# 院感工作总结年度(共40篇)

来源：网络 作者：梦中情人 更新时间：2024-08-20

*院感工作总结年度1医院感染管理科依据《二级综合医院评审标准实施细则》要求，落实医院感染管理规章制度，加强医院感染监测和医务人员的教育培训，严格监督检查并督促及时整改。通过医院感染管理科专职人员、其他职能部门和临床各科室的共同参与和努力，完成...*

**院感工作总结年度1**

医院感染管理科依据《二级综合医院评审标准实施细则》要求，落实医院感染管理规章制度，加强医院感染监测和医务人员的教育培训，严格监督检查并督促及时整改。通过医院感染管理科专职人员、其他职能部门和临床各科室的共同参与和努力，完成了医院感染管理的工作计划和质量目标，使医院感染管理质量得到持续改进，现总结如下。

>一、加强医院感染管理组织建设

按照《医院感染管理办法》的要求，医院院长为医院感染管理的第一责任人，科主任是科室医院感染管理第一责任人。医院感染管理实行院科两级管理。

1、根据中层干部的变动及时调整医院感染管理委员会成员，并召开医院感染管理委员会会议，讨论解决医院感染管理中存在的问题。

2、加强医院感染管理科的建设，今年给配备了一名新的院感专职人员。医院感染管理科制定了20\_年医院感染管理工作计划及医院感染知识培训计划并组织实施，负责指导、监督、检查、考核和评价各科医院感染管理工作，严格监管记录，及时反馈，落实整改，确保医院感染管理工作质量。

3、科室医院感染管理小组具体负责本科室医院感染管理的各项工作，今年强化了科室医院感染管理小组的管理力度，根据本科室医院感染的特点，严格落实医院感染管理制度，每月进行科室自查及整改，及时发现并消除医院感染隐患，减少医院感染的发生，保障了医疗质量与安全。

4、加强对医院感染管理人员、专业技术人员的培训，提升业务工作能力。20\_年医院先后安排医院感染管理科（4次）和医院感染管理重点科室如手术室、血透室、检验科、供应室、内镜室等专业技术人员外出学习10余次，提升了管理人员和专业技术人员的业务工作能力。

>二、开展医院感染知识培训、考试11次，确保医务人员掌握本岗位医院感染管理规章制度及要求

1、20\_年对全院医务人员分期、分批进行医院感染知识培训、考试4 次，培训内容有：人感染h7n9禽流感医院感染预防与控制技术指南培训2次，医务人员艾滋病病毒职业暴露的预防及处理培训2次。

2、对来院实习及新上岗的医护人员进行医院感染基本知识、医护人员岗位规范、医务人员职业安全防护等知识培训、考试6次。

3、对保洁工人进行培训1次，培训内容：《医务人员手卫生规范》、医疗废物管理及地面及物体表面清洁、消毒方法。

共计11次，700余人次接受了培训。通过层层培训，提高了医院职工预防医院感染的意识，做到人人都有预防医院感染的责任感。

>三、严格落实医院感染管理法律法规、规章制度，按照医院感染管理考核与评价标准严格质量考核，持续改进医院感染管理质量

各科根据本科室医院感染管理的重点认真学习医院感染管理法律法规、标准和规范，严格执行医院感染管理规章制度、预防措施及工作流程。医院感染管理科重点加强重点部门（手术室、血液透析室、消毒供应室、产房、内镜室、口腔科等）、重点环节（各种插管、注射、手术、内镜诊疗操作等）的医院感染管理，严格执行各项工作要求，努力降低发生医院感染的风险。

各临床科室和各重点部门（供应室、手术室、血透室、内镜室、口腔科、检验科等）按照“科室医院感染管理质量检查及持续改进考核记录表”，每月进行自查、整改。医院感染管理科不定期对科室自查情况进行督查与指导，对没有自查、整改的科室扣质控分。 医院感染管理科按照临床科室和各重点部门（供应室、手术室、血透室、内镜室、口腔科、检验科等）的“医院感染管理考核与评价标准”督导检查，严格考核，考核结果与科室绩效挂钩。并及时反馈、落实整改，持续改进医院感染管理质量。

>四、实行医院感染管理质量目标控制

按照《全省医疗卫生系统“三好一满意”活动20\_年工作任务分解量 化指标》及《关于进一步开展全国抗菌药物临床应用专项整治活动的通知 （卫办医政发37号）》的要求，医院感染管理质量控制目标完成较好，除手卫生依从性、洗手正确率不达标外，其余均符合标准要求。20\_年仍将加强《医务人员手卫生规范》的培训及督查力度，确保手卫生依从性及洗手正确率达标，减少医院感染发生率，保护患者与医务人员安全。

>五、加强医院感染监测，降低医院感染危险因素

1、医院感染发病率的监测

（1）对住院病人进行了前瞻性监测，1-12月共抽查住院病人1693例，发生医院感染者73例，感染发病率（去年同期），比去年同期增加，主要是12月份，由于气温下降，病房通风不良导致呼吸道感染病例增加。已指导护士长加强病房通风，每日不少于2次，每次不少于30分钟；将入院时患有呼吸道感染的病人尽可能隔离治疗，并要求护士长监督保洁工人对物体表面和地面的清洁工作。

（2）对所有出院病人进行了全面综合性监测，1-12月共监测出院病人4721例，发生医院感染71例，感染发病率；漏报2例，漏报率；使用呼吸机患者72例，未发生呼吸机相关性肺炎；留置导尿管患者313例，发生导尿管相关尿路感染4例，感染率；中心静脉置管8例，发生静脉置管感染1例，感染率；共监测手术病人415例，清洁切口136例，发生清洁切口感染1例，感染率。

2、抗菌药物使用与耐药菌株的监测

（1）对住院病人的抗菌药物使用及细菌耐药情况进行了前瞻性监测， 1-12月共监测住院病人1693例，使用抗菌药物590例，使用率％（去年同期）；预防使用抗菌药物66例，构成比（去年同期），比去年同期下降。治疗使用抗菌药物524，构成比（去年同期），比去年同期增加。，治疗使用抗菌药物使用前标本送检347例，标本送检率％（去年同期），比去年同期增加。通过对住院病例的前瞻性监测，发现问题及时向科主任反馈，提高了临床医生合理使用抗菌药物的意识。

（2）对所有出院病人的抗菌药物使用及细菌耐药情况进行了全面综合性监测。1-12月共监测出院病人4721例，使用抗菌药物1818例，使用率 ％；预防使用抗菌药物361例，构成比。治疗使用抗菌药物1457例，构成比，治疗使用抗菌药物使用前标本送检884例，标本送检率％；治疗性限制使用级抗菌药物使用前标本送检 707例，标本送检率％。治疗性特殊使用级抗菌药物使用前标本送检40例，标本送检率87%；均达到《关于进一步开展全国抗菌药物临床应用专项整治活动的通知（卫办医政发37号）》的要求。为患者提供了优质、安全的医疗服务。 开展mrsa等多重耐药菌的监测工作。发现多重耐药菌，检验科作为“危急值”立即通知临床科室，临床科室立即采取措施；检验科同时报告医院感染管理科，医院感染管理科及时督促临床科室采取有效的防控措施，预防和控制多重耐药菌的传播。每季度检验科统计前六位临床常见分离细菌菌株及其耐药情况，并作相关分析，上报医院感染管理科，由医院感染管理科反馈各临床科室，促进抗菌药物的合理应用。

3、医院感染现患率调查 11月22日，对住院病人进行了医院感染现患率调查，当日住院患者147例，当日出院患者12例，实查159人，实查率100%。发生医院感染4例，感染发病率；抗菌药物使用43例，使用率27%；其中预防性使用抗菌药物抗菌药物2例，预防性使用抗菌药物抗菌药物构成比，治疗性使用抗菌药物41例，治疗性使用抗菌药物构成比；联合使用18例，一联25例，二联17例，三联1例；治疗性使用抗菌药物使用前标本送检28例，送检率；

4、手术部位感染监测1-12月开展手术部位感染的目标性监测，共监测手术病人415例，发生手术切口感染3例，手术切口感染率。i类切口136例， 抗菌药物使用30例，抗菌药物使用率；ii类切口251例，抗菌药物使用247例，抗菌药物使用率；iii类切口28例，抗菌药物使用28例，抗菌药物使用率100%。

>六、医院环境卫生学监测及消毒灭菌效果的监测

1、医院环境卫生学监测：

对医院各重点部门的空气、物体表面、医护人员手及灭菌剂每月进行一次细菌学监测，使用中消毒及每季度进行一次细菌学监测。对发现的问题及时反馈临床科室整改。

2、消毒灭菌效果的监测

按照规定对供应室、手术室使用的预真空压力蒸汽灭菌器进行物理监测、化学监测、生物监测；每日灭菌前做b－d试验；每月对灭菌后物品进行抽查采样做细菌学监测，严把医院的消毒灭菌质量关，确保了灭菌后物品的无菌水平。

>七、加强一次性使用无菌医疗用品及消毒药械的管理

6月及12月对医学装备科购进的一次性使用医疗用品及各种消毒剂（液）进行鉴证抽查，并将检查结果书面通知医学装备科，对存在的问题要求限期整改，通过复查均达标。防止因一次性使用医疗用品及各种消毒剂（消毒液）使用不规范引起医院感染暴发。年度内医院的一次性使用无菌物品及消毒剂（液）的使用得到了进一步规范。

>八、发挥消毒供应室职能，有效控制医院感染

充分利用消毒供应室的卫生资源，提高消毒、灭菌质量，与护理部一起协调，将皮肤科、口腔科用后器械收归供应室集中消毒、灭菌，保证了灭菌质量。

>九、加强对医疗废物的管理

医院感染管理科对医院用后医疗废物的分类、收集、包装、运送及储存进行全程管理。对保洁人员进行了培训，每月深入科室指导检查医疗废物收集、运送及储存工作，对发现的问题及时整改。进一步加强了对医院用后医疗废物的管理，未发生医疗废物流失、泄漏、扩散和意外事故。

**院感工作总结年度2**

感控科在医院感染管理委员会领导下，与医务科、护理部、检验科、药剂科、后勤科积极协作，在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等方面有一定成效。现将20xx年工作总结汇报如下：

一、工作有计划有总结：今年召开医院感染管理委员会会议2次，分别就20xx年工作总结、20xx年工作规划及培训学习计划、防控突发事件等几个内容，专门研究布署，落实相关工作。

二、服务临床：20xx年修订完善了医院感染、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、抗菌药物的合理使用和管理措施、一类手术抗菌药物应用管理、医疗废物集中处置管理制度及流程、医务人员个人防护措施等。感控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。

三、指导临床：感控科每周不定期对各科室院感工作进行督查，督查后由科室负责人签字，每季度一次科主任、护士长例会，对全院院感工作进行点评、总结、分析和通报，积极整改，对亮点予以表扬，每个月在省网对医院感染病例进行数据汇总、网络上报和分析，今年1-11月共监测手术 2395例，其中Ⅰ类切口545例，Ⅱ类切口1842例，Ⅲ类切口8例，围术期预防用药都能按照要求在术前－2小时内执行。

医院感染率1至11月为，漏报率为0。开展了NICU的监测，呼吸机相关肺炎调查病例数0例。环境卫生学监测，今年1-11月份共监测871份，其中空气182份，物表495份，医务人员手78份，使用中消毒液62份，透析液54份。

四、开展了前瞻性调查和手术部位目标监测：1至11月对多重耐药菌医院感染监测43例，每周深入科室调查住院病人感染情况，及时掌握各科室动态，发现问题，及时进行指导防控措施，杜绝了医院感染的暴发。进行了术后和出院后电话追踪随访。

五、加强消毒灭菌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、呼吸机管道、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，院感科每季度对重点科室分批监测，普通科室每半年分批监测，各科室监测登记资料及时、准确， 监测结果出现不合格时，积极查找原因，采取对策、并再次进行复采，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，在工作中发生意外者，给与丙总球蛋白、乙肝疫苗注射，健康体检，保障医务人员安全，尤其加强了标准预防的培训学习。严格手卫生宣传和管理，在院感培训中以视频形式观看洗手方法及正确性。不定期抽查、抽考医务人员手卫生知识和洗手方法，医务人员认真执行手卫生规范，不断提高手卫生依从性。

六、严格执行医院感染病例报告制度和医院感染暴发处置规范，制定了医院感染暴发处置预案和流程，绝大多数医生都能及时上报院感病例。

七、加强巡查，主动沟通，强化院感重点部门的管理，对分娩室、手术室、特别是NICU医院感染预防与控制工作非常重视，严格执行消毒隔离与无菌操作标准化，对暖箱、湿化水、雾化药槽、呼吸机三通口等、母婴病房的消毒以及手卫生严格监测，查对制度、消毒隔离制度以及手术器械的清洗均按照规范进行和督查，确保了医疗、护理安全。

八、参与了抗菌药物临床应用管理，制定了围术期抗生素使用以及药物不良反应报告制度等，参与一类手术预防用药的调查。由感控科、微生物室、药局对抗生素应用进行监测、排名，每半年通报一次。

九、加强院感知识培训，提高全院职工控制院内感染意识，今年重点针对突发事件进行了相关院感防控知识培训，增强了大家预防、控制医院感染意识。

十、接受市卫监所和疾控中心检查，基本情况比较满意，疾控环境采样细菌培养检验报告均符合国家标准，合格率达100％。消毒供应中心基本建好，因部分设备基本到位，目前院感科与有关部门正在积极准备对CSSD室内装载，待达标后请上级领导审核验收。

十一、医疗废物进行集中处置管理比较到位，院感科制定了一系列相关管理制度、各类人员职责、废物分类收集处置流程、运送路线、交接登记等规程，使医疗废物处置基本做到了有序、规范、合理、正确。

十二、存在的问题：

1、根据国家《医院感染管理办法》，住院床位总数在100张以上的医院应当设立医院感染管理委员会和独立的医院感染管理部门。住院床位总数在100张以下的医院应当指定分管医院感染管理工作的部门。

医院感染管理专职人员的配备，1000张床位以上的大型医院不得少于5人，500张床位以上的医院不得少于3人；300－500张床位的\'医院不得少于2人；300张床位以下的医院不少于1人。

2、由于医院条件限制，感控科人员少，微生物病原学检测人员少，不能承担采样工作，采样计算或采样面积不规范、不标准。 感控科要有专职医生做好院感工作，开展目标监测、前瞻性监测工作。

3、在院感的投入上还要加强，比如污水处理设施、手卫生设施、干手设备等等。要有专职人员回收医疗废物。科室管理不到位，有待于提高管理人员素质。

医院感染管理目前已经越来越受到重视，由于其导致的医疗纠纷越来越多，而且一旦发生医院感染暴发流行，后果非常严重。针对以上存在的问题，分析原因，主要还是对医院感染一些工作没有高度重视，因此，在今后的工作中，希望得到重视，而我们要经常出去学习新知识，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。

**院感工作总结年度3**

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，使我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，现将本年度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

医院感染管理组织由三级体系构成，医院感染管理委员会---医院感染管理科----临床科室医院感染监控小组组成，业务院长任主任委员，重点对监控小组人员进行了补充和调整，并明确了各级体系人员的`职责。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。

>二、按计划进行教育培训，提高全院医务人员的感控意识

（1）6月25日对住院部、下发《医院感染诊断标准》，医生人手一册，并下发复习题，各监控小组认真学习，7月6日科室闭卷考试，院感科督导，共26名医生参加考试。全部90分以上。

（2）7月12日对医、护、技人员及新上岗和实习人员进行“手卫生规范、院感知识应知应会培训共81人，经考试，全部合格。

（3）11月2日，由医务科组织，院感科对全院的医、护、技术人员进行新版《医疗机构消毒技术规范》进行培训，参加人员85人，最后考试合格。

（4）我院领导对医院感染控制非常重视，派院感科主任、护理部主任、手术室护士长参加阳泉市卫生局组织的感染知识师资培训，派供应室田玉英到阳泉市第一人民医院“消毒供应中心”培训与实习。

>三、监测反面：

（1）协助检验科每月对重点部门空气消毒效果监测，其他科室每季度一次。

（2）供应室每锅进行物理和化学监测，有记录，不合格的坚决不发放。

（3）紫外线灯管每半年监测一次，不合格的及时更换。

（4）对医院感染病例各科室每月实行零报告制度，院感科每月深入科室调查漏报情况，今年共收住1766人感染6人，感染率漏报率16%，目标性监测清洁手术切口61例，感染0例，清洁手术甲级愈合率100%，导尿管相关尿路感染监测294人，感染2人感染率常规器械消毒合格率100%，一人一针一管灭菌执行率100%。

（5）11月15日市疾控中心对我院医院感染重点部门进行了环境卫生学及消毒灭菌效果年度监测。

（6）11月27日对住院病人进行现患率调查，住院病人共29人，调查28人，实查率。调查结果现患率，漏报率0%，抗菌药物使用率，高于\_60%的标准。

（7）每月对全院感染监测的相关数据进行收集、统计。做到月汇总、季反馈（每季度一期简报）、年总结。

（8）与防保科合作，对住院病人电话回访人征求患者的意见，满意率%给患者带去问候的同时，也能及时发现手术切口感染病例。

>四、加强医疗废物管理：

与后勤保障科配合加强医疗废物的常规督导检查是我院的医疗废物在现有的条件下收集、分类、交接、登记、焚烧做到规范管理，未发生医疗废物流失、泄露。特别是配合检验科对每一袋过期的血液跟踪处理，无一袋向外流失造成不良事件。

>五、落实制度、检查到位：

认真做好日常的工作，配合医院的综合目标检查，细化标准，检查结果在科主任例会上通报，整改不足之处。

>六、医务人员职业防护的管理：

加强医务人员的自身安全、防止锐器伤等职业暴露的管理。从手卫生、使用防护用具抓起，提高了医务人员的职业防护意识，全年职业暴露1例，未感染经血传染性疾病。存在的问题：

1、按照《医院消毒供应中心管理规范》，我院供应室急需更改。上级部门检查多次提出，护理部已经派人学习。

2、检验科的细菌室建设。

3、污水处理问题。

总之，我院某些方面感染隐患还非常严峻，我们坚信只要领导重视，我们职能科室配合，各尽其责，常态管理，医院感染控制工作就能做好。

**院感工作总结年度4**

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。

>一、医院及院感科开展的主要工作

1、认真研究学习《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5月份我院外二科类手术切精神，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。

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

>二、院感工作存在的主要问题及明年工作重点

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）。

**院感工作总结年度5**

20xx年我科在院领导和感染管理委员会的领导下，根据有关文件与规定，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，使我科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：

>一、完善管理体系，发挥体系作用

为进一步加强医院感染管理工作，明确职责，落实任务，今年在科主任的带领下将院感视为科室首要任务，完善了三级网络管理体系。在工作中，遇到需要多科室协调和配合时，及时汇报主管领导解决问题。

>二、医院感染监测方面

我科定期对科室环境卫生学、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。通过一系列的措施最终减少和控制医院感染的发生，提高医疗护理质量。

>三、排除医院感染暴发

通过对科室相关专业感染率的学习，了解科室易感因素及时做好了相关的防护措施，避免医院感染的爆发。

>四、加强医疗废物管理，规范下收制度。

1.科室产生的医疗废物由专人负责下收工作的最终实施，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。

2.重新设计医疗废物回收登记本，利于回收存档。

>五、多渠道开展培训，提高医务人员院感意识。

虽然本年度，我科的工作取得了很大的进展，但是还一些存在问题：

1.感染管理小组没有充分发挥其作用。

2.感染监测结果没有定期向临床科室反馈。

3.临床抗感染药物使用不规范抗生素的病人病原学送检率极低，提示我科抗生素使用仍存在误用或滥用现象。

**院感工作总结年度6**

20xx年我院的医院感染管理工作，始终围绕“三好一满意”这一主题，从建章立制到措施落实，坚持以患者满意为宗旨，以降低医院感染率为目标，逐步使我院的医院感染管理工作逐步走向规范化、制度化。在全院每一位职工的共同参与下，全年未发生医院感染的暴发流行，圆满完成了年初制定的工作计划，现总结如下：

>一、完善制度及操作流程

今年初，为了使我院的医院感染管理工作再上一个台阶，感染管理科根据《医院感染管理办法》，结合\_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，对重点部门感染管理制度及部分操作流程进行了修订，使医务人员在医院感染管理上有章可循。第二季度，按照医院安排，制定了新的奖惩方案，使医院感染管理制度得以很好的落实。

>二、开展全方位医院感染监测工作

根据\_《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、综合性监测：

全年共监测住院病人28835 人次，发生医院感染187人次，医院感染发病率为 %，比\_要求的≤8%相比，还处于较低发病率水平，但不容忽视的是由于我们医师主动报告意识差，仍存在着医院感染的漏报现象。全年无菌手术切口感染 0例，无菌手术切口感染率为0。患病率调查，应调查患者611例，实查610例，实查率： %（\_规定实查率≥96%）。610例患者\_发生医院感染12人，医院感染现患率：。感染例次12例，例次感染率。调查结果显示，比20\_年医院感染现患率稍高。应成为我们明年医

1、院感染管理的重点。

2、目标性监测

（1）ICU医院感染监测：对ICU进行了导尿管相关泌尿道感染、血管内导管相关血流感染以及呼吸机相关性肺炎监测。其中导尿管使用220人，留置1760日，感染9人次，留置导尿管相关泌尿系感染的发病率为‰，中心静脉插管110人次，留置日数810日，感染1例，相关感染血管导管相关血流感染率为‰,，呼吸机使用24人次，使用日数87日，感染1例，呼吸机相关肺炎的发病率为‰；

（2）手术部位感染监测：20xx年元月份开始，我院感染管理科在普外科开展了阑尾切除术、骨科植入物手术的切口感染情况的目标性监测。共监测阑尾手术258台，手术部位感染7例，感染率 %。监测植入物手术485，无发生感染病例。

(3) 细菌耐药性监测：20xx年1月1日至 11 月，细菌室共分离出多重耐药菌株59株，（其中以ESBEL阳性的大肠埃希氏菌为主，占75%，其次多重耐药的鲍曼不动杆菌位居第二位，占，MRSA占第三位，占，其次还有铜绿假单胞菌等。）今年与去年相比，多重耐药菌的检出比例较上年有所上升，原因在于今年各科的送检率均有提高。

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562份，合格550份，合格率为，对不合格的科室进行整改，重新监测合格；无菌物品监测145份，合格率100%；高压灭菌器生物监测144次灭菌，合格率100%；合格率100%；低温等离子生物监测52锅次，合格率100%，紫外线灯管检测，全年两次共检测灯管234支，合格229支，合格率,对不合格的\'灯管要求及时更换并重新检测强度。保证了医疗安全。

>三、尽力做好医院感染管理与控制工作

1、减负增效避免形式化的感染管理：以二甲复审工作为主线，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，将医院感染病例登记、多重耐药菌感染病例登记、科室质控与护理部质控合并等。

2、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，在换药室、治疗室等处张贴手七步洗手法图示。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。

3、主动干预医院感染的高危因素，降低医院感染感染的发病率：针对ICU病人病情重，插管多，容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，能主动采取控制医院感染的措施，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。

4、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。

5、减少环境微生物监测频次：根据新版《医疗机构消毒技术规范》、《医院空气净化管理规范》、《消毒供应中心清洗消毒及灭菌效果监测标准》和《医疗机构手卫生规范》等要求，从下半年及时调整了我院环境微生物及消毒灭菌效果监测的频次，杜绝了形式化的感染控制，将有限的资源用在感控的高危因素控制上。

6、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7月25日进行了外科手术部位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，使医护人员掌握了医院感染暴发的应对措施，提高了临床对医院感染暴发事件的应急处理能力。

7、做好消毒供应中心的指导、监督工作，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》及省厅文件精神的要求，第一季度我们在院领导的部署下，与护理部、消毒供应中心、手术室一道多方协调，对未集中清洗的器械逐渐统一回收到消毒供应中心集中处理，保证了我院消毒灭菌的质量。

8、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。

9、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，我院现有保洁公司保洁程序不规范，保洁的质量不高，护士长多次反映，为此我们根据《医疗机构消毒技术规范》的要求，加强了对保洁员的培训，对科室护士长统一要求，对新进的保洁员进行培训后方能上岗，使保洁员掌握了保洁的标准，提高了保洁的质量。

>四、加大医院感染培训力度，提高全员的医院感染控制技能

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9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身边，主动采取措施控制医院感染是自己的职责，使病人的医疗活动更加安全。

>五、职业防护工作

全年医护人员上报职业暴露11例，其中护士7人，医生4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。

>六、差距与不足

1、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。

2、手卫生依从性还需进一步的提高。

3、我院部分医务人员在医院感染预防控制工作中还存在着“你推一推，他才动一动”的被动思想，所以感染管理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，我们仍要不断的努力。

总之，医院感染管理工作与医疗活动联系日益加深，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，更需要院领导及全院员工的同心协力，以不断推动我院的医院感染管理工作向更高的层次迈进。

**院感工作总结年度7**

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\_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：

>一、规范和完善院感各项规章和职责

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。

>二、严格落实各种预防和控制医院感染的基本方法和各项操作规程

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。

>三、加强全员医护人员院感知识培训，提高全员医护人员院感意识

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。还定期举办办了卫生员全员院感知识讲座，取得了较好的效果。

>四、加强消毒灭菌管理工作，有效控制医院感染

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%。

>五、规范医疗废物管理

根据\_《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。

存在的不足及明年工作重点：

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\_《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。

**院感工作总结年度8**

20xx年第一季度医院感染管理科在院领导和院感染管理委员会的领导下，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。现将第一季度主要工作总结如下：

>一、完善管理体系，发挥体系作用

1.为进一步加强医院感染管理工作，明确职责，落实任务，今年1月重新调整充实了医院感染管理委员会、临床科室感染监控小组，成立了医院感染管理科，完善了三级网络管理体系。在工作中，遇到需要多科室协调和配合时，及时汇报主管领导解决问题。

月份在感染管理委员会的倡议下和院领导的支持下，医院感染管理部分加入了我院的医疗护理质量督察中，制订了严厉的奖惩办法。

>二、医院环境监测方面

医院感染管理科与游仙区疾病控制中心、区卫生监督所签订了医院感染监测协议，定期对医院环境卫生学，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。

20xx年4月2日， 游仙区疾病控制中心对我院手术室、供应室、注射室、换药室的空气、物表、器械、消毒液等共抽检了十三个样品，所采样品经检验，符合国家卫生标准率在92％以上，在今后应监督各科室严格按照消毒操作规程，采用正确的消毒方法，使符合国家卫生标准率达到100％。

>三、病历监测

20xx年1-3月份感染率监测：1-3月份共收治住院病人1292人。未发生一例感染，对全院1-3月份406例无菌切口进行感染率调查，未发生1例感染，感染率为0。

漏报率的监测：20xx年第一季度，我院将医院感染管理纳入医疗护理质量管理，未出现一例医院感染病例漏报， 漏报率为0。

>四、 积极参与医院建筑设计

1. 根据\_《内镜清洗消毒技术操作规范（20xx年版）》要求，配合医院及科室完成对胃镜室、支气管镜室建筑改造工作。

2. 在新建病房楼时，建议使用感应性水龙头、重点科室配备干手纸，院领导同意并正付诸实施。此措施大大提高了我院医务人员的手卫生；建议治疗室和换药室的空气消毒全部采用动态紫外线循环风消毒机，同样得到支持并正积极加以落实。

3. 积极参与新建消毒供应中心建筑及流程的设计。

4. 根据《医疗废物管理条例》中第三章第十七条的有关规定，对我院的医疗废物暂存地进行了选址，并将具体方案和建筑要求提交院领导，得到院领导的批准。

>五、加强医疗废物管理，规范下收制度。

1.促成全院各科室部门产生的医疗废物确定由指定人员下收工作的最终实施，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。

2.重新设计医疗废物回收登记本，利于回收存档。

3.在3月份，区卫生监督所的医疗废物专项检查中，为我院加强医疗废物管理，规范下收制度，提出了进一步的整改意见，我科正在积极加以落实中。

>六、重点科室、重点部位医院感染管理

1.定期抽查重点科室的.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。

2.定期查看中心静脉置管及留置导尿病人情况，要求医务人员根据病人具体病情避免不必要的侵入性操作，减少导管留置日。

4.通过感染管理委员会，协调制定了CSSD与手术室的之间器械交接具体操作程序，修订了CSSD各区职责和标准作业程序以及清洗、消毒灭菌效果的监测

5.充分利用网络资源，通过卫生厅网站下载重点科室、重点部位医院感染SOP，并下发到相应科室并对照执行。

>七、多渠道开展培训，提高医务人员院感意识。

1.新职工培训 对近三年新上岗职工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%; 对新入院见习医生、护士进行了医院感染知识培训，使他们对医院感染概况有一个初步的认识;

2.采取多种形式的感染知识的培训 将集中培训与晨会科室培训有机结合，增加了临床医务人员的医院感染知识，提高院感意识。

3. 筹划并组织一次“手卫生宣传月”活动。活动的主题为：“感染防控，“手”当其。通过宣传月活动，使大家认识到：洗手是预防医院感染最有效、最简单、最经济的方法；树立正确的观念，改变行为的模式，提供安全的服务。

>八、完善医院感染管理考核制度

制订了医院各科室感染管理考核标准，完善对重点科室的定期院感督导检查，每月到各科室进行打分考评，做到及时发现问题并逐步整改。通过1-3月份的几次检查，发现院感控制重点科室各存在以下问题 ：

1．外科病房：科室院感管理控制小组活动记录不健全，病房环境整洁度有待提高，医务人员掌握院感知识需进一步加强，空气培养未做到每月一次，在收治病人时未使用速干性手消毒液，拖布无分开使用的标记等。

2．内科病房：同外科病房。

3．妇产科病房：同外科病房。

4．妇产科产房：除了存在病房同样的问题外，还存在每月无工作人员手、物体表面的消毒效果生物监测培养及记录。接送病人未使用交换车。

5．供应室：供应室的建设及布局流程、基础设施设备的配置还达不到“两规一标”的要求，科室院感管理控制小组活动记录不健全，灭菌效果还未进行生物学监测，预蒸锅未进行每日一次的BD测试及登记备案，操作各流程的质量控制体系记录未健全，无冲眼设施、防渗漏围裙等职业防护用品设备，一次性无菌医疗用品的存放条件不达标，无每月空气培养、医务人员手涂抹、灭菌物品采菌培养。

6．库房：一次性使用无菌医疗用品的采购登记账册信息不全，未专门设置一次性无菌医疗用品库房，库房管理制度和出入库房登记制中度不健全，一次性无菌医疗用品的存放条件不符合要求。

7．口腔科：布局不符合功能流程，无专用的器械清洗池，未配备洗消设备和速干性手消毒液，科室院感管理控制小组活动记录不健全，室内环境的清洁消毒及终末消毒未达到要求，无齐全的个人防护用品，口腔科器械灭菌未达到要求，消毒锅未做每周一次的生物学监测，灭菌器械的清洗流程及质量不符合WS310-2的要求，清洗时工作人员未按规范着装，无清洗培训上岗证，牙片室无门，无法进行放射防护，拖布无标记示分开使用。

8．检验科：科室院感管理控制小组活动记录不健全，环境整洁度有待提高，操作台未做到每日用消毒液擦洗，未注重手卫生及个人防护，未备有冲眼器。

9输血科：科室院感管理控制小组活动记录不健全，试剂许可证未建档登记，环境清洁还未完全达到要求，储血冰箱消毒未做到每周一次，储血冰箱内壁未每月进行生物学检测，未建立定期体检制度，无每月空气培养、物体表面涂抹、医务人员手涂抹培养，拖布无标记。

10．注射输液室：治疗车物品清洁区、污染区分区不明显，未配快速手消毒剂，未做到每日更换床单或输液椅罩，做到有污染时随时更换，每月空气培养未做，拖布无标记。

11手术室：科室院感管理控制小组活动记录不健全，接送病人未使用交换车，每月未做手术间、无菌物品存放间等空气、医务人员的手、物体表面涂抹培养及灭菌物品抽检培养，未及时清洁消毒机滤网并有记录，无麻醉剂消毒器。

**院感工作总结年度9**

感控办在院领导及医院感染委员会的领导下，在医院各科室的大力支持和配合下，根据《医院感染管理办法》、《医疗机构消毒技术规范》、《医院感染监测规范》、《医务人员手卫生》等卫生行业标准，不断地推进医院感染预防与控制工作持续发展，进一步提高医院感染管理质量，保障医疗安全，较好地完成了本年各项工作任务，现总结如下：

>一、夯实感染管理组织，完善管理体系，加大监管力度

为了进一步加强医院感染管理工作，明确职责，落实目标任务，夯实科室感染质量管理小组，确立感染监控小组成员由质控员承担，履行岗位职责，完善了三级管理体系，将任务细化，落实到人。

>二、加强院感知识宣传和培训，提高院感防控水平为提高医院感染知识水平

感控办采取集中培训及科室自学相合的方法对医务人员进行培训，全年共进行集中培训4次，对科室培训效果进行了追踪，并对培训内容进行了考核，提高了医务人员的感控意识和感染知识。为进一步加强业务学习，提高自身专业素质，坚持每周进行1-2次专业知识学习，于今年3月份派出1人参加省级医院感染管理培训，8月份1人参加国家级培训。

>三、加强院感控制质量管理，逐步持续改进工作

进一步加强院感环节质量控制，结合医院实际修订医院感染管理 考核标准，继续加强对重点科室的监督检查，并给予技术支持与指导；对重点环节、重点人群进行了感染监控、环节追踪、流程持续改进工作，使各个环节日趋规范化、流程化；对感染高风险的科室与感染控制情况进行风险评估，制定针对性的控制措施。按时完成院感监测和质量控制工作，并对存在问题及整改情况进行追踪，达到持续改进的目的。

>四、加强医院感染监测及监管，提供安全的医疗环境

1、环境卫生学及消毒灭菌效果监测：每月以重点部门为主进 行环境卫生学监测，全年共监测标本630份，及时反馈科室，并协助分析医院感染危险因素，提出防 控措施，整改后复检均合格。于5月份对全院各临床科室、医技科室、门诊等使用中的紫外线灯管强度进行监测，共监测灯管46支，合格32支，合格率70%，对不合格灯管更换后，消毒效果均达标。循环风消毒机2台，每季度有物业办负责过滤网的清洗，二季度过滤网的清洗正在进行中。

2、多重耐药菌目标性监测：截止到目前，我院住院患者\_分离出多重耐药菌 12株，未发生医院感染暴发事件。我们高度重视每一例多重耐药菌，督促科室严格执行多重耐药菌防控措施，并及时落实追踪检查。加强工作人员自我防护，避免交叉感染。

3、加强职业暴露监测：截止到目前，职业暴露共计上报1人，发生职业暴露后均按处置流程进行了相应的处理，在48小时内进行了预防接种乙肝疫苗和注射乙肝免疫球蛋白。

>五、加强手卫生规范

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，手卫生规范是落实医院感染控制最有效的措施，为一步加强医务人员手卫生管理，认真执行《医务人员手卫生规范》，于5月5日第九个世界手卫生日在全院启动手卫生宣传月，悬挂活动条幅，完善部分洗手设施，配备了洗手液、干手纸、更换新洗手图60余张。全院治疗车、操作台配备了快速手消液。开展了全员性培训工作，现场示教操作七步洗手法，让全院医务人员了解手卫生重要性，掌握洗手指征和正确洗手方法。控感办每月下科室进行考核六步洗手法，检查医务人员手卫生的知晓率和手卫生依从性，从而大大提高了洗手质量，减少了院内感染发生。

>六、加强医疗废物及污水处置监督管理工作

1、加强医疗废物监督管理：负责对医疗废物的分类、收集、贮存、包装、运送、交接转运等进行有效监督，发现问题及时反馈，追踪其整改情况，医疗废物处置较规范，资料保存完整。

2、完善提高污水处置监督管理：污水处置站由专职人员负责污水处置工作，保证设备正常运转，做好污水的消毒处理、日常监测，每月对污水采样进行致病菌监测。

>七、存在问题及改进措施

1、“精准感控，医师主导”，医院感染病例存在明显迟报、漏报现象。下一步要加强临床大夫对医院感染诊断知识培训，提高诊断水平，与临床大夫沟通及时筛查病例预警，及时上报感染病例，尽量避免迟报、漏报发生。

2、多重耐药菌防控工作有待加强，下一步要加强与微生物室、临床科室及药学室等部门沟通，对检出的\'多重耐药菌及时上报科室与感控办，及时做好防控措施，进一步提高多重耐药菌的检出率。

3、医务人员手卫生意识有待加强，对使用手卫生用品院方给予了一定的支持，下一步要加大宣传培训及检查督导力度，强化手卫生意识，逐步提高手卫生依从性及正确率。

4、对一次性物品、无菌物品及消毒剂的使用未进行监管。

5、住院患者使用治疗性抗菌药物病原学送检率仍待提高，下一步要加强部门合作，逐步提高送检率。

6、改进管理方法，以日常监测与定期督导相结合，每季度以简报的形式，对科室感染率、微生物检出情况、存在问题及整改情况等进行分析，为临床提供依据。

通过全年的努力工作，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及就医环境，提高了医院的经济效益和社会效益。

**院感工作总结年度10**

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20\_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，根据医院感染质量管理控制中心《关于开展20\_年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。

**院感工作总结年度11**

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：

一、领导高度重视，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。

二、 充实保健院感染组织机构

根据\_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。

三、 加强院感知识培训，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。\_\_\_\_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。

四、 进一步完善管理制度并贯彻落实

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，从环节上层层深人。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。

五、建立《医院感染病例报告制度》

为认真贯彻执行《医院感染管理办法》的有关规定，及时掌握我院感染状况，发病情况、病种、常见致病菌及耐药情况等有关资料，根据《院感感染诊断标准》的要求结合我院实际情况，制订了《院内感染监测登记报告制度》。当医务人员发现院内感染病例或者感染趋向时，必须及时送病原学检验，查找感染源，感染途径。要求如实填写医院感染病例报告单，及时报告医院感染管理办公室，由院感负责人对相关危险因素进行监测、分析和反馈，协助控制病情的扩散，必要时由医务科组织召开研讨会，消除隐患，确保医疗安全。为保证院内感染控制工作的可靠性，院感办将不定期抽查院内感染的发病率和漏报率。对科室内隐瞒，漏报的情况进行摸底，一经发现，除在全院通报批评外，对当事人和科室负责人也要按规定进行处罚。同时，医务人员要警惕医院感染暴发事件的发生，院内感染病例的漏报，也是造成医院感染暴发事件发生的重要因素。发现有感染暴发倾向时，要及时报告医院感染管理办公室，院感办对医院感染发生状况进行调查、统计分析，并向医院感染管理委员会或者医院负责人报告。

六、对全体医护人员进行预防hiv标准防护的培训

根据《医务人员艾滋病病毒职业暴露防护工作指导原则(试行)》的要求，院内感染办公室对本院各科室的卫生安全防护工作提供必要的指导和学习，监督各科配齐防护用品，掌握自我防护知识，做好的同时在紧急情况下从事医疗活动须严格执行标准预防的原则。正确进行各项技术操作，预防锐器刺伤。一旦发生职业暴露，应当立即实施局部处理措施，并及时报告医院感染管理办公室。但是此项工作还存在诸多欠缺，还需院感办进一步具体培训到位。同时，为确保术者的安全，最低限度的减少职业暴露的风险，感染性手术严格使用黄色手术通知单，黄色感染性手术通知单的使用情况纳入指控考核标准。

**院感工作总结年度12**

20\_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，我院院感科工作坚持以病人为中心，围绕争创二甲医院，严格依照《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\_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，加强全院医护职员院感知识培训，进步全院医护职员院感意识，努力增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以下：

>一、院感管理：

1、我院在感控工作中均采用前瞻性调查和病例回顾性方法，导致及时性、正确性不足，针对这一题目我科在今年首次应用了横断面调查，并与省院感网进行了链接，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，要求医护职员及时发现、及时上报，感控专职职员根据上报情况及时深入临床科室了解相干信息，提出相应的感染控制措施并监视指导执行。

2、根据\_的相干法律法规、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职员在医院感染管理工作中的相应职责。

>二、质量控制：

1、根据医院医疗安全与质量控制的要求，完善了医院感染的质量控制与考评制度，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分、重点部位、重点环节的管理，特别是手术室、消毒供给中心、重症监护室、产房、胃镜室、检验科等重点部分的医院感染管理工作。制定了重点部位、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，避免院感在院内爆发。

2、院感科每月根据各部分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，发现题目及时反馈科室并协助进行整改。

>三、感染监测：

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。全年共监测出院病历859份，监测率778%，其中发生感染病例0例，感染率为0%；外科手术203台，其中阑尾手术以上的监测率为90%，无一例发生切口感染。院感前瞻性调查422例，感染率为0%，抗菌药物使用监测病例568例，抗菌药物的二联及三联使用较去年有明显下降。及时完成了省院感委员会要求的住院病人院感横断面调查工作。

2、展开环境卫生学、消毒灭菌效果及手卫生监测。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8个科室进行了环境卫生学、消毒灭菌效果监测，采样235份，合格率为931%。其中空气合格率为98%；物体表面91%；医务职员手861%；使用中消毒液100%；灭菌物品及压力蒸汽灭菌器1000%。

3、我科于6月份对全院展开了一次医院感染现患率调查，调查日内全院的住院病人为67人，实查67人，实查率为100%。其中医院感染病例人，感染率为0，感染例次0，感染例次率为0；社区感染病例9，社区感染率为134%，感染者中送细菌培养1例。培养率为11%（此项未达标）。

>四、教育培训：

1、加强医院感染培训及考核，制定了医院感染管理培训计划，全年在医院内进行了4次医院感染知识培训，参加职员包括全院医务职员及工勤职员。培训内容为：重点部分医院感染的预防与控制，医院感染管理知识、管理办法培训，无菌技术、手卫生知识培训，科室规范化管理培训，工勤职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。新上岗的医护职员进行了岗前培训，培训落后行了培训考核，合格后上岗。

2、院感专兼职职员及供给室工作职员参加了屡次省、市卫生行政部分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。

>五、消毒药械及一次性使用无菌医疗用品的管理：

为加强消毒药械及一次性无菌医疗用品的管理，院感科每周对使用的消毒液进行常规浓度检查，每两月进行一次细菌学监测。不定时到临床科室中登记使用产品的名称，到药剂科抽查使用产品的相干资质证书，结果证书齐全，合格。

>六、医务职员职业防护的管理：

加强医务职员的本身安全，避免锐器伤等职业暴露的管理，从手卫生、使用防护用具抓起，组织相干知识的培训，进步了医务职员的职业防护意识。全年职业暴露2例。

>七、加强医院医疗垃圾的管理：

加大对后勤保洁职员的宣传及培训力度，进步意识，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。医疗垃圾暂存处坚持做好暂存处的消毒处理工作，医疗垃圾及时与Xx公司交接，制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，发现题目及时整改。

**院感工作总结年度13**

廉洁行医、诚信服务、“精心服务、爱心关怀”还没有成为每一位员工都认同的价值观，但科室的行政管理、经营管理水平仍有待提高诊治疗疾病的能力已经每位医生的特长已经专科影响力也有待提高，医院医疗技术形象仍然未被广泛认同等等。

总之，回顾一年来的工作，成绩是主流，我们会继续发扬好的做法，学习不足之处，我们有信心我们做的会更好。

说起我们的儿科，过去大家的印象恐怕多是“小儿哭，大人躁，就诊环境乱糟糟”。由于诸多原因，我们儿科在年前是医院出了名的差科室，累科室，特别是儿科疾病诊疗护理难度相对成人大，加之当今多为独生子女，家属倍加娇爱，儿科也成了医患矛盾的高发区，致使在儿科工作的医务人员思想不稳定，总想有一日能跳出儿科这个火坑。年我竞聘为儿科主任后，我感到自己的责任重大，我常常在思考如何才能使儿科工作既能确保医疗安全，使患儿得到高效、满意的服务，又能改变儿科落后、经济与社会效益差的局面，为了改变儿科的现状，我根据儿科病人流量大及儿科疾病变化快的特点，着重从科室管理、提高医护人员整体素质、发展特色专科、拓宽病源等方面下手，进行了大胆的改革和创新：调整病房布局、开拓新的专科特色、挖掘服务空间、走出医院与县区医院加强横向联系，提高业务水平、增强服务意识、改善医患关系、扩大行业影响，使儿科成为在湘中南地区名望较高、深得百姓信任的特色专科。下面我就介绍一下我科几年来的变化。

**院感工作总结年度14**

20\_年，医院感染管理工作在医院的正确领导大力支持下，院感科积极工作，进一步健全落实院感组织网络，严格管理制度，开展必要的监测检查工作。医院各科室有力配合，护理部切实抓好科室消毒隔离技术操作、无菌技术操作及检查考核，临床科室及时认真填写和上报科室院感病例，院感科做好院感病例的监测与分析，指导临床科室控制医院感染。通过以上工作，20\_年，我院院感病例共5例，院感率，全院无医院感染暴发流行，有效将医院感染控制在较低水平。

>一、健全组织，制定和完善医院感染管理规章制度

今年3月医院调整了院感委员会，健全了院科两级院感质量控制管理体系。根据《医院感染管理办法》、《消毒技术规范》、《\_传染病防治法》、《消毒管理办法》、《医疗机构医疗废物管理办法》、《内镜清洗消毒技术规范》、《传染病信息报告管理规范》等相关法律法规、规范、规章，结合我院实际情况修订了我院的医院感染管理，传染病管理制度、职责、措施、流程等。

>二、针对院感薄弱环节，加强院感质量控制

进一步完善了医院感染的质量控制与考评制度，制订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、重点环节的.管理，特别是手术室、产房、检验科、治疗室、等重点部门的医院感染管理工作，防止医院感染的暴发流行。

>三、根据传染病的管理要求，加强传染病的院感防控

进一步加强内科门诊、发热门（急）诊等重点场所的管理，认真贯彻落实传染病医院感染控制要求，加大医院感染防控力度，规范工作程序，特别是对全院医务人员，加强了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。

>四、根据院感管理要求，做好病例回顾性调查

20\_年，全院共出院病人5456人次，其中外科出院2205次，内科出院2596人次，妇产科出院655人次，其中外科感染病例共3例，感染发生率为；内科医院感染病例有1例，感染发生率为；妇产科医院感染感染有1例，感染发生率为；中医科、五官科、肛肠科医院感染发生率均为0%。

>五、抓好环境卫生学、消毒灭菌效果及手卫生监测工作

为规范全院各项消毒灭菌工作，预防院内感染，院感科加强院感采样监测，委托县疾控中心对全院重点科室进行了消毒灭菌效果监测，同时加强对手术室、产房、护理部等高危区的环境卫生学监测及医务人员手卫生的监测。对全院各临床科室、医技科、门诊的空气进行了监测，合格率达100%。

>六、加强医疗废物管理

院感科不断完善各项规章制度，明确医疗废物管理人员职责，落实责任制，加强医疗废物的管理并常规督查，发现问题及时整改并反馈。我院医疗废物的分类、收集、贮存、包装、运送、交接等做到规范管理，严防因医疗废物管理不善引起医院感染暴发。重新设计医疗废物回收登记表，利于回收存档。对我院的医疗废物暂存地进行了重新选址改建。是的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。

>七、强化院感培训及考核

进行了四次医院感染知识培训，参加人员包括全院医务人员，共118人次，培训内容为：

①院感基础知识培训；

②抗菌药物临床应用指导原则、解读多重耐药菌医院感染预防与控制技术指南（试行）；

③医疗废物的处理；

④医院感染病例的诊断标准、手卫生标准预防，解读“二乙医院”院感有关标准。

通过培训，全院医务人员及工勤人员对医院感染的重视。医务人员无菌操作意识得到了增强，争取人人做到“有菌观念，无菌操作”。

>八、消毒药械及一次性使用无菌医疗用品的管理

为加强消毒药械及一次性使用无菌医疗用品的管理，院感科对其使用进行常规督查及定期抽查。对消毒药械及一次性使用无菌医疗用品的抽查是每季度一次，方法是从临床科室采样，到物质库房索证。结果各证齐全，全部合格。

>九、积极参与医院建筑设计

在新建病房楼时，建议使用感应性水龙头、重点科室配备干手纸，

院领导同意并已经实施到位，投入使用。此措施大大提高了我院医务人员的手卫生依从性。建议治疗室和换药室的空气消毒全部采用悬挂式紫外线消毒机动态臭氧空气消毒机，其中悬挂式紫外线消毒实施不到位，将进一步完善，争取落实到各科室。

>十、虽然我科做了大量的工作，但是还是存在很多问题：

1.医院感染环节质量需进一步加强。

2.临床感染管理小组尚未充分发挥其作用。

3.感染监测结果应定期

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