

# 科室感染年度工作总结 科室年度医院感染工作总结(优秀5篇)

总结是指对某一阶段的工作、学习或思想中的经验或情况加以总结和概括的书面材料，它可以明确下一步的工作方向，少走弯路，少犯错误，提高工作效益，因此，让我们写一份总结吧。什么样的总结才是有效的呢？以下我给大家整理了一些优质的总结范文，希望对大家能够有所帮助。

## 科室感染年度工作总结篇一

感控科按照《医院感染管理质量考核表》定期在院内(包括各社区卫生服务站)开展自查。现对本季度院感工作情况作出总结，如下。

- 1、明确医院感染管理由医务科负责。医院招聘1名执业医师作为院感专责人员，最近参加了广东省医院协会举办的《广东省医院感染基本理论及实用技能岗位培训班暨20xx年医院感染管理岭南春季论坛》，经考试合格领取了医院感染管理岗位培训证书。
- 2、重新调整医院感染管理组织，进一步明确医院感染管理委员会、院感专责人员和各科室院感管理小组的职责；明确各职能科室，包括医务科、护理部、总务科、药剂科、检验科和防保科的职责。
- 3、制定医院感染管理质量考核表，每周对各科医院感染管理情况进行检查。

### 1、自查情况

(1)组织机构建设。综合科落实比较好，已作出本科室控制医院感染工作计划与职责分工。

(2)严格执行无菌操作原则与操作规程。手术室的无菌观念较强。门急诊、综合科、妇产科学普遍存在棉签开封后未标注开启日期、酒精、碘伏、生理盐水未标注开启日期，过期未作更换等问题，但经过自查反馈后，都得到改正。医护人员及保洁公司清洁人员未穿隔离衣、戴口罩、帽子进入产房的问题，经妇产科科主任及护士长的督促和教育，均得到较好的解决。

(3)严格执行消毒隔离制度方面。各个科室治疗车上均配备有速干手消毒剂，落实一人一针一管一带一洗手制度。各治疗室、换药室等每日紫外线消毒2次、每2周用95%酒精擦拭，记录完善。

(4)消毒效果监测。各科室均符合要求，使用中含氯消毒剂每天进行浓度监测并有记录，使用中戊二醛灭菌剂每周进行浓度监测并有记录。

(5)医疗废物管理。防保科、妇产科、门急诊的生活垃圾桶内混有医疗垃圾，经自查反馈后，已改正。

## 2、住院病例监测

已监测45份住院病例，其中综合内科16份、综合外科9份、妇产科20份，未发现院感漏报。

## 3、院感病例个案调查

本季度发生4例感院感病例，其中妇产科1例，综合内科3例，均为呼吸道感染。医务科院感专职人员立即开展个案调查，核实情况。

## 4、医务人员职业暴露

本季度发生3起医务人员暴露，其中综合科2名护士、防保科1

名护士。医务科已对职业暴露人员做出相应的处理，做好个案调查登记，并追踪监测。

## 5、院感培训

做到每季度培训一次。

## 6、医疗垃圾分类收集、运送与暂时贮存

各科室均做好医疗垃圾的分类收集。医疗废物暂存间医疗废物存放较整齐，无污、血水外流；有明显的医疗废物警示标识和“禁止吸烟、饮食”的警示标识。医疗废物有交接记录。医疗废物运出后，能及时对暂存间进行清洁和消毒处理。

## 7、医院消毒供应中心

供应室工作间干净整洁，有紫外线消毒记录及擦拭记录，记录规范。每一锅高温蒸汽灭菌都有记录，并有试纸监测。

1、门急诊、妇产科、儿保科均未作出本科室院感小组人员的分工及院感小组工作计划。

建议：未做出院感小组的职责、明确分工、制定出工作计划的科室，请尽快落实。

2、各科室有时会出现棉签、酒精、碘伏、生理盐水未标注开启日期，过期未作更换的情况。

建议：各科室应随时注意棉签、酒精、碘伏、生理盐水是否标注开启日期，过期的是否已作更换。

3、医疗垃圾包装物、容器上无系中文标签，中文标签的内容应当包括：医疗废物产生单位、产生日期、类别及需要特别说明等。

建议：医疗垃圾包装物、容器上应系中文标签，中文标签的内容应当包括：医疗废物产生单位、产生日期、类别及需要特别说明等。

4、盛装的医疗废物超过包装物或者容器的3/4；包装物或者容器的封口不够紧实、严密。

建议：盛装的医疗废物不要超过包装物或者容器的3/4；包装物或者容器的封口应紧实、严密。

5、各科室未能严格执行《抗菌药物临床应用指导原则》，未能做到合理应用，按指征用药。医务科对抗菌药物的合理应用监管不到位。

建议：各科室严格执行《抗菌药物临床应用指导原则》，做到合理应用，按指征用药。医务科应加大对抗菌药物的合理应用监管力度。

6、每月的环境监测未有很好地落实。

建议：每月的环境监测应切实地落实好。

## 科室感染年度工作总结篇二

1、根据上级卫生行政部门各项要求制订了20xx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中监测、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。

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。

### 科室感染年度工作总结篇三

20xx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：

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。

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，使各项工作落到实处。

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%。

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。

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。

20xx年的医院感染管理工作重点：

- 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。

## 科室感染年度工作总结篇四

在院领导的正确领导和高度重视下，在主管部门的指导监督下，在全院医务人员鼎力支持和配合下，圆满地完成了20xx年感染管理工作。一年来无医院感染暴发事件发生，保证了医疗安全。现将全年医院感染管理工作总结如下：

- 1、根据“医院感染管理办法”等法律法规的有关要求，通过监测能够系统地调查、收集、整理、分析有关感染情况，对存在的问题及时反馈、整改，向全院医务人员通报医院感染动态变化。
- 2、深入科室：对无菌技术操作、无菌用品使用、消毒隔离技术、医疗废物分类收集手卫生等进行检查指导，发现问题及

时解决，采取有效控制措施。

3、加强重点科室、如检验室、口腔室、人流室、注射室、等管理：

口腔科：对口腔科小型灭菌柜，消毒不合格及时更换、保证口腔科无菌物品合格后安全使用，防止医院感染的发生。对口腔科消毒设施不合理进行了整改，保证了医务人员在诊疗过程中做到一患一用、避免了交叉感染。

4、加强了重点部门的管理：

加强了无菌器械的管理，，各科室的无菌器械的基本符合要求，器械清洗保养高压消毒我院是有兵团医院代消毒的、按照市卫生局消毒供应中心的检查指导要求，消毒是合格的。

5、严格执行“手卫生管理制度”各科室取消了肥皂洗手，全部使用洗手液及手消毒液。定期开展手卫生知识培训，加强医务人员掌握手卫生知识和正确的手卫生方法，以提高医务人员手卫生的依从性。

6、加强临床医生合理应用抗生素的管理，减少经验用药、用药次数、重复用药，尽量减少患者的抗生素用药时间，严格遵守无菌操作的原则，加强手卫生的依从性，降低多重耐药菌的出现，有效预防和控制多重耐药菌产生，保障患者医疗安全。

1、强化医院感染的综合性监测，提高主管医生报告制度，我科定期汇总分析，制定医院感染控制措施，坚持下科室监测住院病人，发现感染或有漏报现象，及时反馈回科室。分析医院感染与危险因素的关系，查找感染的主要原因，提出干预措施。对全院使用中消毒液的监测：每月进行监测合格率为100%。

对使用中的紫外线灯管进行了监测，上半年共监测24根，合格23根，合格率为96%。对70w/cm<sup>2</sup>的紫外线灯管通知科室及时更换。

2、对我院使用的消毒剂及一次性医疗器械和物品进行了备案。

3、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，根据各科室工作特点提供相应的防护用品，如口罩、帽子、手套、护目镜等，以保证医务人员的职业安全。

提高医务人员对控制医院感染知识的知晓率，每季度对全院职工采取答卷、听课形式、进行感染管理知识、传染病防治知识、医疗废物管理知识、职业防护知识及手卫生知识、医疗机构消毒技术规范、计划免疫等知识培训。

对我院保洁人员进行医院感染知识培训。培训内容包括职业暴露防护、医疗废物分类、收集、手卫生知识等。培训人数3人，培训率达100%。通过培训，使保洁人员能够熟悉医院感染基础知识，提高他们对医院感染重要性的认识，增强了在工作中的自我保护意识，确保在工作期间的医疗安全。

我院医疗废物管理工作已经走上了规范化管理的轨道。医院感染管理科不断完善各项规章制度，加强监督管理，明确各类人员职责，落实各类人员责任，进行各类人员培训，使我院医疗废物的分类、收集、贮存、包装、运送、交接等做到了规范化管理，没有因医疗废物管理不善引起感染爆发，全年未发生医疗废物流失、泄漏、丢失事件。

根据传染病防治法的管理要求、加强传染病的防控工作，防止传染病漏报、迟报现象的发生，负责传染病管理专职人员认真负责，每天及时收集报告，深入临床及辅助科室进行核实、查对，保证传染病在法定的时限内上报。各科室的传染病登记准确无误。让全院医务人员及时掌握传染病的动态变

化。

预防流行h7n9禽流感，按照上级的指示要求建立发热门诊。

新的一年即将到来，我科将继续开展各项工作，并针对本年度问题，特提出20xx年初步工作计划。

1、充分发挥监控的作用，根据分管领导和感染管理委员会的要求，制定下阶段的控制计划。充分发挥临床感染管理小组作用，将科室的培训和质控检查落实到个人。

2、对临床科室进行考核，我科再跟踪检查改进结果。

3、做好医院感染诊断的培训将医院感染诊断、制定新的培训课件，并组织学习。

4、继续开展目标性监测，并将有关监测资料进行分析，找出感染控制的薄弱环节，制定目标监测计划，进行环节干预以保证感染控制项目持续有效地实施。

5、使很多环节、制度需要进一步的落实、及追溯制度。

## 科室感染年度工作总结篇五

20xx年在中心领导的高度重视和正确领导下，在全体员工的大力协助、支持和配合下，根据院感工作的相关要求，做好环境卫生，消毒灭菌效果，手卫生消毒，加强对医疗废物和废水的管理及医院感染知识培训。重点工作是加强手卫生宣传及重点科室的管理，不断加强重点环节质量控制和持续质量改进，从而有效地预防和控制医院感染的发生，全年无医院感染及传染病爆发事件□20xx年院感工作如下：

1、组织两次医院感染相关知识宣传培训。

2、组织全院工作人员参加院感相关知识考试及7步洗手法操作考试各一次。

3、指导相关人员做好消毒隔离工作。各执行人要求明确消毒、灭菌剂的浓度、配置方法、更换时间。

1、各科使用的消毒液根据性能按时更换，器械按规定及时消毒灭菌，合格率达到100%，并及时记录。

2、定期检查各类消毒物品是否过期，紫外线灯管擦洗与登记。

1、做到生活垃圾与医疗垃圾分类防渗放置。

2、医疗废物按要求分类放置，密闭，包装袋有标识，出科有登记，回收有签字。

3、医务站填写医疗废物转移单，并保存存根备查。

4、垃圾房做好垃圾房防鼠、防蚊蝇、防蟑螂、防盗等安全措施。

1、化验室：督促化验室人员静脉采血无菌操作，做到一人一针一管一带一洗手，做好消毒隔离台账。

2、换药室、门诊室：做好中心服务站消毒物品消毒工作，与中心意思共同做好紫外线消毒、体温计消毒、换药室卫生工作。指导服务站医生做好服务站消毒隔离工作，并做好台账记录。

3、输液室：与护士共同做好湿化瓶压脉带等每天按规定要求消毒更换，保证一人一针一管一用，灭菌物品经打开使用时间不得超过24小时，注明开启时间下班后做好紫外线灯消毒工作，并做好各类台账记录。

1、加强个人防护意识，在输液室、化验室、换药室放置锐器

盒。

2、及时处理被污染的锐器。

3、锐器盒及时处理。

虽然本年度，我院院感工作有了很大的进展，但还是有很多不足之处：

1、医护人员无菌操作意识有待加强。

2、无菌物品消毒最好选用一次性。

3、服务站体温计消毒执行情况有待加强。

4、全院工作人员院感意识有待加强。

希望在20xx年我院院感工作有一个新的突破。