

# 2023年医院感染中心工作总结 全年医院感染工作总结优质

总结，是对前一阶段工作的经验、教训的分析研究，借此上升到理论的高度，并从中提炼出有规律性的东西，从而提高认识，以正确的认识来把握客观事物，更好地指导今后的实际工作。那么我们该如何写一篇较为完美的总结呢？下面是小编整理的个人今后的总结范文，欢迎阅读分享，希望对大家有所帮助。

## 2023年医院感染中心工作总结 全年医院感染工作总结优质篇一

20xx年我院医院感染管理工作按照医院总体部署，认真贯彻落实卫生部颁布的《医院感染管理办法》、《医疗机构消毒技术规范》、《医院空气净化管理规范》、《医疗卫生机构医疗废物管理办法》等有关医院管理法律法规，强化环节质量管理及全院医院感染知识培训，严格各项质量监测及考核，降低了医院感染发病率，保证了院内感染防控质量，全年医院感染发病率0.29%，消毒灭菌合格率100%，抗生素使用比率明显下降，有效控制了医院感染发生，确保了医疗安全。全年未发生感染暴发事件，感染管理水平再上台阶。

1、根据我院规模的扩大，实际发展的需求，重新调整了医院感染管理委员会机构，更新了三级网络组织，对各科室院内感染监控小组人员进行了重新调整，强化科室医院感染管理，明确监控人员院内感染工作职责，使各项规章制度得到了落实。

2、明确和落实医院感染管理委员会职责，召开医院感染管理委员会会议4次，讨论医院感染管理的工作内容，审议修订规章制度和重点部门医院感染操作规程[sop]指导全院医院感

染预防与控制工作，并及时有效的解决了医院感染管理工作的困难和问题。

3、以二级综合医院等级评审为契机，在原有规章制度基础上，根据卫生部印发的《医疗机构消毒技术规范》、《医院空气净化管理规范》等要求不断改进和完善，并结合本院实际修订相关规章制度，并通过了医院感染管理委员会审议后制定成册，下发全院。医院感染管理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。

4、制定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，使医务人员工作流程化，便于操作，便于记忆。

5、随着医院规模的扩大、科室的增多、床位的增加、人员的变动，根据《医院感染暴发报告及处置管理规范》的要求，对医院感染暴发报告管理责任制、医院感染暴发及突发事件监测、调查、报告与控制制度，工作流程、医院感染暴发及突发事件应急处置预案等再次进行了修订、完善，通过医院感染管理委员会审议后制定成册，并以医院文件形式下发全院各科。责任制强调了组织机构、各部门职责，明确了责任追究制度，医院感染暴发及突发事件应急处置预案则明确了应急组织体系职责、暴发及突发事件分级、上报时限、报告程序、处理流程、处置措施等，要求全院职工为最大程度的减少医院感染突发事件对医患健康造成的危害，以责任制为准绳、预案为准则，确保医患身心健康与生命安全。

6、为了加强多重耐药菌医院感染管理，有效预防和控制多重耐药菌在医院内的传播，根据《多重耐药菌医院感染预防与控制技术指南》的要求，进一步规范了多重耐药菌监测管理，制定了目标性监测方案，相关制度、工作流程。要求微生物室和临床密切合作，一旦发现多重耐药菌，感染管理科及时下发指导书，督导临床科室消毒、隔离措施的落实，采取相

应的干预，通过强化预防与控制措施的落实，防止了多重耐药菌在我院的传播，避免了医院感染暴发。

7、将医院感染控制质量纳入医院总体质量考核：根据河南省第二周期医院评审暨综合评价标准在原有考核标准基础上，又进一步完善了医院感染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，每月对临床各科检查中发现的问题进行汇总、整理及反馈，并提出整改措施，严格按照院内感染管理制度和院内感染质量考核标准进行处理，全面检查和处理有关院内感染预防与控制各方面的工作，使整个医院感染控制工作进入了规范化的管理轨道。

1、全面综合性监测□20xx年共监测住院病人8933例□20xx年全年医院感染率0.29%，较去年全年院感率0.67%低38个百分点。院感科每月统计医院感染发生率，感染部位及病原菌检测情况，每季度分析医院感染危险因素，及时有效提出防控措施。

2、消毒灭菌效果及环境卫生学监测：每月对各科室无菌技术、消毒隔离技术（如各种侵入性无菌操作）、无菌物品有效期、内窥镜、医务人员手、使用中的消毒液及消毒物品、灭菌物品以及空气等进行监测，尤其加强了重点部门如手术室□icu□供应室、产房、血液净化中心、内镜中心、口腔科、急诊科、儿科、母婴病房等科室的管理工作。全年空气采样368份，物体表面采样368份，高压灭菌生物指示监测98份，无菌物品合格率100%。医务人员手66例，消毒剂66份，透析用水18份，透析液20份，对各项监测中不符合卫生标准的，及时反馈科室查找原因，提出整改措施，再次监测，整改效果。

3、紫外线灯管强度监测：对新购进紫外线灯管每批次进行了抽检，每半年对全院临床科室、医技科室、门诊等使用中的紫外线灯管强度进行了监测，共监测灯管230支；合格228支；不合格2支。对于不合格的灯管及时进行更换。再次监测至合

格。

4、规范了消毒药械、一次性医疗用品管理：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：审核产品相关证件，包括卫生许可证、卫生许可批件、经营许可证，并到临床各科检查存放使用情况，对发现的薄弱环节或问题都做了详细记录，并给与及时反馈、指导、立即整改。

5、目标性监测：综合icu医院感染监测□20xx年全年共监测149例；其中使用动静脉插管病人511例；使用呼吸机病人123例；使用留置导尿管病人397例；导管相关血流感染例数0例；呼吸机相关性肺炎感染例数4例；留置导尿管相关泌尿系感染例数0例，综合icu全年医院感染发生率约为5.97%，较20xx年的11.11%明显下降，院感科将不断加强监督与管理。

6、医院感染患病率调查□20xx年10月28日0时-12月2日24时，对全院在院患者进行医院感染患病率调查，本次调查应查人数313人、实查人数313人；实查率100%，其中医院感染病例30例，患病率9.58%。感染部位构成中为下呼吸道感染、泌尿道感染、胸腹腔感染。汇总数据较去年有所上升，但与前瞻性全面病例监测的发病率相近，说明现患率调查可以反映总体医院感染发病率水平。

7、感染流行、暴发监测：全年未监测到医院感染流行、暴发事件。

8、细菌耐药性监测：每季度对送检标本中检出的病原微生物进行统计，并剔除相关病例，统计分析排在前十位的细菌名称及其耐药性情况，尤其要注意临床上一些重要的耐药细菌的分离率。通过监测及时掌握重要耐药细菌的变化，科室分布及其影响因素，为指导临床抗生素合理应用和医院感染的预防控制管理提供科学依据。并且每季度向全院通报以上分析内容结果，上报院领导和医院感染管理委员会。遇医院感染暴发或某种特殊菌株流行等特殊情况时，及时进行信息的

通报。

9、多重耐药菌监测：加强与微生物实验室合作，建立多重耐药菌监测机制。微生物室建立多重耐药菌登记本，监测到多重耐药菌患者时登记并及时电话通知所在的临床科室和医院感染管理科；临床科室接到“多重耐药菌”的报告，立即报告科主任、护士长，采取相应的预防控制措施。如确诊为医院感染的，必须在24小时内填卡上报至医院感染管理科；我科建立多重耐药菌登记本，当电话接到微生物实验室上报的“多重耐药菌”，先登记并及时电话告知临床科室采取相应的预防控制措施，然后将多重、泛耐药菌医院感染控制指导书下发到科室，并对科室所采取措施进行督导检查、干预，防止多重耐药菌传播，避免医院感染暴发。当发现有多重耐药菌医院感染暴发可能时，立即向分管院长报告，进行有关相应处置，每季对医院感染多重耐药菌分布情况进行分析、反馈。

10、职业防护监测□20xx年全年全院医护人员共发生职业暴露事件1人次，院感科根据暴露级别、暴露性质，对暴露者都已及时做了指导并及时追踪监测。

### 1、医院感染综合质量控制：

每个月按照制订的《医院感染管理质量考核标准》对全院各临床、医技科室进行医院感染全面检查，对检查结果进行认真细致的分析、评分，并且将结果进行反馈。各科室根据医院感染管理方面存在的问题制定改进措施，进行整改，有效预防和控制医院感染。

### 2、加强环节质量控制：

（1）加强重点部门的医院感染管理：手术室、综合icu□供应室、血液透析中心、产房、新生儿科、口腔科、内镜中心、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，按照标准对手术室重点检查手术后各类器械清洗、消毒及室内环境消毒效果监测，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，因此督促相关科室为医务人员安装洗手设施，配备洗手液、快速手消毒液，张贴洗手流程图等，大大提高了医务人员手卫生依从性，减少了院内感染。

### 3、强化重点科室医院感染管理：

(1) 把控制高危科室的医院感染作为工作重点，如icu□血液净化中心，经常到临床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。

(2) 在护理部的大力配合下，继续对消毒供应中心的工作进行规范，把可复用医疗用品如：呼吸机螺纹管、面罩及湿化罐、氧气湿化瓶、压脉带等集中到消毒供应中心统一管理，并由消毒供应中心派遣人员监督实施内镜中心的清洗消毒灭菌工作，真正实现消毒供应的集中式管理模式，确保医疗器械及用品的消毒灭菌质量。

(3) 加强了手术室手卫生依从性、消毒供应中心外来器械、植入物的管理,对发现管理中的环节缺陷，采取相应措施进行干预。

继续强化医疗废物管理，各科室产生的医疗废物严格分类收集，标示正确，分类明确，建立登记本，交接人员双向签名，专人负责上门收取，规范和统一了医疗废物标识，并对运送人员进行了个人防护、消毒隔离、医疗废物分类等相关知识的专项培训，使其增强了院感意识，强化了院感管理，对医疗废物分类、毁形流程进行督导，防止流失、渗漏及扩散。并对检验科废弃标本、病原体的培养基、菌种、毒种、保存液等高危险废物处理进行监督、检查、指导。医疗废物暂存处严格执行消毒、管理制度，建立了多方监督的交接流程，确保医疗废物安全。

在血液净化中心阳性间的的布局改造和基础设施的配置中按照相关规范提出建议，符合建筑在人流、物流、气流和设施上的医院感染管理要求，根据卫生部《手卫生规范》，配备洗手设施。

- 1、对新进人员、实习生、进修生进行了医院感染相关知识的培训。
- 2、对全院医护人员进行了预防与控制医院感染知识培训，多重耐药菌监测与防控知识的培训、医务人员手卫生规范解读。
- 3、对内镜中心全体医务人员进行了内镜中心专科院感知识及相关规范的培训。
- 4、对消毒供应中心全体医务人员进行了消毒供应中心院感知识及相关规范的培训。
- 5、对血透室全体医务人员进行了血透室专科院感知识及相关规范的培训。
- 6、对全院外科系统医务人员进行了手卫生相关培训，
- 7、对工勤保洁人员进行了传染病、医疗废物、环境清洁消毒

相关知识的培训。

回顾过去，通过一年努力工作，使医院感染质量上了一个新台阶，降低了感染发病率，但还存在不足、不完善的地方，如重点部门手卫生设施配备不完全到位，医务人员手卫生依从性不高；抗生素分级使用送检率不达标，存在经验用药、预防性应用等现象；口腔中心人员因素还存在一些急待改进的问题；一些在职人员、新上岗人员院内感染意识还需进一步提高；手术室、产房等一些重点部门的布局还需改造；感染性疾病科有待建立等。以上问题需要今后不断完善和提高，虽然目前某些方面的感染隐患还很严峻，但是我们坚信，只要我们在院领导的正确领导下，统一认识，各尽其责，相互配合，先易后难，分步实施，切实采取有效预防与控制措施，并在工作中不断总结经验，虚心学习，一定能把医院感染管理工作做得更好，更扎实有效。

## **2023年医院感染中心工作总结 全年医院感染工作总结优质篇二**

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。

5、开展了多重耐药菌的监测：每周不定时了解致病菌检测结果，发现多重耐药要求采取隔离措施，加强工作人员自我防护，避免交叉感染。

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，确保了病人的身体健康和生命安全。

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。

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。

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。

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。

急诊科

xx—12—31

## 2023年医院感染中心工作总结 全年医院感染工作总结优质篇三

- 1、医院成立了组织机构，制定了相关院感制度。 并进行了院感知识的培训及考试。
- 2、医院感染管理能按照标准进行各项工作，每月有工作计划及工作总结，检查工作有记录，总共检查90次。
- 3、各种登记本规范记录，高压消毒物品有记录，消毒包内有指示卡监测、包外有指示胶带监测。
- 4、医疗废弃物处理有记录，各科室统一使用了洗手液，手卫生得到进一步规范。
- 5、能够进行医院感染病例的监测及消毒灭菌和医院环境的监测。
- 6、每月对病房、产房、手术室及门诊治疗室等重要科室进行一次院感监测。检测项目有：空气、物表、台面、酒精、碘伏、工作人员手等。
- 7、环境卫生学、消毒灭菌效果及手卫生监测情况：

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、产房、供应室、病房等重点科室的

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177份，其中空气采样培养49份，物体表面采样培养21份，医护人员手采样培养57份，台面采样培养16份，酒精采样培养6份，碘伏采样培养26份，手消毒液采样培养1份，药杯采样培养1份。合格率98%。之后院感办对不合格的4份采样培养进行了原因分析、反馈及整改，对不合格的4份从新做了采样培养，合格率为100%。

## 8、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。

落实临床科室医院感染监控小组，按照医院感染管理责任要求，严格执行医院感染相关法律法规并落实各项规章制度，充分发挥监控医生、监控护士等医护人员医院感染管理工作职责，将医院感染管理工作落实到位。

1、需进一步加强对一次性使用医疗用品的监督管理，进一步加强对一次性医疗用品及消毒药械的索证把关，确保符合医院感染的要求，达到消毒灭菌效果，并且杜绝重复使用。

2、进一步加强对重点科室、重点部门及重点环节的院感监测，如：手术室、产房、病房等科室。

3、医院感染管理科的监测工作需更细化、更深层次，降低医院感染率。

4、工作人员手卫生意识有待加强

5、小部分工作人员对感染性医疗废物与损伤性医疗废物、生活垃圾与感染性医疗垃圾分类不清，需加强学习院感知识。

1、加强医院感染管理工作，健全健全组织机构，制定年度工作计划。并认真对医院感染进行监测。

3、加强对全院医务人员院感管理、个人防护、无菌操作技术等知识的培训，提高全员的素质，争取全院重视并参与这项工作。

4、加强重点部门的管理工作，不断改善布局及流程，规范器械的清洗、消毒操作规程，采取切实有效措施保证消毒灭菌效果。以保证医疗安全。

6、全员培训《医疗废物管理条例》和《医疗卫生机构医疗废物管理办法》，进一步规范医疗废物的管理；规范使用医用垃圾袋及利器盒。

院感科

20xx年12月28日

## **2023年医院感染中心工作总结 全年医院感染工作总结优质篇四**

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。

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。

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。

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，我院住院患者中共分离出多重耐药菌 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。

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，为进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毒液。开展了全员性培训，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。

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。

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。

感控办

xxx年10月30日

## **2023年医院感染中心工作总结 全年医院感染工作总结优质篇五**

### **一、健全组织，完善管理**

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。

### **二、加强质量管理，确保医疗安全**

(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、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，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、总结，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。

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，每月检查过滤网的清洗，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、护士长并签名，要求采取隔离措施，加强工作人员自我防护，避免交叉感染。

#### 四、沉着积极应对突发事件

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。

#### 五、实行规范化，流程化管理

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。

#### 六、加强医疗废物的管理

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。

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，提高了医院的经济效益和社会效益。

### **2023年医院感染中心工作总结 全年医院感染工作总结优质篇六**

我科认真抓好日常工作，定期、不定期对科里感染控制工作进行督促、检查，科室由专人负责本科室的监控工作，按时向院感组汇报有关情况。由于层层落实，保证了我科院内感

染管理工作的顺利开展。

- 1、医疗废物与生活垃圾混淆不清。
- 2、诊疗处置操作后快速手消使用不及时。
- 3、处置患者时口罩佩戴不合理。
- 4、院感染登记有时漏项。

1、认真学习《医疗垃圾管理办法》，并进行提问考核，做到人人明确，人人掌握。

2、加强手卫生知识培训提倡七步洗手法，讲解快速手消毒液使用方法及注意事项。

3、加强监管，处置患者时口罩正确有效佩戴。

4、各项登记本责任到人，定期、不定期检查如有漏项及时改正。

## **2023年医院感染中心工作总结 全年医院感染工作总结优质篇七**

1、制定各类工作计划（医院感染、健康教育、妇幼健康教育、控烟工作计划，妇幼工作、食源性疾病、孕妇学校）

2、更换各种本部。

3、细化了医院感染监测（全面综合监测和目标监测）的项目、按照卫生部《医院感染管理规范试行》要求）。

（1）全院综合性监测：，一类切口手术部位感染控制在0.5%.

(2) 目标性监测：开展手术部位感染监测8例、留置导尿监测8例，监测标本30人次，肾内科2例多重耐药，及时给予督导，进行隔离，防止交叉感染。

3、环境微生物监测：本月对全院重点科室（手术室、分娩室、供应室、腔镜室血液透析室、口腔科）及外口综合楼科室（病理、血库、妇科、普外、头颈胸科、骨科、五官科）进行了空气物表、无菌物品，透析用水，透析器接口透析液监测，结果均达标。

4、医疗废物管理方面：严格医疗垃圾分类，认真交接，不足之处个别科室登记不及时，锐器盒未注明开启时间。

5、一次性卫材“三证”监测，三证齐全，无过期。

6、无菌物品管理方面：个别科无菌包过有效期，

7、培训方面：制定预防医院感染各类培训计划，本月为下收医疗废物及管理人员培训一次，内容《医疗废物管理条例》《医疗废物下收流程》《医疗废物外泄应急预案》培训进行考核，试卷存档。

1、制定结核病、传染病工作计划。根据上级卫生行政部门要求，传染病报告卡进行更新，并使用。

2、不定期到检验科、病案室检查传染病漏报情况，每周、月进行自查。本月网报未统计。

制定食源性疾病工作计划，更换各项登记本部。

1、制定健康教育工作计划，制作宣传材料（健康教育、妇幼健康教育）。

2不定期到检验科、妇产科检查各项登记，免费检测项目检测、

登记符合。 按时上报妇幼周、月、季报表（10-1月）。本月上报高危孕妇48人。其他项目省略。

3、按时到科室监测afp(脊髓灰质炎)14种疾病，按时旬报表。

4、健康教育宣传一次，内容《h7n9禽流感防治常识》，妇幼健康教育宣传栏宣传一次，内容《增补小剂量叶酸预防胎儿神经血管缺陷》。禁控烟宣传一次，内容《戒烟的方法及技巧》。

5、1月17日组织孕妇学校培训一次，内容《怀孕前的准备》《促进母乳喂养知识》有5名孕妇参加，取得较好效果。

1、控烟工作计划，不定期到疗区检查控烟情况。

2、积极开展爱国卫生工作，为各科室下发灭鼠药。

## **2023年医院感染中心工作总结 全年医院感染工作总结优质篇八**

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。

## **2023年医院感染中心工作总结 全年医院感染工作总结优质篇九**

xx年内科共计出院病人xx人，发生院内感染人数为xx人，感染率为1.98%，感染例次为43例次，无医院感染迟报、漏报

病例。院内感染部位分别为上呼吸道4例、下呼吸道36例、泌尿道感染2例，导管相关性感染1例。综合感染因素考虑为：脑梗患者年老、长期卧床，老年患者、身体抵抗力低下，存在感染高风险。根据我科收治病人、病种的特点，发生医院内感染的病人90%以上为脑卒中及老年基础疾病多的病人，原因分析主要考虑发生院内感染的患者多属老年人，基础疾病多，病情重、病程长，且由于体质差、营养欠佳及吞咽、咳嗽等正常反射不同程度的减弱或消失，排痰功能下降，长期卧床痰液坠积不易咳出，导尿侵袭性操作等因素，针对我科特点，我科医护人员认真规范进行各种医疗操作，护理工作认真负责，鼓励帮助患者翻身促进痰液排出，进行口腔清洗、导尿管及予睡防褥疮气垫床等护理，均有效减少了我科医院内感染的发生。

二、严格执行《消毒隔离制度》，加强灭菌物品、一次性卫生用品、消毒剂的管理，加强环境管理，科室院感小组定期进行科室自查，发现问题及时整改，并及时总结记录。

三、配合感控科下科室的各种检测检查工作、针对检查反馈情况中发现的问题再反复认真学习并总结记录。共同努力有效控制了医院感染。

四、重视院感知识教育培训工作，全科人员坚持每季度集中学习院感相关知识，积极参加院内感染知识讲座和培训。增强了科室人员的院感责任意识。

五、规范医疗废物管理：规范我科的医疗废物管理，无医疗废物违规处理事件，无医疗废物流失事件。

六、职业暴露工作情况：重视对职业暴露预防及控制处置规范流程的学习，增强科室医护人员的自我保护意识，全年无医务人员职业暴露事件发生。

七、重视细菌耐药监测及多重耐药菌的监测，将其纳入科

室“危急值”管理，组织科室人员学习多重耐药菌的各种防控措施，并根据我科出现的1例“多重耐药菌感染”病例，进行实战演练，及时隔离病人，按要求贴接触隔离标识，并对科室人员、保洁人员进行多重耐药菌防控措施的培训，对家属也进行了一些消毒隔离知识的培训有效预防了医院感染的发生。

八、认真组织学习手卫生规范。并进行全科考核，手卫生依从性对比有所提高。

2、偶有时工出现消毒液开启未标注启用时间现象；

3、偶有治疗室清洁不到位，照明灯积有尘，空调出风口有蜘蛛网等现象。

4、院感病例报卡后未及时记录到《院感管理手册》中的“月医院感染病例登记表”上。

5、个别月份《院感管理手册》中发现问题，科室已经做了整改与改进，但未及时记录科内自查、存在问题原因分析及整改措施。

6、二甲台账“院感”部分记录完成不及时。未能做到逐步归档。

针对上述存在问题我科将继续引起高度重视，认真加以整改。

## **2023年医院感染中心工作总结 全年医院感染工作总结优质篇十**

20xx年内科共计出院病人xxx人，发生院内感染人数为xx人，感染率为1.98%，感染例次为43例次，无医院感染迟报、漏报病例。院内感染部位分别为上呼吸道4例、下呼吸道36例、泌尿道感染2例，导管相关性感染1例。综合感染因素考虑为：

脑梗患者年老、长期卧床，老年患者、身体抵抗力低下，存在感染高风险。根据我科收治病人、病种的特点，发生医院内感染的病人90%以上为脑卒中及老年基础疾病多的病人，原因分析主要考虑发生院内感染的患者多属老年人，基础疾病多，病情重、病程长，且由于体质差、营养欠佳及吞咽、咳嗽等正常反射不同程度的减弱或消失，排痰功能下降，长期卧床痰液坠积不易咳出，导尿侵袭性操作等因素，针对我科特点，我科医护人员认真规范进行各种医疗操作，护理工作认真负责，鼓励帮助患者翻身促进痰液排出，进行口腔清洗、导尿管及予睡防褥疮气垫床等护理，均有效减少了我科医院内感染的发生。

二、严格执行《消毒隔离制度》，加强灭菌物品、一次性卫生用品、消毒剂的管理，加强环境管理，科室院感小组定期进行科室自查，发现问题及时整改，并及时总结记录。

三、配合感控科下科室的各种检测检查工作、针对检查反馈情况中发现的问题再反复认真学习并总结记录。共同努力有效控制了医院感染。

四、重视院感知识教育培训工作，全科人员坚持每季度集中学习院感相关知识，积极参加院内感染知识讲座和培训。增强了科室人员的院感责任意识。

五、规范医疗废物管理：规范我科的医疗废物管理，无医疗废物违规处理事件，无医疗废物流失事件。

六、职业暴露工作情况：重视对职业暴露预防及控制处置规范流程的学习，增强科室医护人员的自我保护意识，全年无医务人员职业暴露事件发生。

七、重视细菌耐药监测及多重耐药菌的监测，将其纳入科室“危急值”管理，组织科室人员学习多重耐药菌的各种防控措施，并根据我科出现的1例“多重耐药菌感染”病例，进

行实战演练，及时隔离病人，按要求贴接触隔离标识，并对科室人员、保洁人员进行多重耐药菌防控措施的培训，对家属也进行了一些消毒隔离知识的培训有效预防了医院感染的发生。

存在的不足：

2、偶有时工出现消毒液开启未标注启用时间现象；

3、偶有治疗室清洁不到位，照明灯积有尘，空调出风口有蜘蛛网等现象。

4、院感病例报卡后未及时记录到《院感管理手册》中的“月医院感染病例登记表”上。

5、个别月份《院感管理手册》中发现问题，科室已经做了整改与改进，但未及时记录科内自查、存在问题原因分析及整改措施。

6、二甲台账“院感”部分记录完成不及时。未能做到逐步归档。

针对上述存在问题我科将继续引起高度重视，认真加以整改。