卫生部印发的《医疗机构消毒技术规范》、《医院空气净化管理规范》等要求不断改进和完善，并结合本院实际修订相关规章制度，并通过了医院感染管理委员会审议后制定成册，下发全院。医院感染管理科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。

4、制定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、医院突发公共卫生事件处理流程，以及各种诊疗操作流程等，并组织学习，使医务人员工作流程化，便于操作，便于记忆。

5、随着医院规模的扩大、科室的增多、床位的增加、人员的变动，根据《医院感染暴发报告及处置管理规范》的要求，对医院感染暴发报告管理责任制、医院感染暴发及突发事件监测、调查、报告与控制制度，工作流程、医院感染暴发及突发事件应急处置预案等再次进行了修订、完善，通过医院

感染管理委员会审议后制定成册，并以医院文件形式下发全院各科。责任制强调了组织机构、各部门职责，明确了责任追究制度，医院感染暴发及突发事件应急处置预案则明确了应急组织体系职责、暴发及突发事件分级、上报时限、报告程序、处理流程、处置措施等，要求全院职工为最大程度的减少医院感染突发事件对医患健康造成的危害，以责任制为准绳、预案为准则，确保医患身心健康与生命安全。

6、为了加强多重耐药菌医院感染管理，有效预防和控制多重耐药菌在医院内的传播，根据《多重耐药菌医院感染预防与控制技术指南》的要求，进一步规范了多重耐药菌监测管理，制定了目标性监测方案，相关制度、工作流程。要求微生物室和临床密切合作，一旦发现多重耐药菌，感染管理科及时下发指导书，督导临床科室消毒、隔离措施的落实，采取相应的干预，通过强化预防与控制措施的落实，防止了多重耐药菌在我院的传播，避免了医院感染暴发。

7、将医院感染控制质量纳入医院总体质量考核：根据河南省第二周期医院评审暨综合评价标准在原有考核标准基础上，又进一步完善了医院感染质量控制与考评制度，细化了医院感染质量综合目标考核标准，根据综合目标进行督查，每月对临床各科检查中发现的问题进行汇总、整理及反馈，并提出整改措施，严格按照院内感染管理制度和院内感染质量考核标准进行处理，全面检查和处理有关院内感染预防与控制各方面的工作，使整个医院感染控制工作进入了规范化的管理轨道。

1、全面综合性监测□20xx年共监测住院病人8933例□20xx年全年医院感染率0.29%，较去年全年院感率0.67%低38个百分点。院感科每月统计医院感染发生率，感染部位及病原菌检测情况，每季度分析医院感染危险因素，及时有效提出防控措施。

2、消毒灭菌效果及环境卫生学监测：每月对各科室无菌技术、

消毒隔离技术（如各种侵入性无菌操作）、无菌物品有效期、内窥镜、医务人员手、使用中的消毒液及消毒物品、灭菌物品以及空气等进行监测，尤其加强了重点部门如手术室、icu、供应室、产房、血液净化中心、内镜中心、口腔科、急诊科、儿科、母婴病房等科室的管理工作。全年空气采样368份，物体表面采样368份，高压灭菌生物指示监测98份，无菌物品合格率100%。医务人员手66例，消毒剂66份，透析用水18份，透析液20份，对各项监测中不符合卫生标准的，及时反馈科室查找原因，提出整改措施，再次监测，整改效果。

3、紫外线灯管强度监测：对新购进紫外线灯管每批次进行了抽检，每半年对全院临床科室、医技科室、门诊等使用中的紫外线灯管强度进行了监测，共监测灯管230支；合格228支；不合格2支。对于不合格的灯管及时进行更换。再次监测至合格。

4、规范了消毒药械、一次性医疗用品管理：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：审核产品相关证件，包括卫生许可证、卫生许可批件、经营许可证，并到临床各科检查存放使用情况，对发现的薄弱环节或问题都做了详细记录，并给与及时反馈、指导、立即整改。

5、目标性监测：综合icu医院感染监测□20xx年全年共监测149例；其中使用动静脉插管病人511例；使用呼吸机病人数123例；使用留置导尿管病人数397例；导管相关血流感染例数0例；呼吸机相关性肺炎感染例数4例；留置导尿管相关泌尿系感染例数0例，综合icu全年医院感染发生率约为5.97%，较20xx年的11.11%明显下降，院感科将不断加强监督与管理。

6、医院感染患病率调查□20xx年10月28日0时-12月2日24时，对全院在院患者进行医院感染患病率调查，本次调查应查人数313人、实查人数313人；实查率100%，其中医院感染病例30例，患病率9.58%。感染部位构成中为下呼吸道感染、泌

尿道感染、胸腹腔感染。汇总数据较去年有所上升，但与前瞻性全面病例监测的发病率相近，说明现患率调查可以反映总体医院感染发病率水平。

7、感染流行、暴发监测：全年未监测到医院感染流行、暴发事件。

8、细菌耐药性监测：每季度对送检标本中检出的病原微生物进行统计，并剔除相关病例，统计分析排在前十位的细菌名称及其耐药性情况，尤其要注意临床上一些重要的耐药细菌的分离率。通过监测及时掌握重要耐药细菌的变化，科室分布及其影响因素，为指导临床抗生素合理应用和医院感染的预防控制管理提供科学依据。并且每季度向全院通报以上分析内容结果，上报院领导和医院感染管理委员会。遇医院感染暴发或某种特殊菌株流行等特殊情况下，及时进行信息的通报。

9、多重耐药菌监测：加强与微生物实验室合作，建立多重耐药菌监测机制。微生物室建立多重耐药菌登记本，监测到多重耐药菌患者时登记并及时电话通知所在的临床科室和医院感染管理科；临床科室接到“多重耐药菌”的报告，立即报告科主任、护士长，采取相应的预防控制措施。如确诊为医院感染的，必须在24小时内填卡上报至医院感染管理科；我科建立多重耐药菌登记本，当电话接到微生物实验室上报的“多重耐药菌”，先登记并及时电话告知临床科室采取相应的预防控制措施，然后将多重、泛耐药菌医院感染控制指导书下发到科室，并对科室所采取措施进行督导检查、干预，防止多重耐药菌传播，避免医院感染暴发。当发现有多重耐药菌医院感染暴发可能时，立即向分管院长报告，进行有关相应处置，每季对医院感染多重耐药菌分布情况进行分析、反馈。

10、职业防护监测□20xx年全年全院医护人员共发生职业暴露事件1人次，院感科根据暴露级别、暴露性质，对暴露者都已

及时做了指导并及时追踪监测。

1、医院感染综合质量控制：

每个月按照制订的《医院感染管理质量考核标准》对全院各临床、医技科室进行医院感染全面检查，对检查结果进行认真细致的分析、评分，并且将结果进行反馈。各科室根据医院感染管理方面存在的问题制定改进措施，进行整改，有效预防和控制医院感染。

2、加强环节质量控制：

（1）加强重点部门的医院感染管理：手术室、综合icu□供应室、血液透析中心、产房、新生儿科、口腔科、内镜中心、治疗室、换药室等感染管理重点科室，每周不定时检查，做到日有安排，周有重点，专项专管，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、消毒及室内环境消毒效果监测，对新生儿科督查环境管理，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。对产房重点检查医疗废物的处理，各类器械的用后清洗、消毒及个人防护。口腔科的车针、手机、扩大针等供应室回收处理、制作成纸塑包装等等，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，因此督促相关科室为医务人员安装洗手设施，配备洗手液、快速手消毒液，张贴洗手流程图等，大大提高了医务人员手卫生依从性，减少了院内感染。

3、强化重点科室医院感染管理：

（1）把控制高危科室的医院感染作为工作重点，如icu□血液

净化中心，经常到临床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。

(2) 在护理部的大力配合下，继续对消毒供应中心的工作进行规范，把可复用医疗用品如：呼吸机螺纹管、面罩及湿化罐、氧气湿化瓶、压脉带等集中到消毒供应中心统一管理，并由消毒供应中心派遣人员监督实施内镜中心的清洗消毒灭菌工作，真正实现消毒供应的集中式管理模式，确保医疗器械及用品的消毒灭菌质量。

(3) 加强了手术室手卫生依从性、消毒供应中心外来器械、植入物的管理, 对发现管理中的环节缺陷，采取相应措施进行干预。

继续强化医疗废物管理，各科室产生的医疗废物严格分类收集，标示正确，分类明确，建立登记本，交接人员双向签名，专人负责上门收取，规范和统一了医疗废物标识，并对运送人员进行了个人防护、消毒隔离、医疗废物分类等相关知识的专项培训，使其增强了院感意识，强化了院感管理，对医疗废物分类、毁形流程进行督导，防止流失、渗漏及扩散。并对检验科废弃标本、病原体的培养基、菌种、毒种、保存液等高危险废物处理进行监督、检查、指导。医疗废物暂存处严格执行消毒、管理制度，建立了多方监督的交接流程，确保医疗废物安全。

在血液净化中心阳性间的的布局改造和基础设施的配置中按照相关规范提出建议，符合建筑在人流、物流、气流和设施上的医院感染管理要求，根据卫生部《手卫生规范》，配备洗手设施。

1、对新进人员、实习生、进修生进行了医院感染相关知识的培训。

- 2、对全院医护人员进行了预防与控制医院感染知识培训，多重耐药菌监测与防控知识的培训、医务人员手卫生规范解读。
- 3、对内镜中心全体医务人员进行了内镜中心专科医院感知识及相关规范的培训。
- 4、对消毒供应中心全体医务人员进行了消毒供应中心院感知识及相关规范的培训。
- 5、对血透室全体医务人员进行了血透室专科医院感知识及相关规范的培训。
- 6、对全院外科系统医务人员进行了手卫生相关培训，
- 7、对工勤保洁人员进行了传染病、医疗废物、环境清洁消毒相关知识的培训。

回顾过去，通过一年努力工作，使医院感染质量上了一个新台阶，降低了感染发病率，但还存在不足、不完善的地方，如重点部门手卫生设施配备不完全到位，医务人员手卫生依从性不高；抗生素分级使用送检率不达标，存在经验用药、预防性应用等现象；口腔中心人员因素还存在一些急待改进的问题；一些在职人员、新上岗人员院内感染意识还需进一步提高；手术室、产房等一些重点部门的布局还需改造；感染性疾病科有待建立等。以上问题需要今后不断完善和提高，虽然目前某些方面的感染隐患还很严峻，但是我们坚信，只要我们在院领导的正确领导下，统一认识，各尽其责，相互配合，先易后难，分步实施，切实采取有效预防与控制措施，并在工作中不断总结经验，虚心学习，一定能把医院感染管理工作做得更好，更扎实有效。

医院感染防控工作方案篇五

为了进一步开展好本科医院感染管理工作，保障医疗安全，

认真落实《传染病防治法》和《医院感染管理办法》，在我院感染管理科的指导下，今年工作如下：

- 1、严格执行院内感染管理小组制定的消毒隔离制度。
- 2、科室内需要坚持每日对治疗室、病房进行空气消毒。
- 3、对一次性医疗用品使用后及时毁形、浸泡集中处理，并定期检查督促。
- 4、治疗室、操作室坚持消毒液拖地每日2次，病房内定期用消毒液拖地，出院病人床单位进行终末消毒。
- 5、医师在查房时体检每一位患儿均需用速干手消毒液消毒双手，避免交叉感染。
- 6、医生、护士各项操作中严格执行无菌操作原则。
- 7、每一季度至少对全科人员进行医院感染的培训，医院感染管理小组需每一季度开一次会议。
- 8、发现有院内感染病例药及时上报，防止医院感染暴发流行，做好多重耐药菌的监控、隔离和治疗。
- 9、监督本科医师合理使用抗菌药物，根据病原学检验及药敏结果对感染病人合理用药。
- 10、对住院病人进行预防医院感染知识的指导和宣教工作。

医院感染防控工作方案篇六

认真贯彻国家卫生部院内感染控制标准及有关规定，建立健全院内感染病例的发现、登记、报告、分析及反馈，发现院内感染病例，立即按规定程序上报，及时进行隔离治疗，采

取相应的防范措施，对出院病例，院感科进行不定期抽查，上半年医院感染病例13例。

严格遵照《医院消毒技术规范》，院感科每月对灭菌物品抽样做细菌培养，使无菌物品灭菌率达100%。

按照卫生部“抗菌药物专项整治的通知”精神，院感科每月对全院住院病人及出院病人抗菌药物使用进行跟踪、调查并及时汇总、上报、反馈，为抗菌药物的合理使用提供重要的依据。

对病房空气、物体表面、消毒液、医务人员手定期进行监测并抽查，对吸氧装置、雾化吸入器等尽量采取使用一次性，做到一人一用一消毒。

院感科每月对各科室手卫生执行情况进行抽查及对医务人员手卫生进行考核，各科护士长负责检查指导，真正切断经医务人员手传播疾病之途径。

规范各科室的布局，清洁区、污染区、无菌区、标志清楚，分界明确，对重点科室的消毒隔离工作不定期督查，加强无菌观念意识，提高无菌操作技术，保证工作顺利进行，将医院感染隐患消灭在萌芽之中。

从1月起在外科开展Ⅰ类切口(甲状腺、疝气)的目标性监测，每月汇总分析，无1例Ⅰ类切口感染。

在垃圾的分类、收集、运送各个环节，严格按照医疗废物管理制度进行检查督导，实行严格交接，各环节登记、交接、签名明确，各科室均有弹簧称，每科交接时称重、登记，医疗垃圾专管人最后统计，各个环节专人负责，出现问题，追查责任，院感科不定期对垃圾暂贮地进行检查，保证了医用垃圾不流失。

院感科每月对灭菌剂进行采样，每季度对消毒剂采样，合格率在100%

医院感染防控工作方案篇七

为了进一步开展好本科医院感染管理工作，保障医疗安全，认真落实《传染病防治法》和《医院感染管理办法》，在我院感染管理科的指导下，今年工作如下：

- 1、严格执行院内感染管理小组制定的消毒隔离制度。
- 2、科室内需要坚持每日对治疗室、病房进行空气消毒。
- 3、对一次性医疗用品使用后及时毁形、浸泡集中处理，并定期检查督促。
- 4、治疗室、操作室坚持消毒液拖地每日2次，病房内定期用消毒液拖地，出院病人床单位进行终末消毒。
- 5、医师在查房时体检每一位患儿均需用速干手消毒液消毒双手，避免交叉感染。
- 6、医生、护士各项操作中严格执行无菌操作原则。
- 7、每一季度至少对全科人员进行医院感染的培训，医院感染管理小组需每一季度开一次会议。
- 8、发现有院内感染病例药及时上报，防止医院感染暴发流行，做好多重耐药菌的监控、隔离和治疗。
- 9、监督本科医师合理使用抗菌药物，根据病原学检验及药敏结果对感染病人合理用药。
- 10、对住院病人进行预防医院感染知识的指导和宣教工作。

医院感染防控工作方案篇八

20xx年在院领导及职能部门的重视和关心下，我科的院感工作从组织落实开始，到严格管理制度，制定了以科主任为组长的院感领导小组，职责分工明确。采取多种措施，使我科的院感工作逐步规范化、制度化、科学化。为了进一步搞好我科的院感工作，现将我科的院感工作具体总结如下：

在主任的亲自领导下，认真抓好日常工作，定期、不定期的对院感工作进行督促、检查，层层落实，使我科的院感工作顺利开展。

医院感染管理制度是搞好医院感染的基础和保证，制定一套科学适用的管理制度来规范医护人员的行为。加强制度的建设和学习，并认真贯彻执行，提高防范意识。降低院内感染率，定期检查制度的落实情况，使各项工作落到实处。

医护人员在使用一次性用品前，严格查对制度。对使用过的一次性用品，坚持毁形，并记录。

根据院感科的要求，每月定时对院感相关知识培训一次，其内容为《医院感染管理办法》、《医疗废物的办法》、院感诊断标准等；每月定期召开一次质控会议，对院感存在的问题进行总结分析、整改措施。

- 1、个别医护人员院感意识不够强，医疗废物的处置不规范。
- 2、对抗生素的使用不够合理。

医院感染防控工作方案篇九

根据医院院内感染管理工作要求，我科院内感染控制小组对中医科全年院感工作进行了自查，要求边自查、边整改，力求做到认真、全面、仔细，不留死角。检查院内感染的目的

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。

1、健全组织并完善规章制度科室成立医院感染监控小组，根据中医科特点，制定了中医科医院感染控制的相关制度及病房感染控制管理措施等文件，明确科主任为消毒管理第一责任人，各类人员职责分明。

2、加强医院感染知识培训为强化医护人员院内感染的防控意识，定期组织全科医护人员及实习、进修人员学习院内感染知识并进行考核，增强全员消毒无菌观念，充分认识引起医源性感染的常见危险因素及预防的重要性，从而自觉执行无菌操作规程及消毒隔离制度。

3、在医院感染管理科的指导下开展预防医院感染的各项监测，按要求报告医院感染发病情况，对监测发现的各种感染因素及时采取有效措施。

4、患者的安置原则应为：感染病人与非感染病人分开，同类感染病人相对集中，特别感染病人单独安置。

5、病室内应定时通风换气，必要时进行空气消毒；地面应湿式清扫，遇污染时立即消毒。

6、病人衣服、床单、被套、枕套每周更换1—2次，枕芯、棉褥、床垫定期消毒，被血液、体液污染时，及时更换；禁止在病房、走廊清点更换下来的衣物。

7、病床应湿式清扫，一床一套，床头柜应一桌一抹布，用后均需消毒。病人出院、转科或死亡后，床单元必须进行终末消毒处理。

8、弯盘、治疗碗、药杯、体温计等用后应立即消毒处理。

9、加强各类监护仪器设备、卫生材料等的清洁与消毒管理。

10、餐具、便器应固定使用，保持清洁，定期消毒和终末消毒。

11、传染性引流液、体液等标本需消毒后排入下水道。

12、治疗室、配餐室、病室、厕所灯应分别设置专用拖布，标记明确，分开清洗，悬挂晾干，定期消毒。

13、垃圾置塑料袋内，封闭运送。医用垃圾与生活垃圾应分开装运；感染性垃圾置黄色或有明显标识的塑料袋内，必须进行无害化处理。

14、病房内污染区、半污染区、相对清洁区应分区明确；各病室应有流动水吸收设施。

15、严格执行各病种消毒隔离制度。医务人员在诊查不同病种的病人间应严格洗手与手消毒；教育病人食品、物品不混用，不互相串病房；病人用过的医疗器械、用品等均应先消毒、后清洗，然后根据要求再消毒或灭菌；病人出院后严格终末消毒。

1、科室定期开展了医院感染知识培训，定期组织全科医护人员及实习、进修人员学习院内感染知识并进行考核。

2、严格按照消毒管理制度、消毒隔离制度，对病房、治疗室等消毒。

3、按照《医疗废物处置规范》，医疗废物与生活垃圾分类放置，集中交专职卫生员回收处理，从源头上杜绝了医源性废物流入社会。

4、抓好法定传染病的疫情报告、管理工作。发现病例及时登

记上报。

5、未发现一次性物品如一次性注射器、纱布块、棉签等有过期使用现象。

6、医护人员能严格执行，日常工作中习惯用“六步洗手法”进行洗手和手消毒。

7、通过以上工作，中医科20xx年未发生1例院内感染事件。

医院感染防控工作方案篇十

手术室是外科诊治和抢救患者的重要场所，是医院的重要技术部门。控制院内感染是手术室管理不可缺少的重要组成部分，院内感染工作的好坏直接关系到医疗质量的好坏，对医院参与市场竞争起着不可估量的作用。我科控制院内感染工作在医院各级领导的关怀和院感科的直接指导下，对院内感染工作控制较好。现将全年感染工作总结如下：

在本年度的工作中，我科加强组织领导，成立了以护士长为组长的感染管理质控小组，专门负责科内消毒技术指导 and 监督，监测工作，提出了控制感染的措施和方法，经常检查每项制度的执行情况，加大管理力度，加强对医护人员的教育与业务知识培训，使每个医护人员牢固树立消毒隔离观念，严格执行消毒灭菌常规。

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来规范医院有关人员的行为。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，手术室在原有制度的基础上，完善了院内感染管理制度。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，使各项工作落到实处。

对手术间、无菌物品储藏间每日用三氧机消毒2小时。每周更换消毒液和容器，碘伏、酒精每周更换两次，每月均对手术间、无菌物品储藏间的空气、物体表面、医务人员的手表面和使用中的消毒液，无菌敷料等含菌进行监测，并将结果上报院感科。在护理操作中做到了一人一针一管一带和一做一擦手、一用一灭菌。对消毒物品有专人负责，定期检查有无过期物品。对一次性用品均进行毁形、浸泡，由供应室统一收集，使一次性用物的无害化处理率为100%，对病人的分泌物、呕吐物等进行严格消毒处理。本年度加强对医用垃圾的管理，严禁与生活垃圾混装，医用垃圾用黄口袋分开，对于针头、刀片、玻璃等锐器放在专用锐器盒内，由专人收集处理；每周五定时对手术室各个区域进行大扫除。全年我科召开了四次监控小组会议，会上将收集的各类资料进行研究分析，订出了预防措施，分析薄弱环节，并制订措施，限期改正，同时对好的环节进行鼓励和表扬。

科内全年进行12次医院感染知识培训，培训内容为：院感基础知识培训，工作人员的职业防护及消毒隔离知识培训，医务人员手卫生规范培训等，增强大家预防、控制医院感染意识。提高科室预防、控制医院感染水平。

(1) 严格区分限制区、半限制区、非限制区，进出手术室人员按要求着装。

(2) 严格控制进出手术室的人员，认真落实参观规则。

(3) 无菌物品分类放置，标签醒目，每天检查、定期消毒，无发霉、过期现象。

(4) 对手术中各个环节的无菌技术加强管理，有效地防止了切口感染的发生。

(5) 手术后器械按卫生行业标准进行清洗消毒灭菌处理，腔镜器械按内镜清洗消毒规范进行消毒灭菌。

(6) 认真落实卫生清洁制度，保持手术室清洁、整齐、有序。

(7) 实施特殊感染手术时，工作人员、手术器械和物品、污染布类、污染环境等均严格按特殊手术后处理要求进行处理。

为规范各项消毒灭菌工作，预防院内感染，科室进行了消毒灭菌效果、环境卫生学监测及医务人员手卫生的监测。全年共采样133份，其中空气采样培养37份，物体表面采样培养36份，医护人员手采样培养24份，消毒液采样培养36份，消毒物品采样培养12份，无菌物品采样培养24份，高压消毒灭菌效果监测1261份，合格率100%。本年度县疾控中心对我院进行采样监测16份，合格率100%。本年度共收治手术病人1285例，其中无菌手术切口320例，无菌手术切口甲级愈合率达99.7%。

院感科不断完善各项规章制度，明确各类人员职责，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。并对工作人员进行培训，使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。

1、必须加强手术中各个环节的无菌技术管理，防止手术切口感染。

2、需要进一步加强特殊感染手术的器械、敷料和环境的处理，加强自身防护，防止因为手术引起的医源性感染。

3、加强外来手术器械的管理，包括使用的控制。器械入室后必须重新进行清洗、消毒和灭菌，以保证器械的使用质量，防止院内感染的发生。

以上问题希望能得到院感科的重视和支持。