

最新科室医院感染工作总结(精选10篇)

经济师需要关注国内外的经济形势，分析经济趋势，为企业事业单位提供科学的决策支持。在总结税务工作时，以下范文或许可以为您提供一些建议和参考。

科室医院感染工作总结篇一

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课，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应急预案、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。

科室医院感染工作总结篇二

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/cm²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。

科室医院感染工作总结篇三

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。

科室医院感染工作总结篇四

在院领导的关心和重视下，在全院医务人员的共同配合下，我院院内感染控制做了大量工作。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，将院内感染控制在较低水平。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

在院领导的亲自领导下，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。由于工作层层落实，保证了我院院内感染管理工作的顺利开展。

开展了对全院的压力锅生物监测，并及时汇总、分析原因向临床科室及医教科、护理部、院感委汇报；及时发现医疗隐患，防止医院感染暴发的发生。

三、对多重耐药菌重点监测，防止院内传播发生

对耐甲氧西林的金黄色葡萄球菌、产esbls的肺炎克雷伯菌、产esbls的大肠埃希菌、泛耐药的鲍曼不动杆菌等进行监测，发现多重耐药菌或携带病例督促临床科室落实隔离措施，对隔离措施落实情况定期检查，有效防止多重耐药菌在院内传播。对医院分离细菌及细菌耐药情况每半年进行统计，为医院提供抗菌药物临床应用预警报告，统计结果及预警报告在院感通讯上发布，为临床医生合理使用抗菌药物提供依据。

四、开展目标性监测，及时发现院内感染，防止院内感染流行和暴发

上半年开展外科胆囊切除及胆管手术、阑尾炎手术、妇产科

子宫及附件手术切口的目标监测;下半年开展了外2科疝修补术、产科剖宫产术切口的目标监测。

五、完成全院住院病人横断面调查,对全院的抗生素使用率、医院感染发病率、治疗及治疗+预防用药的标本送检率有了进一步的了解,为医院合理应用抗生素提供有力的依据;获得20xx年全国医院感染横断面调查先进单位。

六、加强供应室器械的消毒管理工作

坚持未灭菌与已灭菌物品分开。在压力蒸汽灭菌时坚持在包外使用指示胶带、包内使用指示卡进行自我监测,每周压力锅进行生物监测,保证消毒灭菌质量。弯盘、压膜带等在供应室清洗、消毒,尽量做到集中消毒供应、保证清洗、消毒质量。

七、继续抓好临床各科室消毒隔离、感染控制工作

在全年的消毒液采样监测中,消毒液的配制、更换时间基本符合要求。

八、加强一次性用品及医疗废物的管理

在全年的一次性用品使用中,对使用的一次性用品,严格按医疗废物处置。规范了医疗废物管理,取消对医疗废物的浸泡,避免了对环境的二次污染,对医疗废物要求毁形、存放、处置,并做好交接登记。避免一次性医疗用品重复使用和流入社会现象;医疗废物统一由一个工作人员收取,减少了医疗废物运送过程中对医务人员及行人的误伤,减少了医院感染的机会。

九、加强院感知识的学习及培训,采取多种方式,到上级医疗机构、请上级专家及本院自行教学相结合。提高感染管理科的管理能力及全院职工防控医院感染知识和意识。

1、院感专职人员参加省、州院感学习培训3次，组织医院重点科室负责人参加州院感学习2次，共14人次，接待福泉市中医院、福泉市第三人民医院的医院感染管理科同志参观学习，大家相互交流、相互学习，达到共同进步、共同提高的目的。

3、受福泉市卫生和食品、药品监督管理局、福泉市医学会安排，对福泉市卫生技术人员继续医学教育培训考核7期共945人次。

4、对新上岗人员进行了2次共56人次医院感染培训及医院感染知识考核；

5、对实习生进行了50人次的医院感染相关知识培训。

十、配合医院对医院传染科的布局、流程、改建进行规划、设置；配合医院对消毒供应室的流程、设施提出合理性建议。

十二、对全院紫外线灯管进行强度监测，不合格及时更换，以保证消毒效果。避免医院感染事件发生。

十三、积极完成医院交办的其他任务。

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。明年，按院内感染控制的有关规范、法规及工作计划，我们要不断总结经验，虚心学习，脚踏实地，把院内感染控制工作做得更好。

科室医院感染工作总结篇五

1、根据2014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。

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。

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。

科室医院感染工作总结篇六

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。

科室医院感染工作总结篇七

20xx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：

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。

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。

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。

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。

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。

科室医院感染工作总结篇八

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，开展了一系列的工作，现总结如下：

- 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2004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，制定了各管理小组工作计划，并对一年的工作进行了总结，各管理小组配有质控管理人员，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。

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。确保了本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。

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。

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。

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%。

- 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。

科室医院感染工作总结篇九

xx年是全院上下最重要的一年□xx年我院接受了出国留学省卫生厅等级医院评审专家的评审，更是医院感染管理科最重要的一年，医院感染是等级医院评审中重要内容之一，通过等级医院评审促进了全院对医院感染工作的重视。

xx年在院领导的高度重视和正确领导下，在全院各科室以及全体员工的大力协助、支持和配合下，根据等级医院评审的相关要求，医院感染管理科完成了以下工作：

修订并完善医院感染管理制度，加强医院感染知识培训，定期召开医院感染管理委员会会议，参与新建、改建建筑布局设计，根据医院感染管理要求，做好病例前瞻性、回顾性和现患率调查，并进行了环境卫生学、消毒灭菌效果及手卫生的监测、分析和反馈，加强对一次性医疗用品、器械、药械的监督管理，加强对医疗废物和废水的管理。重点工作是加强手卫生宣传，耐药菌的管理和抗菌药物的合理使用的管理，提高病原学送检率，有针对性地提出控制措施并指导实施，对全院各科室进行医院感染专项检查，对医院感染重点科室实行重点督查，不断加大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，并组织医院感染暴

发演练，工作取得了一定成绩，全年无医院感染暴发事件发生。

现将xx年工作总结具体汇报如下：

一、完善医院感染管理组织

(一)重新修订并发放《关于调整出国留学医学院第一附属医院医院感染防控三级监控网络的通知》，认真贯彻落实《医院感染管理办法》，医院感染管理委员会定期召开会议，讨论医院感染相关问题，医院感染管理科执行医院感染管理具体工作，医院各相关职能部门(医务科、护理部、药剂科、设备科、总务科等)执行医院感染管理工作相关职责，相互协作，做到医院感染管理工作全院重视。

(二)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。

专项检查全院临床科室，重点检查医院感染管理重点科室如icu□picu□nicu□ricu□内镜、手术室、血液净化中心、中心供应室等，及早发现安全隐患，提早采取干预措施，防止医院感染的发生。

开展了icu的呼吸机相关肺炎、导尿管相关感染、血流导管相关感染等医院感染防控监测。

完善多重耐药菌的监督、监测与管理，严格执行多重耐药菌预防与控制制度，制定多部门联席会议制度，多部门联合管理，定期向临床提供耐药菌趋势报告，不断加强监督管理并落实制度。

定期召开多重耐药菌联席会议，在多重耐药菌联席会议上，

完善监管机制，加强多部门的协作，特别是加强医务科的联合管理，调动医生控制细菌耐药的积极性，有效执行细菌耐药监测及预警机制，督促重点部门科室完成耐药菌的统计分析，为临床合理使用抗菌药物提供指导，加强医院感染的管理。

按照《抗菌药物临床应用指导原则》和《安徽省实施〈抗菌药物临床应用指导原则〉管理办法》等规定，加强病原学送检，医院感染管理科进行临床科室病原学送检情况检查，通过检查及宣传，病原学送检率能够达到30%。

医院感染管理科进行全院细菌耐药性的分析，发布到《医院感染监控信息》上，并分析重点科室细菌耐药情况，为临床合理使用抗菌药物提供依据，根据细菌耐药情况分析抗菌药物的适宜性。

各临床科室医师对所有住院患者进行医院感染前瞻性调查，发现医院感染能及时、准确报告，同时院感科也加强院感病例上报管理出现医院感染病例时，加强监测与控制，并每季度向省质控中心进行网上直报医院感染病例。

(一) 全院定期开展综合性监测，参加x年全省现患率调查，于x月x日当天对全院现病例进行了全面横断面调查，全院共住院病人x人，实际调查x人，接受调查率100%。医院感染人数x人次，现患率为1.45%，无院感漏报。

(二) 开展两项目标性监测，实时监控医院感染情况，降低重点环节的医院感染发生率。

(1) 于xx年x月至x月开展了一类手术切口感染的目标性监测，监测对象是我院肿瘤外科手术一类切口的所有病人，定期将监测结果反馈给临床医生，以便及时分析感染原因，采取有效的预防控制措施，降低手术切口感染发生率，增强医护人员重视医院感染的意识，并有利于提高医疗护理质量，减轻

患者的痛苦和经济负担。

(3)开展了多重耐药菌的医院感染目标性监测，监测对象是全年所有住院患者中细菌学培养为多重耐药菌的患者，通过监测，及早发现多重耐药菌感染患者，指导临床医护人员实施耐药菌隔离预防措施，并提醒临床医生在感染控制后，再次细菌学培养阴性后方可解除隔离，有效预防和控制多重耐药菌在医院的传播，保障医疗安全。

(三)环境卫生学、消毒灭菌效果及手卫生监测情况

院感科对全院各科室治疗室、换药室进行了消毒灭菌效果监测，同时加强对手术室、胃镜室、口腔科、供应室、导管室等高危区的环境卫生学监测及医务人员手卫生的监测。重要采集空气、物体表面、卫生手、消毒液、无菌物品、除去空气培养有2份不合格，其它合格率100%。每月一次对排放的污水进行监测，要求必须达标后排放。每季度对医疗垃圾暂存点进行环境卫生学监测。

参与新建门急诊大楼的室内布局设计和装修，使其能够符合控制医院感染的要求，监督空气清洁消毒设备的安装，使相应设备的使用符合控制医院感染的要求，配合新门诊大楼搬迁工作，从医院感染角度严把环境、消毒关。

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。

制度医院感染暴发报告流程与处置预案，发现临床科室有感

染流行趋势或某种特殊病原菌感染等情况，迅速做出反应，第一时间到达现场，变事后检查控制为提前介入，密切注意医院感染动态，采取有针对性控制措施，变被动为主动，有效阻止医院感染的发生，为临床科室提供指导性意见，控制重大事件在院内的蔓延。

不足及需改进之处：

1、医院科级制度未完全及时更新，医院感染管理科将组织医院感染专家进行全院医院感染科级制度检查，要求全院科级医院感染制度及时更新。

2、多重耐药菌联席会需定期及时召开，需进一步加强多部门的协作，特别是加强医务科的联合管理，为临床合理使用抗菌药物提供指导，加强医院感染的管理。

3、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。

4、进一步加强对重点科室、重点部门及重点环节的院感监测，如呼吸机相关性肺炎、留置导尿管相关感染、手术部位感染及透析相关感染等重点项目的管理。

5、重点部门的布局流程如手术室、产房分区不符合规范要求□icu监护大厅及隔离间缺少流动水洗手设施，微生物实验室污物处理间位置不合理等，医院感染管理科需与总务科、基建科沟通进行整改。

6、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。

7、医生洗手依从性有待进一步提高。

医院感染管理科xx年工作计划

xx年是全院上下最重要的一年□xx年我院接受了出国留学省卫生厅等级医院评审专家的评审，更是医院感染管理科最重要的一年，医院感染是等级医院评审中重要内容之一，通过等级医院评审促进了全院对医院感染工作的重视。

科室医院感染工作总结篇十

- 1、认真学习《出国留学省医药医院管理评审实施细则》，做好创二优评审迎检准备工作，根据细则要求制定年度工作计划、年度培训计划、医院感染工作流程，整理归纳并补充医院感染预防与控制管理各项规章制度、质量标准，进一步完善医院感染管理体系。
- 2、加强对临床科室医院感染预防控制工作的督导，发现问题及时沟通、及时指导、及时改进，特别是针对我院医务人员对医疗垃圾分类不清、少数临床医生无菌操作不到位等现象进行多次现场督导纠正，彻底清理医院感染预防控制工作的死角，真正做到医院感染管理的全院规范统一，充分体现医院感染管理工作力度。
- 3、加强改进对环境微生物细菌监测工作，把监测工作与临床工作结合起来，开拓性开展环境动态细菌监测，对临床消毒隔离工作起到实质性的检查督导作用，特别是主动对新生儿病房、母婴病房、新生儿暖箱等进行随机抽样监测，对重点区域消毒隔离工作的环境质量起到很好的监督和提示作用。
- 4、开展重点去区域医院感染病例监测，启动了icu医院感染目标性监测。
- 5、做好院内感染爆发流行的监测报告及预防控制工作□x年院感科制订了“临床医院感染爆发预警报告制度”，加强对医院感染爆发前瞻性监测，实施这一制度，今年4月份我院外二

科1类手术切口感染爆发，院感科积极深入一线调查处理，及时上报医院感染委员会，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。

6、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，上半年本院未发生传染病院内感染，共计迎接上级检查共计次。

7、进一步加强医院感染知识继续教育培训工作，院感科上半年已完成外出培训，及部分院内培训。

8、加强对临床各科医院感染预防控制措施落实情况的督察考核

坚持持续改进的工作理念，发现问题，及时研究，及时沟通，及时改进，对于反复纠正不力的问题纳入院级质控考核评分，奖惩兑现；做到随时检查指导，定时考核评价，定期向各科室通报考核情况，按时按规定向上级主管部门、医院领导、医院质控科通报相关信息。

9、进一步加强医疗废物分类收集处理管理，使用后一次性物品回收率100%，废用性医疗废物焚烧100%，重点督察生活垃圾与医用垃圾分类分装、医疗锐器、感染性垃圾处理等。

10、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。

1、目标性监测工作未完善。

- 2、全院医疗废物分类收集处理设施需改进(垃圾桶、袋)。
- 3、洗手设施需改进(水龙头、洗手液等)。
- 4、根据出国留学省卫生厅x卫函[x]xx号“通知精神”，我院医院感染全面综合性监测方式需改进。