

最新医院感染半年工作总结汇报材料 医院感染半年工作总结(精选5篇)

对某一单位、某一部门工作进行全面性总结，既反映工作的概况，取得的成绩，存在的问题、缺点，也要写经验教训和今后如何改进的意见等。什么样的总结才是有效的呢？以下是小编精心整理的总结范文，供大家参考借鉴，希望可以帮助到有需要的朋友。

医院感染半年工作总结汇报材料篇一

1、根据20xx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。

二、目前存在的问题：

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。

三、下半年工作计划

- 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。

医院感染半年工作总结汇报材料篇二

上半年医院感染管理工作总结

上半年在卫生局及院领导的正确领导下，在各部门的支持和大力配合下，认真开展医院感染管理工作。年初制定工作计划并组织实施，圆满完成了各项任务及计划，现总结如下：

1、加强组织领导，完善管理网络，完善相关制度，细化考核标准

根据**市20医院感染管理工作要求及结合我院实际情况，成立医院感染管理部门，并有专人负责日常医院感染管理工作。健全了院科两级管理制度及三级感染监控网。调整了医院感染管理委员会成员，增设了医院感染管理委员会办公室。重新梳理及完善委员会、各科室、各岗位及相关职能科室部门的制度及职责。细化各科室医院感染考核标准，并每月由医院感染管理委员会依据考核标准，对各科室进行考核，考核者发现的质量缺陷问题，由考核者当场与责任科室进行反馈。医院感染管理委员会办公室对质量缺陷进追踪，并督促科室及时整改。每季召开医院感染管理委员会会议，进行全院通报并提出改进意见，确保医院感染管理质量的持续改进。

2、医院感染知识培训及考核

1、为认真贯彻卫生部3个行业标准，为提升我院消毒供应室护士长专业水平和工作质量，更为提升自身院感知识，于4月6—7日与供应室护士长参加“**市消毒供应中心护士、消毒员行业标准培训班”。并且组织医院感染管理小组成员参加质控中心举办的“基层医疗机构感染管理专业培训班”。

2、第二季度对全院的工勤人员进行医院感染知识培训，内容为：病房消毒隔离基本知识、医疗废物管理、职业暴露后的处理措施、职业防护。

3、针对上半年社区站院感督查存在的主要问题，对社区站医务人员进行了院感知识培训主要内容为：医疗废物的管理、消毒隔离。

4、为提高全院卫技人员的医院感染知识，下发了医疗机构医务人员医院感染管理三基训练指南。每季度对医务人员进行医院感染三基训练考试一次。

5、各科室每月进行一次院感业务学习，对于学习的内容由医院感染质控人员进行提问并纳入当月质量考核中。

3、消毒灭菌效果及环境卫生学监测

1、根据年初制定的监测计划，加强了对重点科室、重点环节、重点区域的监测。对消毒灭菌效果、使用中的消毒液进行生物、化学监测，并有严格的记录。

2、对全院每个科室使用中的紫外线灭菌灯进行强度监测，对于不合格的灯管进行更换。

3、对供应室灭菌物品进行了工艺监测、化学监测、生物监测。进一步规范了外来植入物的管理，并有严格的记录。

4、医院感染病例监测

1、开展前瞻性监测1-6月份共调查806例病人，调查中共发现一例外科手术后切口感染病例，与医生进行沟通，及时填报医院感染病例报告卡。

2、医院感染回顾性调查每月第二周对上月出院病人进行回顾性调查，1-6月份共调查806例病例，无漏报现象。

五、6月份对购入的消毒药械、一次性使用无菌医疗卫生用品、消毒剂进行专项检查，临床医护人员对消毒剂的开启、配制

方法规范，使用比较规范，了解消毒液的使用方法及注意事项。一次性使用无菌医疗用品，使用规范，贮存方法规范，都在有效期内使用，使用后处置规范。到药械科索证，结果各证齐全，全部合格。

6、加强院内医疗废物监督管理

根据《医疗废物管理条例》、《医疗废物分类目录》及国家卫生镇医疗废物管理标准，对完成医疗废物暂存地进行了异地重建，规范室内装饰。院感管理部门不断完善各项规章制度，明确各类人员职责，落实责任制，加强医疗废物管理并常规督察，发现问题及时整改并反馈并对工勤人员进行培训，使我院医疗废物的分类、收集、贮存、包装、运送、交接、转运等达到了规范化管理，严防因医疗废物管理不善引起感染暴发。

7、手卫生

手卫生是预防医院感染，尤其是预防经接触传播疾病的最主要、简便、经济和有效的方法。因此根据卫生部4月颁布的《医务人员手卫生规范》，加强医务人员手卫生工作，预防和控制疾病感染。于2012年6月对医务人员手卫生执行情况进行现场调查，结果表明：我院医务人员手卫生依从性不容乐观，对手卫生知识缺乏、重视不够。许多医务人员缺乏对洗手及消毒重要性、指征、方法的认识，未掌握正确的洗手消毒方法，为养成良好的手卫生习惯以及工作时常忽略手卫生等。

8、社区站医院感染管理督查

每季度由社区服务科组织对各个社区站进行督查，对于存在的重要问题：1、医疗废物的分类收集、转运存在不规范，尤其是利器的收集存放；2、消毒隔离不规范；3、无菌技术操作流程不规范。对存在的问题进行现场反馈并提出建议性的

整改措施。并根据存在的问题组织人员进行相关知识的培训。
(内容：为医疗废物的管理、消毒隔离)

9、强化高危科室的监督管理

按照**市2012年医院感染管理工作要点，根据江苏省院感工作要求，将口腔科、人流室等部门的院感防控工作纳入护理管理。由护理部指派护士专职管理，()不断地规范重点部门的管理流程、消毒隔离、无菌操作原则及医疗废物的管理等。

10、规范传染病门诊管理，加强传染病防控

今年上半年，针对麻疹、手足口病疫情，医院及时启用了发热门诊，购置了防护设施和消毒设备、消毒药品，成立了组织，完善制度。积极应对可能发生的疫情。

11、上半年主要存在问题：

- 1、医务人员手卫生依从性太差、手卫生知识缺乏。
- 2、社区站存在无菌观念不强、消毒隔离制度落实不到位等。
- 3、人流室病人出入口流程不规范。
- 4、社区站及慈济门诊医疗废物分类收集不规范、转运不及时。

11、下半年工作重点

- 1、继续加强对社区医疗服务站医院感染方面的督查，加强无菌观念，落实消毒隔离制度。
- 2、继续做好院内感染监测及卫生学监测工作
- 3、配合院部做好新上岗人员的医院感染岗前知识培训

- 4、加强手卫生依从性的监管力度
- 5、全体医务人员医院感染知识的培训
- 6、规范人流室病人出入口流程

医院感染半年工作总结汇报材料篇三

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，（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。

（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

门诊、住院部、护理室、治疗室、化验室、等重点科室严格按照医院感染管理要求配置基础设施。

（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。

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。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》。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。

五、建立《医院感染病例报告制度》

办公室组织召开研讨会，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传染病标准防护的培训

医院感染半年工作总结汇报材料篇四

认真贯彻国家卫生部院内感染控制标准及有关规定，建立健全院内感染病例的发现、登记、报告、分析及反馈，发现院内感染病例，立即按规定程序上报，及时进行隔离治疗，采取相应的防范措施，对出院病例，院感科进行不定期抽查，上半年医院感染病例13例。

严格遵照《医院消毒技术规范》，院感科每月对灭菌物品抽样做细菌培养，使无菌物品灭菌率达100%。

按照卫生部“抗菌药物专项整治的通知”精神，院感科每月对全院住院病人及出院病人抗菌药物使用进行跟踪、调查并及时汇总、上报、反馈，为抗菌药物的合理使用提供重要的依据。

对病房空气、物体表面、消毒液、医务人员手定期进行监测并抽查，对吸氧装置、雾化吸入器等尽量采取使用一次性，做到一人一用一消毒。

院感科每月对各科室手卫生执行情况进行抽查及对医务人员手卫生进行考核，各科护士长负责检查指导，真正切断经医务人员手传播疾病之途径。

规范各科室的布局，清洁区、污染区、无菌区、标志清楚，分界明确，对重点科室的消毒隔离工作不定期督查，加强无菌观念意识，提高无菌操作技术，保证工作顺利进行，将医院感染隐患消灭在萌芽之中。

从1月起在外科开展Ⅰ类切口(甲状腺、疝气)的目标性监测，每月汇总分析，无1例Ⅰ类切口感染。

在垃圾的分类、收集、运送各个环节，严格按照医疗废物管理制度进行检查督导，实行严格交接，各环节登记、交接、

签名明确，各科室均有弹簧称，每科交接时称重、登记，医疗垃圾专管人最后统计，各个环节专人负责，出现问题，追查责任，院感科不定期对垃圾暂贮地进行检查，保证了医用垃圾不流失。

院感科每月对灭菌剂进行采样，每季度对消毒剂采样，合格率在100%

医院感染半年工作总结汇报材料篇五

半年来，在医院领导的重视和正确指导以及各职能科室的配合下，医院感染管理工作有了进一步的规范和提高，主要体现在以下几个方面：

1、临床急需院感防控设备设施已基本落实。上半年，用于医务人员职业防护用品（一次性防护服、防护眼镜、快速手消毒剂和各种消毒液），医疗废物处理用具（医疗废物桶、医用废物塑料袋等）的投资共计近五千元；满足了临床需要。

2、重新制定了临床各科室医院感染检查标准，奖惩制度。

3、定期组织各级各类人员的培训和考核。（5月上旬进行了全院院感质控员的监测技术培训、中旬和下句进行了全院职工手足口病消毒、隔离及预防控制等培训、6月下旬进行了医务人员hiv病毒职业暴露防护培训。）

4、消毒灭菌和环境卫生学监测半空气培养合格率98%；医务人员手卫生合格率98.5%；物体表面合格率100%；医疗器材合格率100%；医用消毒合格率100%；紫外线灯管强度监测合格率99%；无菌物品合格率均为100%。

5、元—6月份，抗生素使用率为48.95%，预防性用药使用抗生素率为60%左右，无指征使用抗生素为1.2%，菌检率为10%。

6、控制医院感染的发生。今年上半年我院临床大部分科室上报主动，未发生医院感染爆发流行，医院感染率控制在0.99%，漏报率为1.5%。

7、医院感染简报每月一期，及时反馈检查情况，药讯将近每月一期。

8、加强宣传教育工作，特别是对新职工、实习进修生的岗前培训和特殊部门人员的院感防控培训（卫生员、检验人员、透析室工作人员和传染病区医务人员）。

上半年院感工作虽然有较大提高，但也存在一些不容忽视的问题：

- 1、职工院感意识比较淡薄；
- 2、专业队伍和知识水平有待进一步提高；
- 3、临床抗生素的使用不够合理；
- 4、少数科室管理者对院感工作不重视、不支持；
- 5、有的科室院感病例上报不主动，职业暴露上报不及时。

针对以上问题，我们将制定切实可行的整改措施，望各科室配合，院感管理者将更加注重自身学习，加强与临床科室联系、精细管理，使各项院感工作规范落实，减少院内感染的发生。