

2023年医院年度感染管理年度总结 医院 科室感染管理年度工作总结(模板12篇)

知识点总结可以帮助我们形成学习计划和目标，提高学习动力。以下是一些优秀的学习总结范文，希望能给大家带来一些灵感。

医院年度感染管理年度总结篇一

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、紫完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。

医院年度感染管理年度总结篇二

我担任综合保障中心主任助理的工作已近四个月，原先我在设备维护担任技术管理工作时间较长，也积累了一些经验，但是在管理岗位工作是从四个月前任助理才开始的。刚担任该岗位工作时我发现自身的素质和业务水平离该岗位工作的实际要求还有一定的差距，但四个月来我能够克服困难，努力学习，端正工作态度，积极的向其他同志请教和学习，能踏实、认真地做好本岗位工作，为局的发展作出了自己应有的贡献。以下是我四个月来工作情况的总结和汇报：

其实说起我的工作，主要是在完成设备维护的技术管理工作的同时，协助管理综保中心主任的日常管理工作。平时的工作虽然较以前多了一些，但回想起来也只是较平时工作更紧张繁忙一些而已。所以虽然是管理工作岗位，确也只是平凡的岗位，可以说平凡得有些烦碎，烦碎得有些单调。但我记得有人说过：烦碎得事才需要最大的认真，最单调的工作才需要坚定的热诚。这也慢慢地成了我工作中的座右铭。我想我担任这份工作，没有什么可以值得骄傲的资本，而我从中确实发现了所有工作的共同点也就是认真、热诚。这就要求我忙而不乱地工作，要求我秩序井然地解决所遇到的问题，要求我的`服务一定要让上级领导和下级职工感受到。

最深刻的认识，来自于最全面经验的总结。通过跟领导学习业务原则，跟同事学习业务知识，自觉有了一定的进步。同时在思想认识方面也成熟了许多。他们的言传身教，平时工作中的种种的事情对我的影响帮助很大。懂得了在遇到问题和困难时要坚持理论联系实际，学以致用。如果没有一个坚定的价值观和人生观是不行的，对个人而言要做到用制度规范行为，用职责检验价值，用行动体现人格。

我所在的综合保障中心各项工作繁多，工作人员少，在这种情况下，就要求每个人都不仅仅要在本专业上独挡一面，还要做到身兼多职。在不断的工作和学习过程中，我个人除了

在专业方面有所提高以外对管理过程也有了全面的认识。要认真提高自己的业务水平，在生产工作的没一个细节的管理工作做起，努力提高职工队伍的积极性。

医院年度感染管理年度总结篇三

20xx年医院感染工作在院领导的大力支持下和感染管理委员会成员的共同努力下，根据《医院感染管理规范》、《消毒技术规范》等有关文件与规定，制定相应的院内感染控制计划，并组织实施，及时监测效果，及时修订措施，使我院院内感染发生率控制在较好的范围内，无院内感染的.暴发流行。现将今年主要工作总结如下：

为进一步加强医院感染管理工作，明确职责，落实任务，重新调整充实了医院感染管理委员会、临床科室感染监控成员，完善了二级管理体系。

质量控制，每周二下午进行质量检查，每月进行汇总，对存在的问题进行反馈，整改，落实有效预防医院感染的措施，在每月班组长会上通报医院感染的动态情况，医院感染的发生率，抗生素使用的情况，对存在的安全隐患进行原因分析，提出改进措施。

负责全院医院感染发病情况的监测，每年对医院环境卫生学、消毒、灭菌效果进行监督、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。

1、病历监测：

对院感病例回顾性调查模式逐份查阅出院病历，防止漏报，真实了解我院的医院感染率的基线。并同时采用了前瞻性调查形式，下病区对重点病人整个治疗、护理过程的随访，密

切观察院内感染发生情况。

2、感染率监测：发生医院感染3人，感染率为3%，达到卫生厅规定的要求。

3、漏报率的监测：从查运行病历到归档病历，未发现漏报医院感染病历。

4、开展现患率调查：

7月份开展了住院病人现患率调查。，调查时间为1天，共调查32个，在院病人32人，实查率为100%。调查结果显示，院内感染率为0。

5、消毒灭菌监测：

1) 每月对消毒间预真空高压锅进行效果监测，依照供应室消毒管理规范的要求，每周做b—d试验，每包次进行化学灭菌实验，保证消毒包的消毒灭菌质量达100%。

2) 每月对全院使用中的84消毒液进行监测：共监测190份，合格186份，合格率为96%。

医院年度感染管理年度总结篇四

1、在医院感染管理小组的领导下，负责医院感染管理的日常工作。

2、负责医院感染的宣传和医院感染知识的在职培训。

3、制度评价、修改医院感染的预防和控制规划，并组织实施；制定医院感染管理的有关规章制度，并监督检查其贯彻执行情况。

4、医院感染管理小组每半年对医院各科室环境、无菌物品管理、无菌技术操作环节、手卫生、消毒隔离、消毒供应、医疗废物等进行监查，并提出考评意见，进行整改。

5、医院感染管理小组每半年召开一次会议，研究、讨论、分析医院感染现状，以针对其感染因素包括感染控制现状，部署工作，制定措施。遇有特殊情况，可随时紧急召集会议。

6、根据预防医院感染和卫生学要求，对本单位的建筑设计、重点科室建设的基本标准、基本设施和工作流程进行审查并提出指导意见。

8、对发生医院感染爆发流行或重大事件，应进行流行病学调查、分析，提出控制措施，即时报告上级主管部门。

***医院

***年1月8日

医院年度感染管理年度总结篇五

20xx年在院领导和医院感染管理委员会的正确领导和大力支持下，在省、州有关专家的指导下，我院院感科工作坚持“以病人为中心”，严格按照《医院感染管理办法》、《消毒技术规范》、《医疗废物管理条例》等法律法规和卫生部新颁布的行业标准，以规范化、流程化管理为目标，做了大量工作，从组织落实开始，到严格管理制度，采取多种措施，加强全院医护人员院感知识培训，提高全院医护人员院感意识，努力促进我院的院内感染管理，将医院内感染率控制在较低水平，为医院的医疗质量保驾护航。现将本年度院感工作总结汇报如下：

1、我院在感控工作中采用前瞻性调查，今年首次运用了横断面调查，使我院的病例调查工作更加及时可靠，更加科学规

范；制作下发了院内感染病人上报卡，要求医护人员及时发现、及时上报，感控专职人员根据上报情况及时深入临床科室了解相关信息，提出相应的感染控制措施并监督指导执行。

2、根据卫生部的相关法律法规、规范标准、制度等，结合我院的院情，修订了我院院感的标准、制度并组织学习，使人人知晓，使其在从事各自医疗活动中将有章可循，同时也明确了各级各类人员在医院感染管理工作中的相应职责。

重点环节的防治院内感染措施，院感科每月进行督查、指导和考核，防止院感在院内暴发。

2、院感科每月根据各部门院感的要求对各科室(包括重点科室及临床科室)进行质控督查和考核，发现问题及时反馈科室并协助进行整改。

1、根据院感管理要求，做好医院感染病例监测及目标性监测。全年抗菌药物前瞻性调查住院病例数为719例，使用例数为565例，使用率为78、60%。其中外科系统调查278例，使用抗菌药物227例，使用率81、70%；内科系统调查441例，使用抗菌药物338例，使用率为76、60%；目标性监测共计340例，无感染病例，其中导尿管相关感染目标性监测308例，疝气手术的手术部位感染监测32例，使用抗菌药物32例，使用率为100%，手术部位感染0例，感染率0%；及时完成了院感委员会要求的.住院病人院感现患率调查工作。

2、开展环境卫生学、消毒灭菌效果监测。根据《医院感染管理办法》、《医疗机构消毒技术规范》等有关规范要求，对各科室进行了环境卫生学、消毒灭菌效果监测，采样729份，合格率为100%；其中空气监测94份，合格率为97%；紫外线灯辐照监测393盏，合格率为100%。

3、我科于11月份对全院开展了一次医院感染现患率调查，调查当日内全院的住院病人为233人，实查225人，实查率为96、

6%。无医院感染病例，细菌培养1例，送检率0、69%。

人员的职业防护及消毒隔离知识培训，医疗废物管理条例培训等。新上岗的医护人员进行了岗前培训，培训后进行了培训考核，合格后上岗。

2、院感专兼职人员参加了省、州卫生行政部门及上级医院组织的医院感染知识的培训，并取得相应的上岗证及学分。

加大对后勤保洁人员的宣传及培训力度，提高意识，做到医疗垃圾与生活垃圾杜绝混装、医疗垃圾及时回收、回收医疗垃圾用运送工具密闭转运、杜绝倒卖医疗垃圾。医疗垃圾暂存处做好消毒处理工作，医疗垃圾及时与州医疗废物处置中心交接，禁止倒卖医疗垃圾导致医疗垃圾的流失。院感科定期和不定期对医疗垃圾的管理进行督查，发现问题及时整改，全院送交医疗垃圾共计4854袋，约合计9、71吨；州医疗废物处置中心转移医疗垃圾1606箱。

医院年度感染管理年度总结篇六

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月上旬感染病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。

医院年度感染管理年度总结篇七

- 1、认真研究学习《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）。

医院年度感染管理年度总结篇八

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。

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。

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。

医院年度感染管理年度总结篇九

在xx县卫生和计划生育局的正确领导和大力支持下□20xx年我院紧紧围绕以“市场为导向，创新经营思路、经营理念，主动适应医疗市场需求，转变观念，树立品牌意识，有效增强综合实力”为总体思路；以“病人为中心，医疗质量为核心，构建和谐医患关系”为工作目标，全院职工团结协作、奋力拼搏，较好地完成了全年的工作。现总结如下：

(1) 诊疗工作总量174381人次，同比增加46664人次。其中：门急诊169138人次，同比增加50233人次；居民体检22166人次，同比增加3354人次。

(2) 出入院5243人次，同比增加69人次；

(3) 平均住院日7天，同比减少1天；

(4) 床位利用率67%，同比增加2%；

(5) 药品比例36%，同比减少2%。

20xx年累计实现业务收入2160万元，同比增长260万元。其中：医药收入2124万元，同比增长32%。

继续实行二十四小时值班制度，不断完善并严格落实各项医疗质量管理核心制度，加强医务人员医德医风建设，实行行风民主评议，加强群众监督，不断提高服务水平。增强服务意识，转变服务观念，改善服务态度，以群众满意为最高目标，自觉抵制医药行业的不正之风，加强自身职业道德修养，努力构建和谐医患关系。

一是计划免疫工作正常开展，严格执行国家有关政策，积极开展扩大规划免疫工作，一类疫苗实行免费接种。二是大力开展二类疫苗的推广和接种工作，降低相应传染病的发病率。

三是继续搞好计划免疫信息化管理工作，计划免疫工作信息均在电脑上做好登记和备份。四是坚持搞好网络直报工作。五是搞好强化免疫和查漏补种工作，对辖区内适龄儿童开展麻疹疫苗强化免疫，乙脑、甲肝疫苗查漏补种工作。六是继续搞好结防工作，做好登记、报告、转诊工作。七是继续搞好公共卫生服务，在去年完成上级交给任务的基础上，今年又扎扎实实创造性地开展了工作，使本辖区查体建档人数达到了39002人，查出高血压患者2476人，糖尿病患者990人，重性精神病人46人，脑卒中506人，冠心病xx70人，电子建档率98.82%，并且对查出的慢性病人进行了及时回访。

为使我中心行风建设做到有章可循，结合我中心的实际情况我们先后制定了：医德医风教育和行风建设工作计划；纠正医药购销和医疗服务中的不正之风工作方案。为进一步明确医务人员的工作职责，我们本着谁主管、谁负责和一级向一级负责的精神，层层签定目标治理责任状。通过努力，使治理从过去经验化治理步入了制度化治理的轨道。在行风建设上我中心始终以解决收红包、吃请、收礼、生冷、硬、顶等热点为重点，健全制度，强化措施，做到人人有职责，处处有人抓，以此带动纠正行业不正之风工作全面展开，并取得了良好成效。

医院年度感染管理年度总结篇十

今年，在院领导和医院感染管理委员会的正确领导和大力支持下，在市、区有关专家的指导下，我科严格按照《医院感染管理办法》、《消毒技术规范》、《医疗废物管理条例》等法律法规和卫生部新颁布的行业标准，以规范化、流程化管理为目标，不断规范和完善我科院感各项规章制度和职责，加强全科医护人员院感知识培训，提高全科医护人员院感意识，将科内感染率控制在较低水平，确保了医疗安全。为了今后进一步搞好科内感染管理工作，现将我科今年科内感染控制工作总结如下：

为了院感工作在我科内能够规范化、制度化、科学化，今年我科根据《医院感染管理办法》等国家有关法律、法规，以及我院制定的一系列院感各项规章制度和职责，规范化、标准化、程序化的考量全科医护人员，使其在从事各自医疗活动中将有章可循，同时也明确了各级各类人员在医院感染管理工作中的相应职责。

为了预防和控制医院感染，为使我科在今后医院感染率控制在最低水平，我科在今年上半年根据国家有关法律、法规，根据院感办的要求，结合我科实际情况，制定了一系列预防和控制医院感染的各种基本方法和各项操作规程，为规范我科医护人员在以后医疗活动中预防和控制医院感染，打下了良好的基础。

通过举办全科医护人员院感知识培训，与平时自学自查，使全科医护人员明确各自在院感工作中的职责外，提高了全科医护人员的院感意识。还定期举办了卫生员全员院感知识讲座，取得了较好的效果。

坚持每天检查指导，在消毒、隔离工作、手卫生、无菌操作、环境卫生和保洁卫生工作质量，按照年度工作计划，完成对各个环节的监测工作：对科室进行了环境卫生学、消毒灭菌效果监测，其中空气合格率为100%；物体表面83%；医务人员手100%；使用中消毒液100%。

根据卫生部《医疗废物管理条例》、《医疗废物分类目录》等有关医疗废物的法律、法规，按照院感办的要求，结合我科实际，制定了包括医疗废物如何收集、分类、焚烧登记及医疗废物出现扩散、流失时的应急预案等相关措施，从而规范了我科的医疗废物管理。没有发生医疗废物违规处理事件。

存在的不足及20xx年工作重点：

- 1、继续加大院感监测力度，严格要求，督促科室开展使用抗

菌药物病人细菌培养工作，为规范抗菌药物的使用提供科学的依据。贯彻落实卫生部《医院感染监测规范》，每月进行统计、分析、反馈感染病例监测。

2、规范治疗室的消毒工作；加大对治疗室监测正规化，经常化。每月对治疗室、换药室进行空气、物体表面、医护人员手进行环境卫生学监测并进行相关指导，不合格，科室查找原因，择期重新进行相关监测。

3、掌握科内感染菌株分布和细菌耐药状况并定期反馈；及时发现多重耐药菌感染病例，采取积极有效的措施预防和控制多重耐药菌医院感染暴发与流行。

4、继续狠抓医护人员的手卫生制度的落实与管理，强化医务人员手卫生意识，提高手卫生依从性。

5、对医疗废物分类、管理工作进行指导与监督。

6、继续开展全科人员院感知识培训提高全科人员院感意识，医疗废物分类、管理工作进行指导与监督。对新进医护人员进行医院感染知识岗前培训和考试。

医院年度感染管理年度总结篇十一

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xx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、无菌技术操作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。

医院年度感染管理年度总结篇十二

20xx年我科全体工作人员紧紧围绕我院“以病人为中心，以满意服务”为主题的宗旨，圆满地完成了医院下达的各项工作任务，实现了经济效益和社会效益双丰收的局面，现就本年度的工作总结如下：

一年来，我科结合医院的实际情况，遵照“医院管理年”活动的各项要求，以提高医疗服务质量，建立并完善科室的各项管理制度。落实医生对病人的首诊责任制，加强医德医风建设，结合医院双文明考核、个人业绩和出勤相结合，采取多劳多得的经济分配方案，作为分配绩效工资工资的参照标准，来调动科室职工的积极性。医院或科室每月组织科室职工参加业务学习，来提高专业技术人员诊治水平。对疑难病例先是科室内部会诊、讨论，若不能确诊再同其它科室会诊。科室间加强学习交流，以便能更好的为病人服务。要求科室同仁都做到“想病人之所想，急病人之所急”；“一切以病人为中心”。开展各项康复医疗服务工作，解除病人的疾苦，重点突出中医特色疗法和适宜技术，让病友享受到简便廉验的中医特色服务。科室一切工作服从医院安排，多次派医生参加下乡义诊活动，参加社会捐助，热情为病人服务等。全年统计，病人满意度为99%，医疗文书合格率为90%以上，医疗差错、事故发生率为零。收到病人的感谢信3封，锦旗两面。

这就促使我科室持续、快速、健康的发展，得到医院和相关领导的肯定和社会的好评。

纵观一年来的工作，成绩是可喜的，这与医院的正确领导，全体职工的共同努力是分不开的，但我们也应清醒地看到目前存在的困难和问题：

1、科室有个别职工的主人翁意识和责任感欠缺，同时缺乏团队精神，喜欢一个人单干，工作欠主动。

2、科室部分设备陈旧老化致不能使用，医院未能及时修理或更换。

3、少数员工专科学习欠主动。为此，我们在今后的工作中，需加强医德医风及工作作风教育。改善工作环境，及时更换和增添医疗设备；加大专科设备建设的投入，开展新项目。加强康复专科知识学习，及时吸收新的医疗技术，逐年派人外出学习有计划的选送人员外出学习；加强员工的素质教育，增强主人翁意识。人人做到院兴我荣，院衰我耻。