# 院感科年度工作总结【7篇】

来源：网络 作者：紫竹清香 更新时间：2024-06-10

*工作总结jobsummary/worksummary是最常见和通用的年终总结、半年总结和季度总结。就内容而言，工作总结就是对一段时间内的工作进行全面、系统的总体检查、总体评价、总体分析和总体研究，分析成果的不足，总结经验教训。 以下是为大家...*

工作总结jobsummary/worksummary是最常见和通用的年终总结、半年总结和季度总结。就内容而言，工作总结就是对一段时间内的工作进行全面、系统的总体检查、总体评价、总体分析和总体研究，分析成果的不足，总结经验教训。 以下是为大家整理的关于院感科年度工作总结的文章7篇 ,欢迎品鉴！

**院感科年度工作总结篇1**

　　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，根据院感及传染病管理方面的相关要求，院感科修订并完善医院感染管理制度，加强医院感染知识培训，参与新建、改建建筑、布局设计，根据医院感染管理要求，做好环境卫生、消毒灭菌效果、手卫生的监测，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，抗菌药物的合理使用的管理，有针对性地提出控制措施并指导实施，对中心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，全年无医院感染及传染病暴发事件发生。现将20\_\_\_年工作总结具体汇报如下：

>　　一、根据院感安全生产要求细化院感质量管理措施

　　根据医院“安全生产”和“质量管理”的要求，完善了医院感染的质量控制，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反馈，全面检查和梳理有关医院感染预防与控制的各方面工作，认真排查安全隐患，为保证院感安全，切实抓好院感重点部门、重点部位、重点环节的管理，特别是注射室、口腔科、检验科、接种室等重点部门的医院感染管理工作，又制定了重点部位、重点环节的防治院内感染措施，院感科常规进行督查和指导，防止院感暴发。

　　>二、根据传染病的管理要求加强传染病的院感防控

　　在手足口及人感染H7N9禽流感流行期间，进一步加强预检分诊台、发热门诊等重点场所的管理，认真贯彻落实手足口及人感染H7N9禽流感医院感染控制要求，加大医院感染防控力度，规范工作程序，特别是对医务人员以及工勤人员，加强了手足口及人感染H7N9禽流感等传染病的防治和自身防护知识的培训，严格落实了院感防控和个人防护措施，防止发生院内交叉感染，积极配合有关部门，共同做好疫情防控工作。

　　>三、环境卫生学、消毒灭菌效果及手卫生监测情况

　　院感科对科室内的治疗室、化验室、接种室进行了消毒灭菌效果监测，同时加强对治疗室、口腔科、检验科、接种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、合格率达到１００％。

　　>四、加强医疗废物管理，确保环境安全

　　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

　　>五、院感及传染病培训及考核

　　进行５次医院感染和传染病知识培训，参加人员包括中心医务人员及乡村医生。培训内容为：院感基础知识培训，手足口病消毒隔离知识培训，人感染H7N9禽流感的院感控制及消毒隔离知识培训，医务人员手卫生规范培训等。

**院感科年度工作总结篇2**

　　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20XX年的医院感染管理工作总结如下：

>　　一、加强院感质控工作，特别是对重点科室和重点环节的管理和监督

　　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、流产室、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，制定整改措施后返回院感科，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几率。

　　3、每月对所有临床、医技、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、院感知识学习、考核情况，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。

>　　二、加强医院感染监测

　　1、进行了医院感染现患率调查，我院的现患率为零。

　　2、进行了20XX年上半年手术切口目标性监测、总结，上半年我院剖宫产切口感染率为0，说明我院手术切口感染的控制工作卓有成效。

　　3、进行各科室抗生素使用率统计、分析2次，并将分析报告打印下发科室，提出意见和建议。

　　4、对所有的住院病历进行了回顾性院内感染调查，及时发

　　现院内感染漏报病例，对所有手术病例进行手术切口目标性检测，以便及时发现院内感染问题、线索，及时采取应对措施。共调查病例6000余例次，我院医院感染发生率1.8%，低于去年。

　　5、进行环境卫生学监测及生物监测，每月对重点科室、每季度对非重点科室进行空气、物体表面、消毒液、工作人员手等环境进行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。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。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100%，物体表面细菌培养合格率99.6%（整改后为100%），医务人员手细菌培养合格率95.6%，消毒液染菌量检测合格率98.7%（整改后为100%），合格率均高于去年。

>　　三、加强医疗废物管理

　　重点加强了日常对医院医疗废物、污物处置的督导工作，要求严格执行法律、法规和规章制度，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，双层包装，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。

>　　四、加强院感防控知识的学习和培训

　　根据院感培训要求及年初制定的计划，组织全员进行了“院内感染控制重要性”、“预防、控制埃博拉”、《20XX版消毒技术规范解读》、《基层人员院感知识培训》等院感防控知识的培训共四次，并进行了考试，对新进医务人员进行了院感知识岗前培训和考核。各科室每月一次院感知识学习，每季度一次考试，院感科每月对执行情况进行督察。既增长了知识，又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。

>　　六、存在的问题

　　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。物业人员文化程度低，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、临床科室对院内感染的诊断、上报不够重视，存在漏报现象，全年漏报率为33.3%，高于不超过20%的标准。

　　4、我院院感专职人员尚未取得合格证，且院感专职人员及兼职人员缺乏相关知识及技术的培训，开展一些目标性监测及院感控制项目比较困难

　　院感科

　　20XX.12.4

**院感科年度工作总结篇3**

　　本年度，在医院领导的正确领导和大力支持下，认真贯彻落实卫生部颁布的《医院感染管理办法》、《消毒技术规范》《医疗卫生机构医疗废物管理办法》等有关医院管理的法律法规，强化环节质量管理及全院医院感染知识培训，严格质量监测及考核，降低了医院感染发病率，有效的控制了院内感染，确保了医疗安全。现将20xx年工作总结如下：

　>　一、健全科室规章制度，完善管理流程

　　为了进一步加强医院感染管理工作，明确职责，落实任务，充实了感染监控小组成员，成立了感染质量检查小组，负责每月的感染质量检查，完善了三级管理体系，将任务细化，落实到人，每月在科周会上及每月的质量控制反馈会上通报一次感染管理工作存在问题，质控组长负责整改，逐步落实各项工作，使院感工作得到持续改进。

　>　二、加强质量管理，确保医疗安全

　　1、质量控制：每月进行一次大检查，每周随即检查，系统调查收集、整理、分析有关医院感染情况，对存在问题及时反馈、整理，有效的预防和控制医院感染。

　　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，为此为医务人员提供洗手设施及洗手液、快速手消毒液等，大大提高了洗手质量，减少了院内感染。

　　3、每月进行院感知识和技能的培训，使医务人员掌握传染病报告种类、报告时限、报告程序，使我院的法定传染病报告率达到100%。对传染病患者实行有效的隔离措施，未发生院内传染病的局部流行。

　　4、加强对新上岗人员及实习生培训管理，做到即上即培训，即培即考核原则。

　　5、抗菌药物的管理：结合我院的实际情况，制定了抗菌素合理使用制度，并与药剂科共同监督执行。

　　6、一次性使用医疗物品的`管理：杜绝了重复使用，医疗废物的分类、焚烧，达到了《医疗废物管理条例》的标准。

　　7、针对20xx年院感反馈鲍曼不动杆菌制定整改措施，细化呼吸机清洗消毒流程，加强呼吸机清洗消毒监督检查，每月进行呼吸机部件细菌培养，对不合格部件及时与院感主任分析讨论整改，查找原因，直到合格。20xx年鲍曼不动杆菌得到控制。

　　>三、加强医院感染监测及监管，提供安全的医疗环境

　　1、每月进行环境卫生学监测：监测对象以重点部位为主，每月对空气、常用仪器设备，医护常接触环境、医护人员手、物体表面进行监测，并将监测结果进行汇总分析，提出整改措施并严格执行。

　　2、对医务人员职业暴露进行了监测：严格要求医务人员执行标准预防措施，尽量避免职业暴露，并对职业暴露进行监测登记。2024年无职业暴露发生。

　　3、开展了多重耐药菌的监测：对科室人员进行多重耐药菌知识的培训，每周不定时了解致病菌检测结果,如发现多重耐药菌感染，及时采取隔离措施，加强工作人员自我防护，避免交叉感染。

　>　四、加强医疗废物的管理

　　对医疗废物暂存处进行了整修，每日紫外线照射消毒。完善各项规章制度，专人回收，登记。对医务人员及保洁人员进行医疗废物管理知识培训，使工作人员提高了认识，落实了各类人员职责，使医疗废物分类、收集、储存、交接等做到规范化管理。

　>　五、加强宣传和培训，提高医务人员感染意识

　　通过培训提高了医务人员的感控意识和感染知识，把一些新观念、新思想吸引了进来，使科室感染工作规范化。

　　通过一年的努力工作，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环境及就医环境，总之，院内感染涉及科室各个角落，贯穿于自病人从入院到出院的全过程，贯穿于治疗和护理的每一细节当中，为此我科要常抓不懈，使各项监测统计指标，达到医院感染管理要求的标准，为科室医疗服务质量的提高和医疗事业的发展保驾护航。

**院感科年度工作总结篇4**

　　院感科上半年在医院感染管理委员会的正确领导下，认真贯彻落实《医院感染管理规范》、《传染病防治法》及《突发公共卫生事件应急条例》等法律法规，认真执行医院感染管理制度，加强医院感染环节质控、加强传染病报告及管理，并积极与各部门协调合作，有效地控制了医院感染暴发流行及传染病漏报的发生。现将上半年工作的具体情况总结如下：

　>　一、工作有计划、有自查、有督察、有检查、有总结

　　在规定时间认真执行年初制定的工作计划，每月自查传染病上报管理工作4次，每月督察医院内感染管理2次，每月月底进行主题年活动检查1次，并对1-5月份各类信息上报情况总结通报，有效地杜绝了院感病例及传染病病例漏报情况的发生。

　>　二、加强院感及传染病防治知识培训，提高全院职工学习院感及传染病防治知识的积极性

　　1.院感专职人员积极参加市卫生局及市疾控中心组织的各类培训学习，积极掌握新发传染病诊断标准、防治知识及院感控制流程。

　　2.积极参加院外院感知识培训学习，6月13日带领全院11名院感监测员参加由XXX院感质控中心组织的院感学术年会，会上认真听取了四位专家关于《医院感染诊断与鉴别诊断》、《手术部位院感诊断》、《手术室无菌操作原则及换药流程》、《医院环境卫生学采样》等知识的精彩内容。

　　3.积极组织院内院感预防与控制及传染病防治知识培训，院感知识方面重点加强了院感诊断、标准预防、多重耐药菌等知识进行培训学习；传染病管理方面重点对人感染H7N9禽流感、手足口、麻疹等疾病的防治知识进行培训学习，通过培训学习，增强了大家对疾病预防与控制医院感染的意识及学习传染病防治知识的积极性。

　　>三、继续完善各项制度

　　继续完善了医院感染、消毒隔离、监测等各项制度，进一步落实了各种消毒隔离制度和医院感染管理制度，进一步完善了医院感染预防控制的标准操作流程，完善了一次性使用无菌医疗用品的管理制度和措施、医务人员个人防护措施等。院感科定期督查制度落实情况，充分发挥制度的约束作用，使各项工作落实到实处。

　　>四、指导临床，服务临床

　　积极主动加强与临床医师的沟通工作，针对少数医生对院感诊断、传染病诊断概念不清问题，耐心督导各临床医师积极学习培训，掌握院感及传染病诊断的各项要求；指导医生认真填写传染病报告卡，引导医生从思想上重视院感防控上报及传染病上报工作；积极做好每日一巡查工作，及时收集院感及传染病上报的各类卡片，谨防迟报漏报的发生。

　>　五、加强院感、传染病管理及各类信息上报

　　院感科每周不定期对各科室院感及传染病上报工作督查一次，每月对出院病例进行院感病例、传染病病例、死亡病例筛查，1-5月份共筛查出院病例1752份。1-5月份全院共上报院感病例20例、传染病病例303例、死亡病例13例。查出院感迟报病例5份，传染病迟报病例10份，并将1-5月份传染病上报情况以简报的形式通报各科室，采取补报措施有效杜绝了漏报情况的发生。针对自查、督察、检查中发现的问题进行原因分析、总结、通报，积极整改，对亮点予以表扬。对上半年院感病例、传染病病例、死亡病例、血透病例、农药中毒病例、食源性疾病病例、职业暴露上报数据汇总并通报。

>　　六、进行院感监测工作

　　为了减少医院感染的发生及由此造成的损失，及时发现医院感染流行或爆发苗头，有效降低医院感染散发率，及时发现并减少医院感染的危险因素，评价医院感染控制措施的效果，上半年我科继续按照制定的医院感染监测计划进行院感日常监测和目标性监测工作。依据相关标准定期进行医院环境卫生学、消毒药械、紫外线灯管强度等日常监测，监测项目约200项次，对超标的个别项目及时进行分析整改；协助张家界市疾控中心完成上半年环境卫生学、消毒药械、紫外线灯管强度监测工作，对监测超标的项目及时进行分析原因并整改落实到位；积极协助张家界市疾控中心完成上半年透析液监测工作，通过20XX年对透析管道的有效整改，两次监测的所有项目结果均合格。

　>　七、完成院感调查工作

　　为了贯彻落实卫计委《医院感染管理办法》、《医院感染监测规范》以及《医院管理评价指南》要求，根据XXX医院感染质量管理控制中心《关于开展20XX年XXX医院感染横断面调查》文件精神，我科顺利完成了全院医院感染横断面现患率调查。

　>　八、执行院感审核工作

　　上半年继续对医院消毒药械和一次性无菌物品的采购及使用进行审核，确保产品合格，使用、保管规范。对医院新修住院大楼的血透中心、手术室、产房等部门履行审核职责，对这些特殊部门的设计、布局进行院感方面的建议，合理改进，尽可能使其符合相关标准。

　>　九、加标准预防及医务人员手卫生工作

　　1、遵循消毒隔离与标准预防原则，各科室严格执行无菌技术操作、消毒隔离工作制度、职业暴露防护制度，各种治疗、护理及换药操作按照规程进行。

　　2、加强了非结核分枝杆菌医院感染预防与控制工作，使用中的吸氧湿化瓶、雾化器、早产儿暖箱等每日清洁消毒，更换无菌液，用后终末消毒、干燥保存。

　　3、落实医院环境卫生监测制度。科室每月自测，院感科每季度对重点科室监测。各科室监测登记资料基本及时、准确，监测结果出现不合格时，积极查找原因，采取对策，确保消毒灭菌效果和医疗安全。每季度对各科室和重点院感部门的消毒隔离及监测工作有通报和整改意见。

　　4、加强卫生安全防护工作，保障医务人员安全，尤其加强了标准预防的培训学习。

　　5、加强了手卫生宣传和管理，全体医务人员认真执行手卫生规范，不断提高手卫生依从性。不定期抽查抽考医务人员手卫生知识和洗手，大家的手卫生依从性都有所提高。

　　>十、积极组织准备接受市卫监所和疾控中心关于传染病上报、发热门诊、肠道门诊的管理检查，上半年共接受卫监所及市疾控中心的检查5次，对于检查中提出的各项问题如肠道门诊、发热门诊存在的问题、医院消毒供应中心、污水管理、医疗废物暂存点存在的问题积极上报医院领导，共同提出有效的整改措施。

　>　十一、深刻认识存在的问题明确工作方向

　　上半年我院院感及传染病管理工作有序进行，取得了一定的成绩，管理工作日趋规范，对于好的方面，我们将继续发扬光大。然而存在的问题却不容忽视，上半年存在的问题如下：

　　1.医院微生物室没有进行细菌耐药监测分析，对医院感染的诊断以及耐药菌反馈存在一定的影响。

　　3.抗菌药物的使用管理欠规范。

　　4.督查时发现有的科室医疗废物分类、收集、处置有时候分类不认真，卫生员有时候不使用专车专用运输容器运送，个人防护不注意。

　　5.手卫生以及标准预防还要加强执行力和督查。

　　6.传染病疫情报告还需加强管理，做到及时、准确无漏报。

　　7.还有一些硬件方面的不足，比如污水处理设施、手卫生设施、干手设备等；因为无供应室，医疗器械清洗、消毒、流程不合理，医疗器械清洗设备欠缺等等。

　　8.手术室整体布局结构的不规范，流程不合理，器械清洗设施设备的欠缺等等，也阻碍了标准的执行。

　　对于存在的问题加大力度及时落实整改措施，眼下新住院大楼即将投入使用，业务的增长迫切需要规范院感管理及传染病防控措施。在今后的工作中，我们要努力学习新知识，不断改进工作，总结经验，警钟长鸣，吸取前车之鉴，认真落实严格执行医院感染管理的各项规章制度，加强医院感染环节控制，预防医院感染的发生，把院内感染预防和控制工作做得更好。

**院感科年度工作总结篇5**

　　为了进一步加强对医院感染的认识，保障患者安全，筑牢医院感染安全屏障，根据恩施州卫生计生办发[20xx]20号文件要求，自3月以来，我院也积极开展主题为“感染控制、人人有责”的感染宣传月活动。在院感办、护理部的领导下，我科从加强院感知识宣传、查找医院感染安全隐患、采取有效的感控防治措施、强化院感知识学习等多方面积极开展院感宣传工作，现将工作总结如下：

>　　一、在科内、本病区内加强院感知识宣传

　　组织医生护士积极参与院感办组织的“感染控制、从我做起、从现在做起”的倡议签名活动；设计一期科内橱窗院感知识宣传栏，主题是“遏制细菌耐药，标本正确采集运送”；并在电脑桌面或屏保使用宣传手卫生知识的图片；科室3名感控人员均佩戴感控胸卡宣传院感知识及监控我科院感工作。让医务人员、患者及家属了解院内感染知识，强化感控意识，防止疾病传播，保障患者安全。

　>　二、查找感染安全隐患、并采取有效的防治措施

　　重点查找换药室、缓冲室医疗垃圾处置情况、一次性医疗用品管理情况、各类标本正确采送方法及一类手术病人切口和污染手术切口管理情况、加强医务人员手卫生、规范合理使用抗生素等多方面、全方位查找问题，并落实整改措施。对医疗垃圾处置不规范的，批评教育，要求及时整改。一次性用品严格毁形焚烧，针头、刀片等尖锐器具严格放入利器盒集中处置焚烧，有领取及销毁焚烧登记，数目相符。抽查各类标本采集及运送方法，发现不规范的采集运送标本，及时纠

　　正，确保标本合格有效，检验结果真实准确，并有效遏制耐药菌的传播。一类手术切口和污染切口手术病人严格管理，先无菌再有菌，并做好终末消毒处理。加强医务人员手卫生，严格执行七步洗手法，治疗车、隔离病房门口放置快速手消毒剂，进出隔离病房穿隔离衣，用快速手消毒剂洗手消毒，防止病菌传播；科室负责人及感控人员严格督查抗生素使用情况，无感染者严禁使用抗生素，手术预防使用抗生素严格按标准执行。抗生素使用比例参照医院核定比例，并纳入绩效考核，有奖惩措施。

　>　三、加强院感知识学习

　　通过每周一直周六晨会提问组织医护人员强化学习医院感染相关法律、法规及质控标准，并将提问结果纳入绩效考核；积极参院感办组织的“遏制细菌耐药”院感知识培训；鼎力支持我科护士向丽佳参加全州院感知识竞赛，进一步强化科室医务人员院感知识及感控意识。

　　四、取得成效通过这次院感宣传月活动的开展，我科医务人员人人能规范执行手卫生；能正确及时采集运送给类标本，提高标本检验合格率；一次性医疗器械管理更为规范；抗生素使用合理规范，一类手术切口无感染发生，未出现细菌耐药等；这次活动的开展，大大提高了我科医务人员的院感知识，同时也增强了对感染控制的责任意识和防控能力。从而提高了医院感染管理质量，为切实减少医院感染的发生奠定了良好的基础。以后的院感工作，仍然以“活动月”为标准，加强科室院

　　内感染管理，遏制细菌耐药、防止疾病传播、筑牢医院感染安全屏障、保障患者安全。

**院感科年度工作总结篇6**

　　在严格落实新冠肺炎疫情防控工作的同时，也不忘认真做好院内的感染防控工作，现将2024年工作总结如下。

　　>一、新冠肺炎疫情防控工作

　　2024年爆发的新冠肺炎疫情，把感控工作推到了政治层面的新高度，为充分体现感染防控是贯穿诊疗活动的主线，是保证患者安全的底线，是依法执业的底线的“三线”思维，做到“四早”，把好防控关，我科自一月至今始终坚持每天参加发热门诊、留观病房早交班，预检分诊（门诊、急诊、儿科）、核酸采样点、呼吸门诊等重点关口的日常巡查，发现问题及时协调解决；我科始终坚持把针对不同岗位的职工培训工作作为防控工作的前提，结合巡查发现的问题，有的放矢的进行提醒和反复培训；根据国家卫健委的培训会议要求与相关文件精神，积极行动，争分夺秒，制定符合我院实际的新冠肺炎预防与控制方案、流程，并建立感控督导员制度，细化防控措施的监督与落实；在积极开展新冠肺炎防控工作的同时，努力做好日常防控工作。具体工作总结汇报如下：

　　（一）制定新冠肺炎疫情防控相关工作方案、制度、工作流程、工作预案等共54份：

　　1.\*\*\*医院应对新冠肺炎工作预案4份；

　　2.\*\*\*医院新冠肺炎医院感染防控方案（试行）（含11个附件）、修订第一版（含12个附件）。

　　3.\*\*\*医院发热患者诊治流程1份、临床科室新冠肺炎和不明原因肺炎病例诊治流程1份、临床科室转留观流程1份；

　　4.\*\*\*医院新型冠状病毒感染的肺炎医院感染预防与控制方案（试行第二版）（含3个附件）；

　　5.《手术室多重耐药菌感染预防和控制技术方案》、《手术室结核感染预防和控制技术方案》

　　6.\*\*\*医院新冠疫情防控督导检查表（共8个督查表）。

　　7.放射检查、B超检查、介入手术治疗的清洁与消毒制度、流程共11份。

　　（二）应对疫情防控相关培训工作：

　　针对不同培训对象进行了几十场次的院感培训，并且仍在持续进行，全员培训人次数不少于一万人次。

　　1.自今年一月开始，在医院积极响应国家“一省保一市”的号召下，医院感染管理办公室负责对我院派出的共四批援鄂医疗队进行新冠防控知识培训，并积极组织做好本院新冠疫情的感染防控工作。

　　2.组织全院各级各类人员开展新型冠状病毒感染的肺炎相关防控工作培训，包括各科室医生、护士，实验室检验人员、后勤保障工勤人员、来我院学习的本科、硕士生、轮转医生，在发热门诊、留观病房轮值的每批次新入岗人员等，内容包括新冠防控指南和至今为止更新至第七版的《新冠防控方案》、《应对秋冬季新冠疫情医疗救治工作方案》等内容，并于今年五月建立了感控督导员制度，切实落实新冠常态化防控工作，每季度反馈督查工作效果。

　　3.为避免集中培训导致人群聚集从而增加疾病传播的风险，从2月开始，我科探索采取多种途径和方式随时更新培训的内容，如通过“感控工作间”APP进行线上学习和考试，效果显著，全院医务人员都熟练地掌握了新冠肺炎诊疗和防控以及医务人员防护的基本理论、基本知识和基本技能，并通过了考试。为诊疗过程中做到早发现、早报告、早诊断和早隔离奠定了理论基础。

　　（三）深入科室督查防控工作的落实：

　　1.新冠肺炎疫情以来，预检分诊、发热门诊及隔离留观病区就成为了疫情防控的前所和重点。根据国家不断更新的新冠肺炎诊疗方案和防控方案，我科每天参加发热门诊、隔离留观病区的早交班，发现问题及时整改；参加我院预检分诊应对疫情的整改和督导；将呼吸门诊与内科门诊分开，单独设置在独立的区域，保证呼吸门诊的患者与其他就诊者分开就诊，严格落实呼吸道隔离。

　　2.结合我院新冠疫情防控中的薄弱环节和重点科室的感染防控，我科除每日完成常规院感病例筛查、环境卫生学监测、职业暴露监测追踪等外，还保证重点科室督查至少1次/周，非重点科室1次/两周；

　　3.在感控督导员的督导内容中加强对各病区、区域、部门保洁员日常清洁与消毒工作的实时监督检查；加强对各病区、区域、部门的空气质量监督检查，保证开窗通风次数，推进全院各科室空气消毒机的使用和维护监督；加强对平台科室的监督及检查，制定并培训落实放射检查、B超检查、介入诊疗的清洁与消毒制度和流程，操作规程上墙。

　　（四）应对疫情，加强传染病管理

　　自出现新型冠状病毒肺炎病例起，密切关注疫情动态，加强了医院信息管理系统中的“传染病监控”模块和流感医疗服务监测系统的监测，按时上报流感医疗服务检测数据和发热门诊医疗服务监测数据，据国家卫生健康委医政医管局反馈，截至10月24日，发热门诊医疗服务监测数据上传达标率99.85%。根据疫情发生变化动态及时调整流行病学史询问要点，重点关注有无不明原因肺炎病例和聚集性发病，对不明原因肺炎病例和聚集性发病及时进行预警。根据国家卫生健康委发布的“将新型冠状病毒感染的肺炎纳入《中华人民共和国传染病防治法》规定的乙类传染病，并采取甲类传染病的预防、控制措施”的要求，从医院发现了第1例疑似病例以后，每天在立即上网直报疫情的同时，联系和协调疾病预防控制中心到医院完成标本的采集和检测，协助疾控中心完成流行病学调查，追踪患者检测结果，协调确诊患者转诊。截至10月31日，共上报新冠肺炎确诊病例4例，流行性感冒病例10例，院内处置新冠肺炎疑似病例266例、不明原因肺炎病例7例。

　　（五）其他应急防控工作：

　　1.自1月31日起持续1个多月，受\*\*省新冠肺炎疫情联防联控指挥部的委派，我科共派出3人参加省防疫指挥部物资保障组，对国际采购、国际捐赠的医用防疫物资进行事前咨询和现场查验。查验物资503批，含779.9342万只口罩、11.3815万套防护服、200套防护服套装、5.8360万只护目镜、279.68万只手套、9100只鞋套、600只安全眼镜、580个呼吸器、7850套隔离衣、14900只帽子、测温枪152只、连体衣75件、核酸类检测试剂盒400个，高效识别医用耗材，指导分类管理和调拨。

　　2.自1月14日开始，医院感染管理办公室积极配合国家、省指挥部对新冠疫情防控工作的安排，参与对各省、地州市进行新冠防控工作督导检查，共派出十多人次。

　　3.1月22日我院为收治可能出现的大量疑似新冠患者做准备，紧急对二号楼一楼的疼痛科进行了搬离，我科对\*\*科临时变更为隔离留观病区进行了布局流程的改进，对参加隔离留观病区值班的全体医务人员进行了紧急的培训，并在以后的每天都参与交班，发现问题及时沟通；1月23日我科对即将开展的新冠病毒核酸检测实验室进行了布局和流程的督查，对参与检测的工作人员进行了生物安全和个人防护知识培训，对可能发生的隐患进行了预估和提醒。

　>　二、医院感染管理工作

　　（一）感控工作分级管理情况

　　医院感染控制委员会-感控办-临床医技科室感控小组三级管理运转正常，感控办严格执行《医院感染管理办法》及卫生行业相关标准，实行科主任负责下的分科室包干管理，在覆盖全院所有临床医技科室的前提下，着重加强对重点科室、重点部门、重点环节的医院感染管理。新冠疫情常态化后，除日常感控工作外，还结合本院实际制定了感控督导员制度，最大程度的提高常态化疫情防控的能力。

　　（二）医院感染监测及报告管理情况

　　1.医院感染病例监测

　　每日筛查疑似医院感染病例，及时与各临床科室对接，做到医院感染病例实时监控，发现问题及时处理。截止2024年10月31日上报院感病例\*\*\*\*例次，医院感染率\*\*%，医院感染例次率\*\*%；（国家卫生计生委标准为＜10%），漏报率\*\*%（国家卫计委标准为10%）。

　　2.“三管”监测

　　在全院各科室开展“三管监测”，截止10月31日呼吸机相关性肺炎感染率为\*\*‰，导管相关血流感染率为\*\*‰，导管相关泌尿道感染率为\*\*‰。

　　3.环境卫生学监测

　　对医院环境物表、物品，人群的清洁、消毒灭菌、隔离等医院感染防控措施进行定期或不定期监测和评价，监测项目按《医院感染监测规范》规范开展。截止10月31日共采样\*\*\*\*件次，其中消毒物品\*\*\*\*件次，灭菌物品\*\*\*件次，消毒物品合格\*\*\*件次，消毒合格率达\*\*%，灭菌合格率达\*\*%。发现问题及时反馈，帮助科室查找原因，积极整改直至合格为止。

　　4.治疗性使用抗菌药物前病原学送检率监测

　　我科采用杏林院感监测系统进行医院感染监测和统计，能够按照需求准确地统计送检率。截止\*\*月\*\*日全院治疗性使用限制级抗菌药物前病原学送检率为\*\*\*%，治疗性使用特殊级抗菌药物前病原学送检率为\*\*\*%，均达标（≥50%；≥80%）。

　　（三）医院感染防控措施落实情况

　　医院感染防控及传染病防控内容涉及病原微生物的监控及隔离措施、医疗机构环境物体表面清洁消毒、医务人员手卫生、可复消诊疗器械/物品的清洗消毒与灭菌、易感人群的保护、安全注射等措施。严格按照《2024年责任目标考核评分表》内容每月对临床、医技科室进行考核和评分，并通过“感控工作间”APP及时地反馈发现的问题，帮助科室积极查找原因，督促整改，追踪改进效果。截止2024年10月31日，已发布155条感控督导本问题及隐患；另外，为加强新冠肺炎疫情常态化防控工作的落实，自5月6日起开展感控督导员督查工作，依据针对不同病区和部门的《督导检查表》对全院\*\*个临床、医技科室进行感控督导自查和抽查，截止10月31日已发布\*\*\*\*条督查结果反馈，并以问题为导向，持续落实整改。

　　（四）手卫生监测

　　截止2024年10月31日，全院各科室自查+感控办抽查手卫生时机数3437次。其中执行了手卫生的次数为3150次，手卫生依从率为91.65%，正确率达96%。根据《2024年医院感染管理责任目标考核评分表》的要求，普通科室的手卫生依从率应≥70%，正确率应≥95%，我院2024年1-10月手卫生依从率及正确率已达标。

　　（五）多重耐药菌感染预防与控制制度落实情况

　　我科密切关注多重耐药菌医院感染动态，截止10月31日，共检出\*\*\*\*株多重耐药菌，并对相应的患者进行了病例筛查，对感染或定植的患者进行了接触性隔离措施的床旁监管，隔离措施执行情况较稳定。我院多重耐药菌检出率为\*\*%。

　　针对多重耐药菌检出增多明显的情况，经查看病例和到科室走访调研，分析：

　　1.统计数据中多重耐药菌感染或定植的患者多数为社区感染或带菌状态入院。

　　2.多重耐药菌检出率升高明显的月份主要在上半年，原因主要为疫情初期病人数减少，留在医院住院或者不得已到医院就诊的患者多数为危重症患者，感染重、留置各种引流管、反复在多家医院辗转就诊，来诊的患者本身带菌，非院感。经过反馈和有针对性的干预后，下半年检出率出现下降，但多重耐药菌的管理仍是感控工作的一项重点持续的内容。

　　（六）重点科室感控管理情况

　　加强对新生儿室、手术室、重症医学科、血透室、介入室、产房、供应室、急诊科等重点科室的监管，落实每周巡查制度，在科室管理中坚持主动沟通、及时干预，与临床、医技科室间形成有效的监督、反馈机制，保证重点科室无重大事件发生。

　　认真学习\*\*省卫生健康委关于印发《加强医疗机构常态化疫情防控防止聚集性疫情工作方案》和《应对秋冬季新冠疫情医疗救治工作方案》的通知精神，加强对重点科室和感控薄弱环节或部门进行加强监督和检查，加强对各级各类工作人员的培训，发现问题及时反馈，追踪督导，直至整改完成。

　　（七）强化全员培训

　　截止10月31日，我科针对不同培训对象进行了至少20场次的院感培训，全员培训人次数不少于15342人次。

　　为增加新冠疫情常态化防控工作意识和能力，结合《应对秋冬季新冠疫情医疗救治工作方案》，我科利用“感控工作间”APP进行线上加强学习和即时考试，人员包括本院医生、护士、规培、本科和硕士实习生、进修医护、行政管理部门人员，共计4358人。

　　参加卫生行政和疾控部门举办的传染病防治知识培训班，共计70（18）人次。

　　（八）医务人员感染性病原体职业暴露预防、处置情况

　　对职工在工作场所发生的感染性病原体职业暴露执行备案登记制度，并及时评估，指导预防，定期分析发生职业暴露的薄弱环节，通过不断的培训、反馈，纠正不良操作，提高职工防范意识。截止10月31日，共登记处理职业暴露\*\*\*例。

>　　三、存在的困难和问题

　　管理制度和流程在不断完善和全面，但院感执行力还有待提高。

　　执行力需要全院各科室、人员的全员参与，是人民的战争，不是感控办一个科室就能做好的。

**院感科年度工作总结篇7**

　　本年度，在医院领导的正确领导和大力支持下，认真贯彻落实卫生部颁布的《医院感染管理办法》、《消毒技术规范》《医疗卫生机构医疗废物管理办法》等有关医院管理的法律法规，强化环节质量管理及全院医院感染知识培训，严格质量监测及考核，降低了医院感染发病率，有效的控制了院内感染，确保了医疗安全。现将20xx年工作总结如下：

　　>一、健全科室规章制度，完善管理流程

　　为了进一步加强医院感染管理工作，明确职责，落实任务，充实了感染监控小组成员，成立了感染质量检查小组，负责每月的感染质量检查，完善了三级管理体系，将任务细化，落实到人，每月在科周会上及每月的质量控制反馈会上通报一次感染管理工作存在问题，质控组长负责整改，逐步落实各项工作，使院感工作得到持续改进。

　>　二、加强质量管理，确保医疗安全

　　1、质量控制：每月进行一次大检查，每周随即检查，系统调查收集、整理、分析有关医院感染情况，对存在问题及时反馈、整理，有效的预防和控制医院感染。

　　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，为此为医务人员提供洗手设施及洗手液、快速手消毒液等，大大提高了洗手质量，减少了院内感染。

　　3、每月进行院感知识和技能的培训，使医务人员掌握传染病报告种类、报告时限、报告程序，使我院的法定传染病报告率达到100%。对传染病患者实行有效的隔离措施，未发生院内传染病的局部流行。

　　4、加强对新上岗人员及实习生培训管理，做到即上即培训，即培即考核原则。

　　5、抗菌药物的管理：结合我院的实际情况，制定了抗菌素合理使用制度，并与药剂科共同监督执行。

　　6、一次性使用医疗物品的管理：杜绝了重复使用，医疗废物的分类、焚烧，达到了《医疗废物管理条例》的标准。

　　7、针对20xx年院感反馈鲍曼不动杆菌制定整改措施，细化呼吸机清洗消毒流程，加强呼吸机清洗消毒监督检查，每月进行呼吸机部件细菌培养，对不合格部件及时与院感主任分析讨论整改，查找原因，直到合格。20xx年鲍曼不动杆菌得到控制。

　>　三、加强医院感染监测及监管，提供安全的医疗环境

　　1、每月进行环境卫生学监测：监测对象以重点部位为主，每月对空气、常用仪器设备，医护常接触环境、医护人员手、物体表面进行监测，并将监测结果进行汇总分析，提出整改措施并严格执行。

　　2、对医务人员职业暴露进行了监测：严格要求医务人员执行标准预防措施，尽量避免职业暴露，并对职业暴露进行监测登记。20xx年无职业暴露发生。

　　3、开展了多重耐药菌的监测：对科室人员进行多重耐药菌知识的培训，每周不定时了解致病菌检测结果，如发现多重耐药菌感染，及时采取隔离措施，加强工作人员自我防护，避免交叉感染。

　　>四、加强医疗废物的管理

　　对医疗废物暂存处进行了整修，每日紫外线照射消毒。完善各项规章制度，专人回收，登记。对医务人员及保洁人员进行医疗废物管理知识培训，使工作人员提高了认识，落实了各类人员职责，使医疗废物分类、收集、储存、交接等做到规范化管理。

　>　五、加强宣传和培训，提高医务人员感染意识

　　通过培训提高了医务人员的感控意识和感染知识，把一些新观念、新思想吸引了进来，使科室感染工作规范化。

　　通过一年的努力工作，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环境及就医环境，总之，院内感染涉及科室各个角落，贯穿于自病人从入院到出院的全过程，贯穿于治疗和护理的每一细节当中，为此我科要常抓不懈，使各项监测统计指标，达到医院感染管理要求的标准，为科室医疗服务质量的提高和医疗事业的发展保驾护航。

本文档由站牛网zhann.net收集整理，更多优质范文文档请移步zhann.net站内查找