

科室感染小组工作计划 医院科室感染管理年度工作总结(大全8篇)

导游工作计划是为了让导游在旅行中能够准确地带领游客感受目的地的魅力和美景。上面是一些学生的暑假计划范文，供大家参考和学习。

科室感染小组工作计划篇一

20xx年度，在上级卫生行政主管部门的督导下、在医院领导的正确领导及大力支持下，认真贯彻落实《医院感染管理办法》等有关医院感染管理法律、法规、规范，医院感染管理工作逐步走向科学化、系统化、规范化，确保医疗、护理安全。现全年工作总结如下：

医院成立了医院感染管理办公室，配备1名专职管理人员，具体负责医院感染预防与控制方面的管理和业务工作。

调整了医院感染管理委员会，院长担任主任委员，成员主要由医院感染管理部门、医务部门、护理部门、临床科室、临床检验部门、药事管理部门、后勤管理部门及其他有关部门的主要负责人组成，是医院感染管理的最高决策组织。

成立了科室医院感染管理小组，由科主任、护士长、监控医师、监控护士组成，负责本科室医院感染管理的各项工作。

根据相关的法律、法规、规范，制定、下发了《医院感染管理制度汇编》，内容包括：工作职责、管理制度、工作制度、重点部门及重点部位的医院感染预防与控制、工作流程、操作规范、突发公共卫生事件应急预案等。

医院感染的预防、控制贯穿于医疗、护理活动的整个过程，需要广大医务人员及医院感染管理专业人员时刻保持医院感

染的防控意识。因此，开展对全员的医院感染预防、控制知识培训至关重要。

首先制定了《医院感染管理知识培训制度》，感染办制定了本年度医院的培训计划，各科室制定了本科室的培训计划，针对各类人员，进行分类、分级培训并考核。

感染办对兼职监测人员、医生、护士、工勤人员进行了以下的培训：《消毒效果监测技术规范》、《医院感染诊断标准》、《医疗废物管理条例》、《医疗废物管理制度》、《医疗废物管理应急预案》、《医务人员手卫生规范》、《医务人员职业暴露处置规范》、《餐饮业和集体用餐配送单位预防食物中毒的基本原则》、《中华人民共和国传染病防治法》、《传染病信息报告管理规范》、《暂存处工作人员医院感染管理职责》、《暂存处医院感染管理制度》等，并进行了考核，成绩均在90分以上。

医院感染专业人员是预防与控制医院感染的决策、实施主体，素质的高低直接关系到医院感染管理工作质量。感染办主动收集了有关医院感染的国家、卫生部、省、市的法律、法规、部门规章、规范等文件近百份，专职人员全部都自行进行了学习。购置了《医院感染管理学》、《医院感染预防与控制标准操作规范》、《感染病学》、《流行病学》、《传染病学》等工具书，专职人员根据工作需要选择学习内容，进行自学；3月份感染办副主任参加凌河区疾控中心举办的《法定传染病的诊断标准》培训班。7月上旬感染办副主任参加辽宁省第六届感染控制学术年会，接受了“医院感染的诊断治疗与控制预防”的国家级继续教育项目培训。7月中旬感染办副主任参加锦州市卫生局举办的“医疗废物处置”培训班。10月份，医院感染主管院长、感染办副主任参加了市环保局的“锦州市医疗废物集中处置启动大会”。医院感染专职人员的管理和业务能力得到了很大程度的提升。今年我市成立了“锦州市医院感染质量控制中心”，我院的医院感染主管院长刘建新、感染办副主任王世春被聘为常务委员。

制定了《医务人员手卫生制度》，下发了《医务人员手卫生规范》，并组织对全员培训、考核。

制定、下发了全院和重点部门的消毒工作制度、医院空气净化管理规范、医院消毒技术规范。医院使用的诊疗器械、器具与物品符合规范要求，医院环境保持清洁、干燥，每个月一次开展对门诊、病区的护士手、处置室空气、处置台表面、戊二醛消毒液细菌染菌量的监测，结果均合格，有效的预防和控制外源性医院感染。

制定、下发了全院和重点部门的隔离工作制度。

制定、下发了《医院隔离技术规范》，内容包括：《隔离的基本原则》，《医院隔离建筑布局与隔离要求》，《标准预防技术规范》，《接触传播隔离技术规范》，《空气传播隔离技术规范》，《飞沫传播隔离技术规范》，《常见传染病传染源、传播途径及隔离预防》，《常见传染病潜伏期、隔离期和观察期》，《对暴露或感染的医务人员的工作限制》等。

隔离工作符合规范要求，本年度未发生医院感染和传染病的暴发、流行，保障了病人和医务人员的安全。

建立了医院感染病例监测报告制度，连续不断地对医院所有科室、所有病人、所有医务人员的所有部位的医院感染及其相关危险因素进行综合性监测；出现医院感染病例时，临床科室及时上报感染办，感染办加强监测与控制。截止11月底，共上报2例医院感染病例，感染部位均为上呼吸道，无医院感染暴发、流行事件发生。

开展了对所有病人传染病筛查，门诊、病区、检验科、放射科、感染办均建立了有关登记，建立了法定传染病报告制度，建立异常结果反馈机制，检验科、放射科发现异常结果，及时通知医生，双方共同签名，门诊及临床科室及时上报传染

病，感染办进行网络直报。截止11月底，共上报法定传染病28例。其中，乙类传染病24例，丙类传染病4例。

建立、健全了医疗废物管理制度、处理流程、应急预案等，制作了医疗废物分类收集方法示意图、医疗废物标识。医疗废物的分类收集、运送、暂存、集中处理、登记及操作人员的职业防护符合规范，本年度未出现环保安全事故。

感染办对医院购进、使用的消毒药械和一次性使用医疗器械、器具的相关证明进行审核，证件齐全，做到质量和来源可追溯；建立了一次性使用无菌医疗器械、器具不良事件登记表，并对临床科室消毒药械的使用情况进行监督指导，及时发现问题，进行整改。

建立了《医务人员血源性病原体职业接触报告制度》，制定、下发了《医务人员个人防护用品的使用规范》、《血源性病原体职业接触防护规范》、《血源性病原体职业接触处置规范》、《艾滋病病毒职业接触的应急预案》。

为医务人员提供足够的防护用品如口罩、手套、个人剂量监测笔，为放射科、医疗废物暂存处工作人员进行了健康体检。

本年度临床科室共上报5例医务人员乙肝病毒职业接触，其中锐器伤2例、粘膜接触3例，都得到及时的现场处理、报告、登记、监测、预防性用药、随访，结果均无接触后感染。

根据国家的有关法律、法规，制定、下发了医院突发公共卫生事件应急预案，主要有：《医院感染暴发应急预案》、《重大传染病疫情应急预案》、《重大食物中毒应急预案》、《医院辐射事故应急预案》，成立了医院应急处理领导小组，明确各科室负责人在应急工作中的具体职责和任务，提升我院突发公共卫生事件的应急能力。

本年度无突发医院感染暴发、重大传染病疫情、重大食物中

毒、医院辐射事故等公共卫生事件。

院科二级医院感染管理组织（感染办、科室医院感染管理小组）对医院感染管理各项规章制度的落实情况进行监督、检查，及时发现问题，进行反馈与改进；对上级行政主管部门检查中发现的问题，及时整改。做到基础、环节与终末质量的控制与管理，达到不断提高、持续改进的目的。

本年度，分别接受了上级行政主管部门如下的检查：锦州市卫生监督所对放射诊疗安全防护工作的督导检查、对医疗机构医疗废物处置工作的专项检查；凌河区疾控中心对传染病疫情报告及管理工作的督导检查；凌河区环保局对医疗废物集中处置的督导检查；锦州市卫生局“诚信服务杯”验收检查。这些行政主管部门对我院的医院感染管理工作给予了一定的肯定，同时针对不足给予指导、提出整改意见，感染办均及时改进、落实。

完成了辐射安全许可证的网上申报、辐射安全与防护年度评估；完成了放射科透视机□ct机放射诊疗建设项目卫生审查的申请、竣工验收；完成了检验科艾滋病抗体检测筛查实验室资格审批申请；完成了医疗废物年度统计。

一年来，在医院全体人员的共同努力下，医院感染管理方面做了大量的工作，但是还有不足、空白之处有待完善。

科室感染小组工作计划篇二

20xx年，院感科在院领导的正确领导和全院各科室的大力支持配合下，加强医院感染管理，确保院感科各项工作的顺利开展，但仍存在着若干问题需要解决和改进。现将xxx年的医院感染管理工作总结如下：

- 1、每月根据院感检查标准对全院各科室，尤其是供应室、手术室、产房、人流室、化验室等重点科室进行不定期检查、

督导，发现问题和院感隐患，及时进行书面反馈，科室找出原因，制定整改措施，院感科根据整改措施，跟踪检查改进效果。

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、无菌技术规范以及医疗废物管理规范的落实，发现不落实的，及时反馈、制止。减少交叉感染和院感发生的机率。

3、每月对所有病房、门诊、物业保洁进行1次全面督导、检查，检查各科室消毒隔离、无菌技术、医疗废物管理、手卫生执行情况以及科室院感控制管理工作、发现问题和隐患及时反馈，提出整改意见，跟踪检查整改效果。

1、进行环境卫生学监测，每月对全院科室进行空气、物体表面、消毒液、工作人员手等采样监测细菌生长情况及消毒灭菌效果监测，每月进行总结。

2、紫外线灯管的检测除科室测外。院感科对紫外线灯的强度每半年监测一次。

3、对压力蒸汽灭菌每周进行生物监测，每日进行预真空试验，每锅进行化学、物理检测，并记录监测结果。

4、全年灭菌效果的监测合格率为100%，生物监测合格率为100%，空气细菌培养合格率90%（整改后为100%），物体表面细菌培养合格率99%（整改后为100%），医务人员手细菌培养合格率99%，（整改后为100%）消毒液染菌量检测合格率100%，合格率均高于去年。

重点加强了日常对医院医疗废物、污物处置的督导工作，医疗垃圾和生活垃圾严格分开，医疗废物在产生科室即分类收集，标识清楚，密闭运输，医疗废物在暂存地存放不超过48小时，发现问题，及时反馈、整改，确保了医疗废物管理的

及时性和有效性。

院感科每年对全院科室进行培训一次。提高了医护人员院感防控工作重要性的认识，提高了依从性。

1、全院医务人员执行手卫生规范的依从性仍然不高，各科室落实手卫生制度普遍不得力，存在院内交叉感染的隐患。

2、部分医务人员及物业人员缺乏无菌观念，执行消毒隔离制度和无菌技术不严格。学习、执行消毒隔离的依从性差，存在交叉感染的安全隐患。

3、我院院感培训方面做得不足，准备下一年克服各种困难加强培训次数。提高医护人员院感防控工作重要性的认识，及时消除医疗隐患。

科室感染小组工作计划篇三

20xx年产房在院领导的正确领导和全科医护人员的共同努力下，以医院标准化管理、优质服务为契机，按照“二甲”专科医院的分娩质量管理与持续改进的标准，紧跟三甲医院的要求和步伐，在助产士专科培训，护理安全，院感、急救药品管理，不良事件上报，优质护理，患者满意度调查，绩效考核等方面均有改进和提高。围绕20xx年工作计划，现将20xx年工作总结如下：

科室管理方面工作：今年我科围绕产科标准化建设要求，完善了各种规章制度及急危重症的抢救流程，大大加强了科室质量控制管理，更加有效地保证了医疗安全，全年无任何差错和事故发生。具体做了以下工作：

3、进一步加强十五项核心制度的落实；做到服务规范化，操作程式化，质量标准化。妇产科是个高风险的医疗临床科室，医护人员的工作责任心和业务技能关系到两代人的健康和生

命安全，因此，要在科室内切实建立起医疗安全责任制，从科主任、护士长具体落实到人。科室成立了以科主任为负责人的质量管理小组，严格执行医疗护理管理规章制度、操作规程及质控标准。每月对医护质量进行全面检查，医疗安全天天抓，坚持每周进行对专业知识、急救知识、技术操作培训，强化责任意识，急救意识。确保患者就医安全、防患医疗纠纷的发生。

4、并针对存在的问题持续改进，不断提高医疗质量，促进了医护质量的规范化。除规范医疗文件的书写，完善三级查房制度，三级医师查房100%，甲级病历率100%外，待产室也启动起来了，新生儿洗浴正在启动，还没步入正轨。抗生素应用更加的合理和规范，尤其是术前抗生素的规范应用均达要求，特别针对产房质量管理及整体护理进一步规范，不断完善了产房标准化的操作规程，并把制定的标准化操作规程进行培训考核，从而使科室医护人员按规程要求严格执行；科室各种资料管理有待遇完善。各项设备仪器均有专人负责保养并定期检查。

1、一年来加强科室精神文明和医德医风建设，认真学习贯彻、执行廉洁行医的各项规则，认真学习各项法律知识，教育大家热爱本职工作，坚守岗位，不惧怕传染，在乙肝、梅毒病人被别院拒收后不推诿，不计较个人得失，以高质量完成传染病孕妇的母婴阻断工作及其他各项医疗工作；并同情、关心体贴传染病孕妇，耐心为病人和家属解释病情及有关注意事项，以最佳治疗方案为病人解除病痛。科室人员多次拒开各种假证明和假检查结果。坚持严格要求、严密组织、严谨工作态度，并落实到日常工作中。

2、通过全科同志的共同努力，较好地完成了科室各项工作任务，但工作质量与医院的要求还有很大差距，就在12月份的全院组织护理竞赛中，科室排名倒数第五。在新的一年里，要转变观念，加大业务中医理论及适宜技术的学习力度，充分发挥中医药优势，团结一致，扎实工作，高标准完成本科

的工作任务和领导交办的各项工作任务。

制度和 workflow：根据护理部的要求和院感办的要求，从新修订了产房工作人员职责和护理 workflow 以及应急预案，产房和护士床头交接班，制定了交接班登记，并实行双签名，规范各种工作制度及流程，把工作落到实处。

对于产科急救方面，加强医护操作技能水平，加强妇产科业务力量和硬件设施的建设，尤其是气管插管和简易呼吸器的应用每人都熟练掌握，切实提高了产科综合实力。我科除参加医院组织的学习外，还重点要学习产科急救，如产科大出血、妊娠高血压疾病、妊娠合并心脏病、羊水栓塞，新生儿窒息的复苏，心肺复苏等技能，为了减低剖宫产率，第一胎是剖宫产的，第二胎我们综合评估一下，也看着顺产了，全面提高应急配合能力，确保高危孕产妇的安全分娩，有效的降低了孕产妇死亡及新生儿死亡，保障了医疗安全。

药品、物品的管理：按急救药品管理制度执行，急救药品专人管理，做到班班交接，每周进行核查1次。护士长每2周进行检查1次。急救药、急救物品处于应急状态。

今年我科的院内感染工作大幅度提升，按照标化要求，定期学习医院感染知识和手卫生知识，科主任每人访谈院感相关内容，尤其是艾滋、梅毒、乙肝孕妇的母婴隔离、血污染物及手术器械的消毒隔离的每个细节培训到位，同时做好产房、手术的无菌操作，做好传染病的消毒隔离培训，随时发现问题、随时解决问题，将医疗差错和事故发生的可能性杜绝在萌芽状态。

1、管理上存在老好人思想，思维不新颖，技术上停滞不前。

2、对助产士的专业理论知识和操作技能及与产妇及家属的沟通，对抗职业压力、构建优秀团队等方面的需要加强和探索。

3、院感工作常抓不懈，并在20xx年的基础上有所改进。

4、细节方面的工作，优化流程，方便病人。尽职更应精致。

5、产房不能定时通风，也不符合院感要求，我希望院领导能在生理产房开个门，使之能定时通风，同时也符合院感的要求，这是我们产科所有人的要求。

科室感染小组工作计划篇四

1、认真学习《湖北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。xx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类手术爆发感染，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。

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）。

科室感染小组工作计划篇五

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》，促进出国留学学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、医院感染管理小组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，体现了院感小组在认真履行职能，实现工作目标，强化医院感染管理工作中发挥了重要作用。

4、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。

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。

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，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。

3、坚持做好各科消毒工作。加强了重点区域如手术室、病房、供应室、等区域的消毒管理，有效地扼制了医院交叉感染的传播。

4、加强一次性医疗用品管理，用后立刻毁形消毒由制定人员统一回收，确保了我院使用一次性医疗用品的安全使用。

5、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，及时进行处理。

（2）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。

1、加强了传染病的防治工作：

（1）加强了传染病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。

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《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。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。

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%。

1、继续组织全院职工以感染管理小组为单位学习《传染病防治法》及实施办法、《出国留学医院感染管理规范》、《消毒管理办法》等法规及我院有关制度等。

2、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、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、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。

科室感染小组工作计划篇六

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：

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，第一注重依法管理，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。第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，对产房、手术室、新生儿科、检验科等重点科室严格按照医院感染管理要求配置基础设施。第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。

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。

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。xx年全年对我院医务人员及后勤人员培训考核4次，试用期人员培训考核2次，实习生、进修生培训考核2次。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。

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》，《院内感染自查质控反馈》，《院感质控员月考核标准》，《医院感染管理质控罚则》。定期或不定期对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，从环节上层层深入。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。

感染管理办法》及卫生部《血液透析室建设与管理指南》的要求，结合我院实际情况，查阅了相关规范，参观了几家血液净化中心，请教了有关血透专家，并在上级部门及专家组的具体指导下，院感科参与了血液透析室的布局流程、设施设备规划，人员配备、各种制度规范的建立，开诊前的院感监测、消毒药械及一次性物品的索证，医护人员的培训、考核等规范要求，使之符合卫生部的有关规要求。血透室于xx年x月x日通过卫生局专家组的评审验收，9月1日正式开诊。

科室感染小组工作计划篇七

感染分为两种，医学上的感染，是指细菌、病毒、真菌、寄生虫等病原体侵入人体所引起的局部组织和全身性炎症反应。心理上的感染是通过某种方式引起他人相同的情绪和行动。它实质上是情绪的传递与交流，在互动中具有很大的作用。

1、认真学习《xx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。20xx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x月份我院外二科x类手术切精神，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。

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）。

科室感染小组工作计划篇八

20xx年我院的医院感染监控工作紧紧围绕等级医院复审这一主题，从建章立制到措施落实，始终贯彻持续改进的理念，使我院的院感管理工作逐步走向规范化、制度化、科学化。在全院每一位职工共同努力下，全年未发生医院感染的暴发流行，圆满地完成了年初的工作计划，现总结如下：

为进一步加强我院的医院感染管理，强化我院的医院感染环节管理，根据卫生部20xx年颁布的《医疗机构消毒技术规范》、《医院空气净化管理规范》等法律法规的要求，结合我院的实际，对我院2011版《本钢总医院医院感染预防与控

制手册》及时进行了修订，新的医院感染监控制度内容更全面、更科学。新的医院感染预防与控制操作规程更是涵盖了我院医院感染控制的所有环节，使医务人员在医院感染控制上有章可循。

为使我院的规章制度能得到有效的贯彻执行，我们对临床科室20xx年的绩效考核标准进行了修订，制定了新的《临床科室医院感染小组工作记录》，新的记录本在内容上更全面、更有实用性，在实际工作中体现出了实际效果，推动了临床院感工作的持续改进，在本次等级医院复核中得到了专家的认可。

为了解我院的医院感染情况，为医院感染控制提供科学依据，根据卫生部《医院感染监测规范》及等级医院复审的要求，我们开展了全方位的医院感染监测工作。

1、全院综合性监测：全年共监测住院病人38164人，发生医院感染653例，医院感染发病率为1.71%，处于较低发病率水平。但不容忽视由于我们院感专职人员少，医生主动报告意识差，存在着医院感染的漏报现象。全年无菌手术切口感染5例，无菌手术切口感染率为0.14%，比上年有所提高，我们分析与抗菌药物的合理使用有关，应成为我们明年院感控制的重点。

2、目标性监测

炎的发病率为7.97%；中心静脉插管使用率为9.32%，血管导管相关血流感染率为0；导尿管使用率为94.78%，留置导尿管相关泌尿系感染的发病率为3.49%。

(2) 手术部位感染监测：4月份开始 in 普外科开展了甲状腺切除术、胆囊切除术的手术切口感染情况的目标性监测。共监测手术317台次，手术部位感染2例，调整感染率2.63%。

5.88%，住院总日数324天，病人日感染人次率为24.691‰，调整日感染人次率为10.36‰。

(4)细菌耐药性监测□20xx年1月1日至12月21日细菌室共分离出多重耐药菌株502株，（其中以esbel阳性的大肠埃希氏菌为主，占33.78%，其次多重耐药的鲍曼不动杆菌位居第二位，占28.19%。）绝对株数333株（剔除同一患者培养出的重复菌株），以监测多重耐药菌患者259人，发生医院感染47人，多重耐药菌的检出比例较上年有所上升，原因在于今年的送检率提高，但不容忽视多重耐药菌的控制仍存在问题。

3、环境微生物及消毒灭菌效果监测：对全院重点科室环境微生物监测891份，合格率为99.44%，对不合格的科室进行整改，重新监测合格；消毒灭菌效果监测1583份，合格率100%；无菌物品监测343份，合格率100%；高压灭菌器生物监测795锅次，合格率100%；环氧乙烷灭菌器生物监测252锅次，合格率100%；低温等离子生物监测39锅次，合格率100%，保证了医疗安全。

1、减负增效避免形式化的感控：以三甲复审工作为主线，本着既减轻临床医务人员的负担，又能提高全员的医院感染控制意识为前提，召开了全院医院感染管理委员会会议，对全院临床科室的监控人员进行培训，使他们掌握了医院感染管理持续改进的工作方法，同时我们又将临床的多项记录合并，为临床科室制定了具有我院特色的《临床科室医院感染管理小组工作记录》，将医院感染病例登记、多重耐药菌感染病例登记、科室质控记录、会议记录等简化合并，使医务人员把主要精力放在医院感染控制上，而不是书写记录上，临床反响良好。

染的预警能力，为我院医院感染的预防控制工作增添了双翼，必将对我院的院感控制工作起到推动作用。目前软件正在安装调试中。

3、从手卫生工作切入，提高全员的感控意识：做好手卫生可以降低三分之一的医院感染，本着这一理念，我们在全院强力推进手卫生工作。首先在全院统一手卫生设施，提倡使用皂液、干手纸，在处置室、治疗室、走廊等处张贴手卫生宣传画及六步洗手法图示。同时进行了多次的医务人员手卫生培训，提高医务人员的手卫生知识，提高他们的手卫生意识。将医务人员手卫生常态化管理，实行手卫生监督工作的逐级监督，科室自查、院抽查，不断提高手卫生依从性。

4、主动干预医院感染的高危因素，降低“三管”感染的发病率：针对icu“三管”使用率高，病人病情重极易发生感染的实际情况，我们经常深入icu病房与医护人员主动沟通，与医务人员共同探讨学习感染的诊断标准及各项操作规程，使医务人员从开始的排斥到目前已逐渐接纳院感人员，能主动采取控制院感的措施，例如正确选择导管，熟练插管技术及有效护理，适时拔出导管以降低医院感染率。对icu中心静脉导管、留置导尿管、呼吸机辅助呼吸患者每日进行撤管指征评估，及时进行撤管，有效降低导管相关感染发生率。

5、配合抗菌药物合理使用工作，强化手术部位感染控制：按照抗菌药物专项整治工作要求，无菌手术抗菌药物使用率大幅下降，势必增加了手术切口感染的风险。针对这一情况，我们继续开展手术切口感染的目标性监测，加强手术切口感染的预防与控制措施的落实，如备皮的时机选择为术前即刻，备皮方式提倡不刮毛、提倡术中保温、强化术后引流及手卫生等环节控制，减少手术切口感染的危险因素，努力降低手术切口感染发生率。

6、成立picc门诊，实行专业化护理，降低院感风险：针对全院中心静脉导管置入科室的picc穿刺及维护环境差，容易发生感染的问题，我科协同护理部建议我院成立了专门的picc门诊，使置管进入门诊手术间进行，保障了置管环境的清洁，以预防picc导管置入患者发生医院感染。目前picc门诊已成立，

正在试运行中。

的感控，将有限的资源用在感控的高危因素控制上。

8、暴发应急演练，提升医务人员的应急能力：根据等级医院评审标准要求，于9月19日进行了下呼吸道铜绿假单胞菌感染暴发应急处置模拟演练。通过演练提高了医护人员对医院感染暴发事件的认识，使护理人员掌握了多重耐药菌感染暴发的应对措施，对防护用品的穿脱程序也有了感性认识，提高了临床对医院感染暴发事件的应急处理能力。

9、扩大器械清洗消毒的范围，提高器械的清洗消毒灭菌质量：按照《消毒供应中心管理规范》及等级医院评审细则的要求，我院重复使用的诊疗器械、器具及物品在回收、清洗、包装、灭菌的细节方面仍然存在着问题，因此我们与护理部、消毒供应中心一道多方协调，对未集中清洗的器械逐渐统一回收至消毒供应中心集中处理，保证了我院消毒灭菌的质量。

10、强化多重耐药菌监测控制工作，减少多重耐药菌的医院感染：从临床科室送检高质量的标本入手，我们对全院医务人员进行了如何送检标本的培训，提高了细菌培养的阳性率。同时为减少多重耐药菌的院内传播，我们对检出的病例进行及时的跟踪，指导临床采取接触隔离措施，严格执行手卫生和无菌技术操作规程，加强环境清洁，器械专用及消毒等，努力降低多重耐药菌的医院感染。

11、保洁工作规范化，保证患者的就医环境清洁化：清洁的环境是WHO提出的清洁医院的重要内容之一，我院现有的两家保洁公司保洁标准不统一，保洁程序不规范，保洁的质量参差不齐，为此我们根据《医疗机构消毒技术规范》的要求，开展了保洁员的培训，对保洁的细节进行规范，统一了保洁的程序，使保洁员掌握了保洁的标准，提高了保洁的质量。

培训是提升医务人员医院感染控制认知的主要方式，为此今

年我们举行了不同层次、不同类别医务人员的院感知识培训共计14次，培训人群覆盖全院员工。通过培训让他们了解医院感染预防的新理念，让全体职工时刻想到医院感染就在我身边，主动采取措施控制院感是自己的职责，使病人的医疗活动更加安全。

为了让临床能及时得到医院感染的信息，我们编辑制作了4期《医院感染通讯》，将医院感染管理工作的最新动态、法律法规、医院感染方面的监测数据等刊登在此刊物上，将《医院感染通讯》下发各科室，以便临床科室学习，从而达到资源共享。

全年医护人员上报职业暴露28例，其中护士21人，医生6人，检验1人，均按照职业暴露处理程序给予及时处理。针对锐器伤日益增多的趋势，我们在强化职业暴露管理工作的同时，开展了全员职业暴露的培训，对血液透析室、医疗废物转运等重点科室人员进行免疫接种，以减少医务人员职业暴露的发生率。

1、我院虽然建立了院感三级网络，但是院感的三级管理网络没有真正发挥作用，形式化的管理较多。因此我们要探索建立一种奖罚结合的管理模式，提高三级网络的积极性。

2、目标性监测工作仍处于摸索阶段，未真正将监测与监控结合起来，在指导临床医院感染预防控制工作方面还需进一步加强。

3、手卫生依从性还需进一步的提高。

4、我院部分医务人员在医院感染防控工作中还存在着“你推一推，他才动一动”的被动思想，所以感控工作要改变医务人员的被动“让我做”到医务人员的主动“我要做”，需要有一个漫长的过程，我们感控人仍要不断的努力。

总之，院感管理工作与医疗活动联系之紧密日益加深，需要我们不断的去学习和积累，需要我们密切的与临床医务人员进行沟通，需要我们高效的院感团队来共同努力，更需要院领导及全院员工的戮力同心，来推动我院的医院感染管理工作向更高的层次迈进。