

最新科室院感工作总结及工作计划(模板19篇)

团日活动是我们团队建设的重要一环，可以让我们更好地了解和信任彼此。教研范文十：《激发学生学习兴趣的数学课堂教学策略研究》

科室院感工作总结及工作计划篇一

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，保证了医疗安全，有效的控制了科室感染，确保了医疗安全。现全年工作总结如下：

科室院感工作总结及工作计划篇二

20xx年即将过去，在院领导的正确领导和大力支持下，在院感委员会的指导下，全院医护人员积极参与医院感染监控工作，各临床科室医师对所有住院患者进行医院感染前瞻性调查，发现院内感染能及时、准确报告，同时院感科也加强院感病例上报管理，出现医院感染病例时，加强监测与控制，无院感流行事件发生。常规依托护理部进行消毒隔离质量督查、无菌技术督查并反馈，协同医务科、护理部，配合院领导做好医疗安全管理工作。每季度在院长的主持下召开一次院感委员会会议，发布一次院感简讯。

xxx院感管理在20xx年进行了以下工作：

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与考评制度，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，特别是手术室、消毒供应室、口腔科、胃镜室、检验科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，防止院感在院内暴发。

在手足口病、甲型h1n1流感流行期间，进一步加强预检分诊台、儿科门诊、内科门诊、发热门（急）诊等重点场所的管理，认真贯彻落实手足口病、甲型h1n1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，特别是对全院医务人员以及工勤人员，加强了手足口病、甲型h1n1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。

20xx年，全院共出院的xx例病例，院感科全部进行了回顾性的调查，结果表明：医院感染率xx%□例次感染率xx%□发生医院感染的科室依次为：内二科医院感染发生率为xx%□骨伤科医院感染发生率为xx%□外科医院感染发生率为xx%□内一科医院感染发生率为xx%□感染好发部位依次为：下呼吸道感染感染率0.30%；上呼吸道例次感染率xx%□泌尿道例次感染率xx%□胃肠道例次感染率xx%□医院清洁手术切口感染率为0%。医院感染好发病种依次为：神经系统疾病类，例次感染率xx%□内分泌类疾病类，例次感染率xx%□循环类疾病，例次感染率xx%□泌尿生殖系统类疾病，例次感染率xx%□肌肉骨骼系统类疾病，例次感染率xx%□各危险因素调查发现：糖尿病例次感染率xx%□慢性病例次感染率xx%□高龄例次感染率xx%□前三位院感相关易感因素为慢性病、高龄、糖尿病。

为规范全院各项消毒灭菌工作，预防院内感染□20xx年度院感

科加强院感采样监测，对全院各科室进行了消毒灭菌效果监测，同时加强对手术室、胃镜室、口腔科、供应室、细菌室等高危区的环境卫生学监测及医务人员手卫生的监测。全年全院共采样xx份，其中空气采样培养xx份，物体表面采样培养xx份，医护人员手采样培养xx份，消毒液采样培养xx份，消毒物品采样培养xx份，无菌物品采样培养xx份，高压消毒灭菌效果监测xx份，合格率100%。本年度市疾控中心对我院进行采样监测xx份，合格率100%。

科室院感工作总结及工作计划篇三

编制科室感染控制各种流程，如洗手流程、医疗废物处理流程、职业暴露处理流程、科室感染暴发处理流程、科室突发公共卫生事件处理流程，以及各种诊疗操作流程等，并组织学习，使工作人员工作流程化，便于操作，便于记忆。

科室院感工作总结及工作计划篇四

- 1、对保洁人员进行了“医疗废物管理，病房消毒隔离”培训。
- 2、对全科护理人员进行了“医院感染预防”的培训，并组织考试，均合格。
- 3、对全科临床医生进行了“医院感染管理现状”及“手卫生”的培训，组织考试均合格
- 4、对新上岗人员进行了岗前培训内容“医院感染与感染管理”，考试均合格。

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，使医院感染工作规范化。

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，提高了科室的经济效益和社会效益。

科室院感工作总结及工作计划篇五

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。

科室院感工作总结及工作计划篇六

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。

科室院感工作总结及工作计划篇七

(1) 6月25日对住院部、急诊科下发《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。

科室院感工作总结及工作计划篇八

(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0.34%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0.68%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。

(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。

科室院感工作总结及工作计划篇九

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：

科室院感工作总结及工作计划篇十

“医院”一词来自拉丁语，最初的意思是“医院”来宾”，起初，它是为人们提供避难场所，还有一个休息室，让游客感到舒适和娱乐。后来，它逐渐成为满足人类医疗需求和提供医疗服务的专业机构，以及接收和治疗患者的服务场所。以下是为大家整理的关于, 欢迎品鉴！

第一篇:医院感染科室管理年度工作计划2021年

- 1、进一步加强医院感染管理各项制度的建设;减负增效，避免形式化、虚假式的院感表格及记录等;坚持每年至少召开两次医院感染管理委员会会议;加强院科两级院感管理与医院感染三级网络管理，充分发挥院感科职能，督导科室管理人员树立“院感防控第一责任人”意识和“院感高风险”防控意识;加强多学科、多部门沟通、协作，力求建立多部门合作、联动机制。
- 2、专职人员参与教育与培训;针对性地对院感重点科室、重点部门、重点人群的管理人员及院感员进行院感风险防控培训，消除院感高风险隐患，杜绝医院感染暴发;加强科室管理人员、感控医生、感控护士等院感知识技能培训，以在科室发挥督导和引领作用;院感办每次培训后，为科室提供电子版课件，并在院感群发布，方便科室组织学习与参考。
- 3、加强上报和疑似医院感染病例筛查力度，减少院感漏报病例，提高医生对医院感染病例诊断水平、减少漏报;细化医院

感染监测指标与质量控制指标，使我院的院感管理质量指标均达国家卫计委院感质量指标要求；查找、分析院感暴发高危风险科室或院感重点科室开展院感暴发处置演练并组织相关人员参与观摩。确保全院全年无院感暴发事件发生；加强院感重点科室、重点部门和重点环节的院感管理，通过院感风险评估，及时查找出可能导致院感事件发生的危险因素并进行有效防控；按照国家感染质量控制中心要求，继续开展2021年度现患率调查，并进行横向纵向比较分析。

4、继续开展全院耐药菌监测，定期向全院公布院感发生数据；加强多重耐药菌医院感染管理。

5、院感信息系统不能满足院感防控要求，院感相关数据无法提取或不吻合，部分数据还需科室上报及人工统计，距很多三甲医院的院感信息系统存在差距，需更新和完善，拟增补相关预警功能。

第二篇：医院感染科室管理年度工作计划2021年

按照《医院感染管理办法》和国家有关法律法规，完善医院感染管理委员会，并进一步加大监管力度，认真督导规章制度落实情况。有效预防和控制医院感染的发生，保证医疗安全。

1、加强组织领导建立健全医院感染管理体系是预防医院感染的重要前提。

2、进一步完善医院感染管理委员会会议制度，至少每半年一次研究、协调和解决有关医院感染管理方面的问题，遇到问题随时召开专题会议，充分发挥委员会的领导和决策能力。

3、进一步完善医院感染管理多部门合作机制积极开展医院感染管理的各项工作，与相关科室积极配合，相互协调，使医院感染管理工作科学化、规范化。

4、临床科室医院感染管理小组加强管理及时监控各类感染环节，采取有效措施，降低本科室医院感染发病率。监督检查本科医师合理用药和合理使用抗菌药物，严格执行无菌技术操作，落实消毒隔离和标准预防各项措施，保障医疗安全。

- 1、医院感染的监测按照医院感染诊断标准，实行有效的医院感染监测。要求临床医师熟练掌握其诊断标准，改变医务人员对医院感染的监测意识。每月对监测资料进行汇总、分析，及时反馈给科室。每季度向院长、医院感染管理委员会做书面汇报，向全院医务人员反馈，特殊情况及时报告和反馈。
- 2、消毒灭菌效果监测：每月进行消毒、灭菌、环境卫生学监测，对临床科室使用中的消毒液、医务人员的手、物体表面、室内空气、高压灭菌锅进行定期和不定期随机抽样监测。
- 3、开展医院致病菌和耐药率监测，定期向各临床科室反馈，指导临床合理应用抗菌药物，提高医院感染性疾病的治疗水平。

- 1、所有人员要坚持洗手规则，在处理不同病人或同一病人的不同部位前、后均须洗手，严格执行无菌操作。手培养每月一次。
- 2、各种抢救物品与监护仪器在转换使用时，应进行表面消毒、清洗，各种导管、湿化瓶、吸氧面罩等均应规范进行消毒灭菌。
- 3、加强对多重耐药菌的监测和防控措施。

制订并落实医务人员手卫生管理制度，配备有效、便捷的手卫生设备和设施。加强手卫生的宣传、教育、培训活动，增强预防医院感染的意识，掌握手卫生知识，保证洗手与手消毒效果。

- 1、按照《职业病防治法》及其配套的规章和标准，制订医务人员的卫生防护制度，明确主管部门及其职责，并落实到位。结合本院职业暴露的性质特点，制订具体措施，提供针对性的、必要的防护用品，保障医务人员的职业安全。
- 2、加强全院职工的职业暴露知识的培训，对高危科室及部门的医护人员每年提供健康体检，医务人员严格执行标准预防，做好自我防护。当出现职业暴露时，严格遵循职业暴露处理原则，按要求进行报告、登记、评估、预防性治疗和定期随访。

- 1、加强医院感染管理队伍建设医院感染管理专职人员积极参加感染控制与管理的培训班，努力提高业务水平和自身素质，使医院的感染管理制度化、规范化。
- 2、医院感染知识的全员培训制订医院感染知识培训计划、实施方案和具体措施，举办各级各类讲座和培训。对新上岗人员进行医院感染知识岗前培训，考核合格后方可上岗。通过培训，使广大医务人员充分认识到医院感染工作的重要性，掌握医院感染的基本知识和技能，促进医院感染的有效控制。

第三篇：医院感染科室管理年度工作计划2021年

- 1、为进一步加强医院感染管理工作，明确职责，落实任务，重新调整充实临床科室感染监控小组，完善三级网络管理体系。
- 2、将医院感染管理部分加入了本科医疗护理质量督察中，制订相应奖惩办法。
- 3、制定月计划、周安排，日重点，在实施的同时做好记录备案。

- 1、病历监测：控制感染率并减少漏报
- 2、环境监测方面：对门诊环境、空气、衣物、医务人员手、消毒液、无菌物品定期监测。
- 3、消毒灭菌监测：每日对全科使用中消毒液进行监测；对使用中的紫外线灯管进行监测，并执行照射小时数登记，定期更换，以确保消毒质量。每周对本科使用的消毒剂及一次性医疗器械和物品进行自查。
- 4、抗生素使用调查：定期对全科抗生素使用情况进行检查，防止滥用抗生素。

科室院感工作总结及工作计划篇十一

本期教科室工作在市教科所的统筹和学校党委的领导下，在全体教师的大力支持下，认真贯彻“科研兴校，教研强校”的发展战略，以课程改革为核心、教学质量为重心，切实提升教师的教研、教学水平。努力提高学生的综合素质，增强了工作的主动性，注重教研的实效性，积极发挥教科室的主导作用，为实现我校“构建和谐校园，创建农村特色中学”的目标作出了应有的贡献，回顾半年来的工作，取得了以下成绩。

一、转变教学观念，加强自身学习

让教师课程改革观念的更新是教科室工作的第一步。因此，教科室本期分教研组组织了《现代教育理论》、《新课程标准》理论学习，并将每一周星期一第七节课后定为教研学习和评课时间。

二、强化师资培训，提高教师队伍素质

身正垂范，学高为师。为了适应新课改，真正提高教师教育教学水平，掌握多媒体现代教学技术，实现与时俱进。教科室安排了“七个一”活动，即每期每个教研组一次看课、一次说课、每人一次公开课、教研组一次组内示范课、一次校级展示课、一次理论学习课、一次课件制作培训课。通过看光盘、影像带、远教资源等看课活动，让老师先向名师专家学习，参悟他们的先进教法，充实自己的教学经验；通过公开课、示范课，老师们在实践中探索，相互学习，取长补短，丰富了自己的教学方法。常言道“他山之石可以攻玉”。通过信息技术老师的课件制作培训，我校有一部分老师能熟练的制作课件，绝大部分老师能够运用多媒体上课，为提高教研、教改质量奠定了坚实的基础，也为教学方法的多变注入

了活力。

三、常规教研活动开展扎实，效果显著

各教研组组长能够深入角色，以身示范，充分调动了本组教师参与教研的积极性，展示了各科教学特点，推动了学校教育科研的进程。特别是英语组，一反过去参与不积极、评课不务实、配合不密切的毛病，而且还承担了本期的校级示范课，获得了全校教师的好评，得到学校领导的认可，他们还率先开展了组内活动，成为本期六个教研组的示范教研组。

四、校级课题申报

根据县教科所要求，结合农村中学实际情况，我校各教研组确定并申报了校级教研课题。

五、经验论文的撰写。

老师们在教学这块园地不但勤于探索，而且还善于总结，本期我校有42位老师撰写了论文，经学校初评，上交24篇，获奖13篇，其中二等奖6篇，取得了历年来教学论文获奖的最好成绩。

六、参加各种竞赛和研讨活动。

本期教科室注重宣传、鼓励老师参加上级举办的各种竞赛活动，这不但让老师把握机会锻炼自己、展示自己、体现自身的价值，而且为学校争得了荣誉。在市组织的比赛中，我校选派的教师均获奖。

七、健全制度，抓好教研组的建设

为明确教研组的职责和激发各教研组教研教改的积极性，充分发挥组员的潜能，教科室进一步完善和制定了《教研组长

职责》、《教研组考核细则》、《梅子中学新课程改革实施方案》等规章。把职责与处罚、激发与奖励有机的结合起来，更具人本化、科学性、操作性。

当然，教科室工作还存在许多不足之处，如教法的探讨不够多样性、没有放开手脚、对学生的学法探讨不够、多媒体运用不够普及等。这些都力争在今后的工作中找出缺陷的弥补办法，工作更上一层楼。

科室院感工作总结及工作计划篇十二

20xx年在中心主任、办公室主任下，我中心院内感染做了大量工作。从组织落实开始，到严格管理制度，开展必要的临床监测等，采取多种措施，使我中心的院内感染管理逐步规范化、制度化、科学化，将医院内感染率控制在较低水平。为了今后进一步搞好院内感染管理工作，现将我中心本年度院内感染控制工作如下：

在中心的亲自下，认真抓好日常工作，定期对各科的. 院内感染控制工作进行督促、检查，发现问题，立即整改，保证了我中心院内感染管理工作的顺利开展。

医院感染管理制度是搞好医院感染的基础和重要保证。制定一整套科学实用的管理制度来规范医院有关人员的行为。加强制度的建设和学习，并认真贯彻执行，对于提高防范意识、降低医院感染的发病率极为重要。因此，院感小组在原有制度的基础上，完善了各项管理制度。医院院感科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。

结合本院实际，院组织开展了一系列的专题讲座和学术交流，如医疗事故处理条例、消毒、安全知识培训等，对全中心医务人员进行预防、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。提高我中心预防、控制医院感染水

平。发放有关院内感染诊断方面的资料，提高大家对医院感染诊断水平。

我中心院感管理小组每月定期对各科室的院感工作进行督查，发现问题要求立即整改，保证我中心院感工作的顺利进行。

在全年的院内感染控制工作中，由于院的高度重视，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。我们相信，在新的一年里，只要我们不断经验、虚心学习，我们将把院内感染控制工作做得更好。

科室院感工作总结及工作计划篇十三

20xx年在领导下在全科医生的辛勤工作下,我科工作全面健康、协调快速发展的`重要一年,这一年取得了可喜的成绩:全年的业务总收入、入院人数、出院人数比去年同期增加了近五成;经济效益和社会效益双增长。

一、加大科室管理力度，创新优质服务新模式

1、首先我们认真组织科室医师，反复学习了医院的各种文件及规章制度。

2、树立优质服务理念，提出科室服务理念，树立起各具特色的服务理念和行为规范。落实医疗服务规范，落实医生查房制度。一年来，科室住院部医生在坚持对病人实施个性化医疗、人性化服务，吸引了大量病患者的就医就诊，住院病人数明显增长，均达到历史最好水平。

3□xx年度科室一方面加大对医生的管理和培训。

4、积极调整医疗结构，采取有效措施，想方设法降低医疗费用，取得显着效果。

一是抓合理用药。

二是抓单病种费用。

三是抓一次性材料的使用。

四是加快病床周转。

通过采取一系列强有力措施，保证了科室今年圆满完成医院下达的各项费用指标，在科室业务增长速度较快的情况下，使各项费用维持在相对较低的水平，切实减轻群众的负担。又提高了医院科室的效率。

二、规范医疗质量管理，提高医疗技术水平

1、注重人才队伍建设

a□我科人员利用专家做诊时间，卫生局讲课时间，桂林业务培训时间努力学习专业知识，利用病历讨论，主任查房积累临床经验，业务水平不断提高，人才队伍不断加强。

b□我科在院长的领导和安排下，年度培养了骨科外科妇产科科业务骨干，为我们以后医院的分科壮大储备了干部人才。

2、强化规章制度的落实

科内定期召开会议，每周一次，强调安全，质量，医生，护士职责执行情况；每月两次安全，质量检查，对不合格表现给以两彻底：定期进行安全教育，做到制度化、经常化。定期对病历进行检查和评估。定期对安全隐患进行检查和评估：

三、不足之处

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。

科室院感工作总结及工作计划篇十四

1、质量控制：每月进行2次检查，对存在问题及时反馈、整理，有效的预防和控制科室感染,对存在的问题，进行原因分析、总结，提出改进措施，并向全院通报。

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，减少了科室感染。

3、紫外线强度监测：对新领进紫外线灯管每次进行检查，对科室使用中的紫外线灯管强度进行监测，每半年换一次灯管，消毒效果均达标。

4、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。

科室院感工作总结及工作计划篇十五

20xx年医院感染管理工作20xx年医院感染管理科依据《二级综合医院评审标准[20xx年版)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和质量目标，使医院感染管理质量得到持续改进，现如下。

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20xx年医院感染管理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□20xx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。

1□20xx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。

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。

按照《全省医疗卫生系统“三好一满意”活动20xx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〔20xx〕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〔20xx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。

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4.4%（去年同期3.0%），比去年同期增加1.4%，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。

管患者313例，发生导尿管相关尿路感染4例，感染率1.3%；中心静脉置管8例，发生静脉置管感染1例，感染率12.5%；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0.2%。

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34.8%（去年同期34.5%）；预防使用抗菌药物66例，构成比11.2%（去年同期16.8%），比去年同期下降5.6%。治疗使用抗菌药物524，构成比88.8%（去年同期83.2%），比去年同期增加5.6%。，治疗使用抗菌药物使用前标本送检347例，标本送检率66.2%（去年同期54.4%），比去年同期增加11.8%。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□20xx年1-12月共监测出院病人4721例，使用抗菌药物1818例，使用率38.5%；预防使用抗菌药物361例，构成比19.9%。治疗使用抗菌药物1457例，构成比80.1%，治疗使

用抗菌药物使用前标本送检884例，标本送检率60.7%；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61.1%。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〔20xx〕37号）》的要求。为患者了优质、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。

4.7%，治疗性使用抗菌药物41例，治疗性使用抗菌药物构成比95.3%；联

4、手术部位感染监测20xx年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0.7%
i类切口136例，抗菌药物使用30例，抗菌药物使用率22.1%
ii类切口251例，抗菌药物使用247例，抗菌药物使用率98.4%
iii类切口28例，抗菌药物使用28例，抗菌药物使用率100%。

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。

20xx年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。

充分利用消毒供应室的卫生资源，提高消毒、灭菌质量□20xx年与护理部一起协调，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。

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。

科室院感工作总结及工作计划篇十六

本年度，在医院的正确和大力支持下，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，保证了医疗安全，全年1—12月份感染办共监测出院病人14501例，96人发生医院感染，医院感染率为0.7%。器械消毒合格率100%，抗生素使用率60%，无菌切口感染率0，有效的控制了院内感染，确保了医疗安全。现全年工作如下：

为了进一步加强医院感染管理工作，明确职责，落实任务，充实了感染管理委员会及感染监控小组成员，成立了感染质

量检查小组，负责每月的感染质量大检查，完善了三级管理体系，将任务细化，落实到人，每周在院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，各科感控组长负责整改，逐步落实各项工作，使院感工作得到持续改进。

（一）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、分析有关医院感染情况，对存在问题及时反馈、有效的预防和控制医院感染，全年编写医院感染信息两期。向全院医务人员及时通报医院感染动态，医院环境卫生学监测情况，医院感染发病率及漏报率，对存在的问题，进行原因分析、提出改进措施，并向全院通报。

（二）环节质量控制

1、加强重点部门的医院感染管理：手术室、供应室、产房、新生儿科、口腔科、胃镜室、治疗室、换药室等感染管理重点科室，每周不定时检查，做到日有安排，周有重点，专项专管，制定各重点科室感染质量检查标准，按照医院感染质量检查标准对手术室重点检查手术后各类器械清洗，消毒及室内消毒效果监测，对新生儿科督查环境管理，工作人员管理，各种物品的消毒等，降低医院感染发生率。对供应室重点督查器械的清洗、干燥、包装、灭菌程序及灭菌器械的合格率，灭菌器的监测等。对产房重点检查医疗废物的处理，各类器械的用后清洗、消毒及个人防护。口腔科的车针、手机、扩大针等供应室回收处理、制作成纸塑包装等等，使各重点部门感染管理制度落实到实处。

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。

1、采集临床感染病历，统计每月医院感染发生率，感染部位及病原菌检测情况，分析医院感染危险因素，提出防控措施。

2、每月进行环境卫生学监测：监测对象以重点部门为主，每月对重点部门的空气进行监测，每季度对物体表面、工作人员的手进行监测，并将监测结果进行汇总分析，通过院通讯反馈给各科室。医院环境卫生学监测情况：共监测空气、物体表面、医务人员手表面情况共127份，合格数119份，不合格8份，合格率94%。其中空气93份，合格数85份，合格率91.4%；物体表面12份，合格12份，合格率100%；医务人员手表面14份，采集的对象主要是医生、护士、实习生、进修人员，合格数14份，合格率100%。消毒液8份，合格8份，合格率100%。

监测血透中心使用中的透析液、反渗水共2份，合格2份，合格率为100%。

3、紫外线强度监测：对新购进紫外线灯管每批次进行抽检，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16支，合格16支，合格率100%。循环风消毒机32台，每月检查过滤的清洗，每半年统一换一次灯管，消毒效果均达标。

4、对购入的消毒药械，一次性使用医疗卫生用品进行监督管理，审核产品的相关证件。

5、本年5月份感染办开展了住院病人现患率调查，调查前对14名参加现患率调查的监控人员进行了调查方法、医院感染横断面调查个案登记表的填写，医院感染诊断标准等知识培训。顺利的完成了调查。

调查结果：无医院感染发生。

6、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。

7、开展了多重耐药菌的监测：对全院医务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，查明所住科室，通知科室主任、护士长并，要求采取隔离措施，加强工作人员自我防护，避免交叉感染。

加强afp及麻疹的预防和控制，针对我区和我县相继出现的afp及麻疹等疫情，我科每天下病房、门诊进行督导，及时发现消毒、灭菌、隔离等方面存在的问题，及时纠正整改，同时加强医疗废物分类和收集处理，严防因管理不善引起的感染暴发，确保了儿童的身体健康和生命安全。

编制医院感染控制各种流程，如洗手流程、医疗废物处理流程、职业暴露处理流程、医院感染暴发处理流程、医院突发公共卫生事件处理流程，以及各种诊疗操作流程等，并组织学习，使工作人员工作流程化，便于操作，便于记忆。

对医疗废物暂存处进行了整修，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。

元月份：对全院医务人员131人、外科全体人员21人、外科重症监护病房16人、保洁人员24人进行了“医院感染相关知识、外科手术部位感染监测□icu医院感染目标性监测、医疗废物管理”等的培训，并组织考试，均合格。

三月份：对重点科室54人、全院医务人员90人进行了“多重耐药菌、医院感染知识”的培训。并组织考试，均合格。

四月份：对全院医务人员72人、全院医务人员136人、各科医务人员90人、各科院感质控员14人进行了“医院感染管理、

医疗废物管理、医疗机构消毒技术规范、传染病管理”的培训，并组织考试，均合格。

五月份：对各科监测员及护士长16人进行了“现患率调查”的培训。

七月份：对新上岗人员31人进行了“医院感染知识岗前培训”并组织考试，均合格

八月份：对全院医务人员109人进行了“医院感染知识与职业暴露”的培训，考试均合格。

九月份：对重点科室61人进行了“多重耐药菌”的培训。并组织考试，均合格。

十一月份：对全院医务人员203人进行了“手卫生规范”的培训。并组织考试，均合格。

十二月份：对相关科室医务人员64人、52人、108人进行了“等级医院评审要求、多重耐药菌、手卫生规范”等三次培训。

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、新吸引了进来，使医院感染工作规范化。

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，为医务人员及患者了一个安全的工作环境及就医环境，提高了医院的经济效益和社会效益。

科室院感工作总结及工作计划篇十七

院感办在的正确指导下，认真贯彻执行《院感染管理办法》、《消毒技术规范》，做好染管理这项工作，我认真翻阅有关

资料，外出参加省内有关医院感染管理知识培训，不断吸取新的院感知识和学习别人的先进经验，使自己工作能力得到很大提高，在控制医院感染管理上，主要在以下几方面做了一些工作。

及时向科室宣传学习上级部门下发的新知识，《医院感染管理办法》、医疗废物管理条例等有关资料，《医务人员手卫生规范》、《医院隔离技术规范》。强调重点部门重点部位的管理要求和医用垃圾的分类及处置，重申了我院关于一次性无菌医疗用品使用的各项规定。

定期到各科室进行各种标本的采集，包括无菌物品、消毒灭菌剂、医务人员手、物体表面等进行细菌培养，对于细菌超标的科室即使给予指导，帮助找原因，提出改进措施，并督促各科室监控人员做好本科的院感监测及院感病历的上报工作，对全院紫外线灯管每年二次监测，对不合格的灯管及时通知护士长进行更换，在高压蒸汽灭菌锅的监测中，按安徽省供应室管理要求，做好每项监测记录，对手术器械、口腔科器械及换药室、胃镜室的器械统一使用酶洗、除锈、润滑三步操作执行，从而保证我院的灭菌物品合格率100%。

在病例方面，采取回顾性与前瞻性相结合的方法，调查院内感染病例的填写，经常到病房翻阅病例，查看病人，看院感调查表的填写情况及抗生素使用情控制将要更加法制化、规范化和科学化，我院的院感管理工作，在院的支持，逐步按规范化发展。20xx年的院感管理工作况，防止漏填漏报，发现问题及时向反映，使问题得到及时改进，因而杜绝医院交叉感染的暴发流行事件的发生，目前1—11月份，我院出院病人人数共5872人，感染例数是8例，感染率0.14%，完全在二级医院要求范围以内。

随着医学知识不断提高，院感知识的不断更新，我们不定期组织全院医护人员进行院感知识培训，对新上岗人员进行培训并进行问卷考试。

以上是我在20xx年一年做的一些工作，虽然在工作中取得一定成绩，受到上级的好评，但是离院的要求还有一定距离，今后还要更加努力工作，不断学习新的知识，不断提高自身素质，希望各位和科主任、护士长对我的工作提出宝贵意见和建议，以便在今后的工作中将院感工作做得更好，为我院的进步发展贡献自己的力量。

根据卫生部印发关于《预防与控制医院感染行动计划（20xx—20xx年）》的通知（卫医政发〔xx〕63号）要求，对照三级综合医院评审标准，结合医院年初要求，为切实维护广大医务工作者及病员身体健康与生命安全，进一步加强医院感染预防与控制工作，提高医疗质量，保障医疗安全，以加强医院感染预防与控制工作为主导，坚持“科学防控、规范管理、突出重点、强化落实”的原则，依托护理部进行消毒隔离质量督查、无菌技术督查并反馈，协同医务科、护理部共同完成医院感染控制工作目标，现将20xx年医院感染管理工作如下：

20xx年进一步完善了医院感染的质量控制与考核制度，根据科室特点签订目标责任书，在实际工作中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，加强日常督查及指导，发放院感整改意见书144份，特别是对于医院重点部门、重点部位、重点环节加强管理工作，对手术室、口腔科、胃镜室、血透室、检验科等重点部门制定了风险评估，并根据存在问题及时进行反馈及整改，今年胃肠镜室增加胃镜、肠镜各一台，并规范了术前传染病检查流程及消毒流程，进一步控制了血源性疾病传播的风险，血透室进行了局部流程改造及管理流程再造，使之更符合医院感染控制要求。

1至11月份，全院共出院的9555人，院感科全部进行了回顾性的调查，医院感染发生人数为39人，发生医院感染41例次，医院感染率0.41%，例次感染率0.43%。外系科室完成i类手

术切口病员424例，感染2例，感染率为0.47%，诊断为医院感染病例，微生物样本送检率达58.54%，对临床诊断及用药了有力的依据。本年度现患率调查工作于20xx年9月12日开展，实查率为96.3%，现患率4.17%，与本院年度医院感染率有较大差距。

本年度门诊及住院均发现多种传染病，传染病共计报卡291例，其中手足口病141例、乙肝65例，丙肝23例，梅毒20例，hiv感染17例，诺如病毒阳性2例。在各类传染病流行期间，进一步规范门诊预检分诊流程、对儿科门诊、内科门诊、发热门诊（急）诊等重点场所加强管理，认真贯彻落实手足口病、甲型h7n9禽流感、埃博拉出血热等医院感染控制要求，对发热门诊重新进行布局设计，使之更符合院感控制要求，并按要求准备数量充足，品种齐全的防护、消毒用品，保证随时备用。对全院医务人员、工勤人员，进行了多次传染病防治和自身防护知识的培训及演练等，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的发生，并积极配合县疾控、县卫生部门，共同做好疫情防控工作。

为规范全院各项消毒灭菌工作，预防院内感染，20xx年度院感科加强院感采样监测，对全院各科室进行了消毒灭菌效果监测，同时加强对手术室、胃镜室、口腔科、血透室、微生物实验室等高危部门的环境卫生学监测及医务人员手卫生的监测。全院共采样484份，合格数为481份，合格率99%。不合格样品全部为手卫生监测不合格。

按照《抗菌药物临床应用指导原则》以及《大邑县20xx年抗菌药物临床应用专项整治活动实施》等规定，为加强抗菌药物临床使用的管理，院感管理部门积极参与临床合理使用抗菌药物的管理，每月对各科室治疗用抗菌药物微生物样本送检情况进行督查考核，并协同药剂科、检验科每季度发布《细菌耐药情况分析对策报告》，通报季度细菌分布情况、多重耐药菌检出变化及感染趋势、重点部门前五位医院感染

病原微生物名称及耐药率等，为临床医生合理使用抗生素可靠的帮助。全院抗生素使用情况如下：1—10月份共出院8665例病例，使用抗生素者5689例，微生物样本送检率为46.37%，其中接受限制使用抗菌药物治疗微生物检验样本送检率为51.05%，特殊使用级抗菌药物使用率2.71%，接受特殊使用级抗菌药物治疗微生物检验样本送检率为80.85%，均达到抗菌药物临床应用专项整治目标。监测多重耐药菌59株，重点监测科室为肛肠科20株、老年病科10株、外科6株、骨伤科4株，均按相关管理要求进行接触隔离督导，未发生多重耐药菌的医院感染暴发事件。

本年度继续完善医疗废物管理工作各项规章制度，明确各类人员职责，落实责任制，针对各科室保洁工人频繁更换的情况进行一对一的培训，发现问题及时反馈并整改。对医疗废物暂存点进行了重新的修缮，做到防蚊、防蝇、防蟑螂、防盗，警示标识齐全、醒目、双锁管理，医疗废物的分类、收集、贮存、包装、交接、转运等符合管理流程，全院共产生医疗废物44018公斤，未发生医疗废物的遗撒、遗失等事件，未发生由于医疗废物管理不善引起的感染暴发。

按二级生化处理要求，我院污水处理设施正常一直运转，由院感科每日监督余氯排放指标，做到达标排放。20xx年下半年，按照相关文件要求，为加强对污水中cod、氨氮、流量的管理和监控，保障广大群众的健康与安全，我院成都xx环境工程有限公司签订安装在线监测设备合作协议，目前已完成前期土建改造，设备安装调试，并已实现与县环境保护部门的数据传输，后期工作为环保验收，专人管理，保证设备正常运作，污水达标排放。

全年完成10次医院感染知识培训、3次理论考核、2次应急演练。参加人员包括全院医务人员、新聘人员、工勤人员，共1047人次参加。培训及考核内容包括：院感基础知识培训，传染病与医院感染防控法律法规，职业安全与防护培训、工勤人员的职业防护及消毒隔离知识培训、手卫生培训、埃博

拉出血热的认识及诊疗、埃博拉出血热防护及消毒培训，基层医疗机构医院感染管理培训等。应急演练内容包括职业暴露处置流程、埃博拉出血热医疗救治演练，均取得较好效果。

本年度与基层指导科、健康促进中心联合开展多次健康教育工作，在手足口病高发季度在儿科门诊发放手足口病卫生宣传资料500余份；11月发放诺如病毒感染性腹泻宣传资料300余份，12.1发放艾滋病防控宣传资料400余份，接受群众咨询50余人；制作h7n9禽流感宣传专栏一期，制作抗击埃博拉出血热宣传专栏一期，起到了普及健康知识，防控疾病传播的作用。

科室院感工作总结及工作计划篇十八

院感办在院长和分管院长的正确下，医务科、护理部的大力协助下，认真落实医院感染各项制度、措施，使医院感染管理更加系统化、规范化、措施化。现结合实际，将今年工作如下：

今年我院根据省（鄂卫生计生通20xx107号）文件“省卫生计生委关于开展湖北省二级及以上医疗机构医院感染管理专项检查的通知”中关于开展医院感染专项检查的指示，及基层医院医院感染管理要求切实抓好我院的院感工作，特别是重点部门、重点部位、重点环节的管理，如手术室、产房、内镜室、消毒供应室、等重点部门的医院感染管理工作，制定了重点部门、重点环节的院内感染控制措施，并常规进行督导、检查，严防医院感染暴发的发生。

1、加强重点部门的医院感染管理，手术室、供应室、产房、内镜室等均是重点科室。每周下科室随机检查，每月对重点项目进行抽查，对手术室的各类手术后器械的清洗消毒进行监督监测，督促产房、内镜室、供应室每月进行监测。

2、加强病区终末消毒管理，按照要求每月检查针对病区终末

消毒不规范的现象与行为提出意见跟踪整改。

3、强化卫生洗手，落实手卫生，张贴卫生洗手图、手卫生日的宣传等等。要求各科室护士长为医、护人员备齐洗手液和手消让医务人员在执行各项操作前后自觉进行手卫生。科室制定手卫生制度提高了医务人员手卫生依从性，院感办每月每季度下科室进行检查手卫生情况。

1、环境卫生学监测全年共采样283份，合格率达91%，消毒合格率达100%。

2、进行紫外线强度监测，对新购进紫外线灯管每批次进行抽查，对全院各临床科室各种类型紫外线灯管进行监测共监测41根，合格率86%。

3、开展目标性监测：从1月起在全院开展为期一年的i类切口手术部位切口感染监测很好的降低了感染率。从6月起在全院开展了全麻病人气管插管相关性肺炎的监测，感染率高已经与各科室讨论采取了干预措施。

1、对各级人员进行培训考核：有实习生和新近人员的岗前培训，保洁人员的. 医疗废物管理培训，全员的传染病防治法培训等等。

2、对全院医务人员进行了卫生洗手考核，无菌技术操作等培训及考核。

3、强调临床科室每月的科内院感学习不走形势每月抽查各级人员，加强多重耐药菌的学习和防控知识。

加强监督管理，明确各类人员职责，落实各类人员责任，进行各类人员培训，使我院医疗废物的分类、收集、贮存、包装、运送、交接的做到规范管理。

1、血液透析室开科前每位人员赴省级、市级医院进培训。环境卫生、

物表、水源经监测三次合格后已经投入使用。

2、洗婴室已经改建，每一位婴儿都能用流动水进行沐浴避免了交叉感染。

3、供应室已经改建投入使用。新供应室布局流程和环境有了很好的改善。

1、供应室虽已改建但是仍然不符合“省、市消毒供应室达标验收标准”，希望20xx年层流供应室能投入建设。

2、手术室、产房、内镜室、检验科建筑设计布局不够合理，希望能改进。

3、口腔科布局不符合要求有待改进。

4、污水处理设施过小已经不能满足临床床位比要求。

科室院感工作总结及工作计划篇十九

今年，在院和医院感染管理委员会的正确和大力支持下，在市、区有关的指导下，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，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。