

# 2023年医院感染护士工作总结 全年医院感染工作总结(汇总5篇)

总结是对某种工作实施结果的总鉴定和总结论，是对以往工作实践的一种理性认识。怎样写总结才更能起到其作用呢？总结应该怎么写呢？那么下面我就给大家讲一讲总结怎么写才比较好，我们一起来看一看吧。

## 医院感染护士工作总结篇一

20xx是我院开展医院管理年活动的重要一年，而医院感染工作是此项活动的重点内容之一，预防和控制医院感染是保障病人安全，提高医疗质量以及维护医务人员职业健康的一项重要工作，一年来在院领导的大力支持和各科室相互配合下，圆满完成了医院感染的各项工作任务，现总结如下：

根据管理年标准要求，重新调整了医院感染委员会组织机构，科室成立了感染监控小组，由科主任、护士长及医生、护士各一名组成监控小组，明确了职责，负责本科室医院感染监测和感染病例的上报工作，督促检查消毒隔离制度的落实情况，制定了感染委员会和各部门管理小组职责，各种制度、操作流程、应急预案等一整套医院感染管理的长效机制，已装订成册下发科室，每月定期或不定期检查各项制度落实情况并给予指导，检查结果纳入医疗护理质量考核中，对查出的问题及时反馈到科室，要求科室制定整改措施，将整改措施作为下月重点检查内容，同时与科室的奖罚制度挂钩，促进了医院感染预防控制工作的落实。

- 1、严格无菌操作，无菌技术是预防医院感染的重要环节。因此，为手术室、产房配备了交换车，根据医院年青医护人员多，有些人无菌观念淡薄，加强了对消毒隔离制度的检查落实，严格操作规程及六步洗手法，做到操作前后洗手或用消毒剂喷手，注重操作中是否符合无菌操作程序，从而加强了

医护人员无菌操作规范化管理。

2、严格无菌物品的监测与管理，强调无菌物品有专柜定位放置，注明消毒日期和有效期及正确的贴签方法，使用时注明开启日期和时间，不准有过期物品出现。取消了戊二醛浸泡，凡能高压灭菌的物品一律采用高压灭菌，使用中的消毒液、无菌溶液开启后写明日期时间，使用后血压计、听诊器采用擦拭消毒，体温计、氧气湿化瓶、吸痰器的引流瓶、呼吸机管道，用后及时浸泡消毒后干燥保存，一切医疗器械用后先浸泡消毒清洗后再送供应室高压灭菌，保证了无菌物品的消毒质量，一次性物品绝对不能重复使用，止血带、扫床巾、擦桌布，做到一人一带一巾一布一消毒使用。

3、按照管理年要求，给胃镜室购置了清洗槽和储镜柜，为预防由内镜引起的医院感染提供了保障，口腔科布局不合理，在院领导的支持下，改建了房间布局，操作台之间设了隔段，增设洗手池和超声清洗机，理疗室完善了消毒隔离制度，建立了空气培养登记本，银针进行双灭菌，床与床只设立了屏风。人流室增加了房间，分设清洗室、手术室、病人休息室，建立医护人员通道、病人通道，严格执行门关，制定了刷手流程，配备专用洗手消毒液，做到一人一刷一用一灭菌，减少了医院感染的发生。

1、医护人员手污染是造成医院感染的重要传播途径，加强手的消毒管理是预防医院感染最重要最简单易行的措施之一，要求医护人员每次操作前后或接触病人前后都要认真洗手，为了提高洗手质量，各科改造了洗手设施，购进了有消毒作用的洗手液，张贴了洗手流程示意图，并进行操作示范，达到人人掌握，严格执行最手卫生的要求，为了减少医院感染的发生，从元月份开始对工作人员手、无菌物品、消毒液、空气等各种物体表面每月做一次培养监测，工作人员手合格率90%、无菌物品合格率100%、空气培养合格率100%、各种物体表面合格率89%。

2、紫外线消毒管理，我们各科采用紫外线和电子灭菌器空气消毒，各科室每月做空气培养一次，院感办每月抽查重点科室，手术室、产房、口腔科空气培养一次，每半年用紫外线化学指示卡监测紫外线强度一次，新安装的灯管随时监测，并将结果详细记录保存，如：灯管辐射的强度，使用时间等，对强度不达标的灯管及时更换，以确保空气消毒质量。

3、对高压锅监测的管理，规范了全院无菌物品的统一消毒灭菌制度，从2月份开始对供应室、口腔科高压锅每月做生物监测一次，对每锅物品用压力蒸汽灭菌化学指示卡或3m胶带做化学监测，保证了无菌物品的灭菌效果，院感办不定期抽查，确保有效的消毒浓度。

按医院感染要求，规范了医疗废物的收集处理流程，医用垃圾与生活垃圾用不同颜色塑料袋分装，配备了锐器盒和专用垃圾袋，订做了医疗废物警示标识，一次性注射器用后进行初步毁形，浸泡处理由供应室回收后送锅炉房焚烧处理，对卫生员进行教育，培训率100%使之熟悉掌握医疗废物收集、运送、储存集中处置流程，医用垃圾出科前贴警示标识、密闭运送与锅炉房人员进行交接并实行双签名，生活垃圾由各科卫生员轮流每人一个月负责管理，院感办不定期进行检查。

在医务处、护理部的密切配合下，加大了培训力度，对全院医护人员、工勤人员分层次采用多媒体进行了强化培训，普及医院感染有关知识，印发了消毒技术规范、医院感染诊断标准，编印了医院感染知识指南，人手一册，重点科室人员送出去参加短期培训班，发放资料由各科室组织学习等形式，对新上岗人员进行岗前教育，并进行考核，合格后再下科室工作，对全院医护人员进行考核2次，合格率100%，院感办不定期下科室提问，了解工作人员掌握院感知识情况，努力做到人人皆知，全员参与，将预防医院感染工作始终贯穿于医疗活动的全过程。

对各科医院感染病例的发生状况进行调查、统计分析，要求

科室在发生感染病例48小时内上报院感办公室，对全院出院病例进行检查，发现有漏报情况及时反馈到科室，并与科室共同采取有效措施，以降低医院感染发病率，全年出院6170人、感染病例141人、感染率2.2%、上报132人、漏报9人、漏报率6.4%、手术1827人、切口感染33人、切口感染率1.8%，其中无菌手术437人，无菌手术切口感染率为零。

一年来通过管理年评价指南标准的学习，健全了组织、落实了制度，全员重视、人人参与，在各科的大力配合和全院职工的努力下，10月底顺利通过上级领导和专家的督导检查，虽然取得了一定的成绩，但也存在许多不足，如：个别时候消毒液浓度不够，垃圾混放现象，在今后的工作中，一定要继续学习感染知识，加强培训，提高全院医护人员预防医院感染的意识，我相信在大家的共同努力下，我院感染工作一定会再上一个新的台阶。

## 医院感染护士工作总结篇二

### 一、医院感染监测情况：

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。

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

存在的不足：

- 1、部分工作人员手卫生依从性较低，日常工作中存在少数未按指征洗手现象；
- 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。

### **医院感染护士工作总结篇三**

我科在院领导和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。现将今年主要工作总结如下：

为进一步加强医院感染工作，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。

1、加强院感管理，严格遵守无菌操作原则，减少院内感染的发生。我科全部使用成品a□b液，虽然支出成本加大，但也大大降低院感风险。

2、每次透析结束对机器消毒，并进行登记，每天对电导度的检测、每周对水的硬度、游离氯的检测，每月对透析液，反渗透水进行1次细菌培养，三月一次内毒素检测。，每年对化学污染物进行一次水质检测。

3、环境卫生学监测包括（工作人员手、空气、物表及紫外线灯管的检测）。

4、丙肝、乙肝患者与阴性患者分区并专机透析，做到一人一机一消毒。每半年进行一次传染病检查。开诊以来未新增一例丙肝、乙肝患者。

5、对血透病人所用的医疗物品，如透析器等严格按医院规定领用，一次性使用，医疗废物按规定分类销毁处理。

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。

1、科室产生的医疗废物有医院安排专人负责收集、处理工作的最终实施。

2、严格对医疗废物管理做到分类储存收集登记未发生医疗废物流失泄漏现象。

五20xx年2月份，血透室整体搬迁到新区，新迁的血透室新区分区明确，布局合理，严格三通道，保障了患者的治疗与安全，并于4月份顺利通过省专家组的验收，得到了省专家组的好评与认可。

## 医院感染护士工作总结篇四

xxxx年我院的医院感染监控工作紧紧围绕等级医院复审这一主题，从建章立制到措施落实，始终贯彻持续改进的理念，使我院的院感管理工作逐步走向规范化、制度化、科学化。在全院每一位职工的共同努力下，全年未发生医院感染的暴发流行，圆满地完成了年初的工作计划，现总结如下：

为进一步加强我院的医院感染管理，强化我院的医院感染环节管理，根据卫生部xxxx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，结合我院的实际，对我院2011版《本钢总医院医院感染预防与控制手册》及时进行了修订，新的医院感染监控制度内容更全面、更科学。新的医院感染预防与控制操作规程更是涵盖了我院医院感染控制的所有环节，使医务人员在医院感染控制上有章可循。

为使我院的规章制度能得到有效的贯彻执行，我们对临床科室xxxx年的绩效考核标准进行了修订，制定了新的《临床科室医院感染小组工作记录》，新的记录本在内容上更全面、更有实用性，在实际工作中体现出了实际效果，推动了临床院感工作的持续改进，在本次等级医院复核中得到了专家的认可。

为了解我院的医院感染情况，为医院感染控制提供科学依据，根据卫生部《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、全院综合性监测：全年共监测住院病人38 164人，发生医院感染653例，医院感染发病率为1.71%，处于较低发病率水平。但不容忽视由于我们院感专职人员少，医生主动报告意识差，存在着医院感染的漏报现象。全年无菌手术切口感染5例，无菌手术切口感染率为0.14%，比上年有所提高，我们分析与抗菌药物的合理使用有关，应成为我们明年院感控制的



重点。

## 2、目标性监测

炎的发病率为7.97%；中心静脉插管使用率为9.32%，血管导管相关血流感染率为0；导尿管使用率为94.78%，留置导尿管相关泌尿系感染的发病率为3.49%。

(2) 手术部位感染监测：4月份开始在普外科开展了甲状腺切除术、胆囊切除术的手术切口感染情况的目标性监测。共监测手术317台次，手术部位感染2例，调整感染率2.63%。

5.88%，住院总日数324天，病人日感染人次率为24.691%，调整日感染人次率为10.36%。

(4) 细菌耐药性监测□xxxx年1月1日至12月21日细菌室共分离出多重耐药菌株502株，（其中以esbel阳性的大肠埃希氏菌为主，占33.78%，其次多重耐药的鲍曼不动杆菌位居第二位，占28.19%。）绝对株数333株（剔除同一患者培养出的重复菌株），以监测多重耐药菌患者259人，发生医院感染47人，多重耐药菌的检出比例较上年有所上升，原因在于今年的送检率提高，但不容忽视多重耐药菌的控制仍存在问题。

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891份，合格率为99.44%，对不合格的科室进行整改，重新监测合格；消毒灭菌效果监测1583份，合格率100%；无菌物品监测343份，合格率100%；高压灭菌器生物监测795锅次，合格率100%；环氧乙烷灭菌器生物监测252锅次，合格率100%；低温等离子生物监测39锅次，合格率100%，保证了医疗安全。

1、减负增效避免形式化的感控：以三甲复审工作为主线，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，同时我们又将临床的多项记录合并，为临床科室制定了具有我院特色的《临床科室医院感染管理小组工作记录》，将医院感染病例登记、多重耐药菌感染病例登记、科室质控记录、会议记录等简化合并，使医务人员把主要精力放在医院感染控制上，而不是书写记录上，临床反响良好。

染的预警能力，为我院医院感染的预防控制工作增添了双翼，必将对我院的院感控制工作起到推动作用。目前软件正在安装调试中。

3、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，在处置室、治疗室、走廊等处张贴手卫生宣传画及六步洗手法图示。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。

4、主动干预医院感染的高危因素，降低“三管”感染的发病率：针对icu“三管”使用率高，病人病情重极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院感人员，能主动采取控制院感的措施，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。

5、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。

6、成立picc门诊，实行专业化护理，降低院感风险：针对全院中心静脉导管置入科室的picc穿刺及维护环境差，容易发生感染的问题，我科协同护理部建议我院成立了专门的picc门诊，使置管进入门诊手术间进行，保障了置管环境的清洁，以预防picc导管置入患者发生医院感染。目前picc门诊已成立，正在试运行中。

的感控，将有限的资源用在感控的高危因素控制上。

8、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9月19日进行了下呼吸道铜绿假单胞菌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，使护理人员掌握了多重耐药菌感染暴发的应对措施，对防护用品的穿脱程序也有了感性认识，提高了临床对医院感染暴发事件的应急处理能力。

9、扩大器械清洗消毒的范围，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》及等级医院评审细则的要求，我院重复使用的诊疗器械、器具及物品在回收、清洗、包装、灭菌的细节方面仍然存在着问题，因此我们与护理部、消毒供应中心一道多方协调，对未集中清洗的器械逐渐统一回收至消毒供应中心集中处理，保证了我院消毒灭菌的质量。

10、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。

11、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，我院现有的两家保洁公司保洁标准不统一，保洁程序不规范，保洁的质量参差不齐，为此我们根据《医疗机构消毒技术规范》的要求，开展了保洁员的培训，对保洁的细节进行规范，统一了保洁的程序，使保洁员掌握了保洁的标准，提高了保洁的质量。

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14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我身边，主动采取措施控制院感是自己的. 职责，使病人的医疗活动更加安全。

为了让临床能及时得到医院感染的信息，我们编辑制作了4期《医院感染通讯》，将医院感染管理工作的最新动态、法律法规、医院感染方面的监测数据等刊登在此刊物上，将《医院感染通讯》下发各科室，以便临床科室学习，从而达到资源共享。

全年医护人员上报职业暴露28例，其中护士21人，医生6人，检验1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。

1、我院虽然建立了院感三级网络，但是院感的三级管理网络没有真正发挥作用，形式化的管理较多。因此我们要探索建立一种奖罚结合的管理模式，提高三级网络的积极性。

2、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。

3、手卫生依从性还需进一步的提高。

4、我院部分医务人员在医院感染防控工作中还存在着“你推一推，他才动一动”的被动思想，所以感控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，我们感控人仍要不断的努力。

总之，院感管理工作与医疗活动联系之紧密日益加深，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，需要我们高效的院感团队来共同努力，更需要院领导及全院员工的戮力同心，来推动我院的医院感染管理工作向更高的层次迈进。

## 医院感染护士工作总结篇五

20xx年在院领导的重视和关心下，我院院内感染做了大量工作，从组织落实开始，到严格管理，开展必要的临床监测，采用多种措施，使我院的院内感染管理逐步规范化，制度化，科学化，将院内感染率控制在较低水平。为今后进一步做好院内感染管理工作，现将我院本年度院内感染工作总结如下：

一，加强组织领导，保证院内感染工作的顺利开展。在院长的亲自领导下，认真抓好日常工作。定期，不定期对各科的院内感染控制工作进行督促，检查，对全院的相关数据进行收集，统计。

二，进一步完善相关制度并贯彻落实。

院感管理委员会在原有制度的基础上，完善了医院感染监测制度，一次性使用医疗用品管理制度，医疗废物流失，泄漏，

扩散紧急处理措施等相关制度，加强了制度的建设和学习，并认真贯彻执行。对于提高防范意识，降低医院感染率极为重要。

三，加强了供应室器械的消毒管理工作。

坚持初洗与精洗分开，坚持未灭菌和已灭菌物品分开，在压力蒸汽灭菌时，坚持在包外使用指示胶带，包内使用指示卡进行自我监测，保证了消毒灭菌质量。

四，继续抓好临床各科室消毒隔离，感染监测工作。在全年的消毒液更换及器械浸泡检查中，器械浸泡及消毒液的配制，更换时间均符合要求。

五，管好一次性用品，保证病人的医疗安全及防止社会污染。

在全年的一次性用品购进中，严格查证，检查质量，对购进的一次性用品进行检查，登记，把好一次性用品消毒药器购进关口，严防不合格产品进入我院。对使用过的一次性用品各科室一直坚持毁形，消毒并登记。

六，加强院感知识培训，提高全院职工控制院内感染意识。结合我院实际，组织开展了一系列的院感知识培训，如医务人员职业暴露的防护医务人员手卫生规范等，增强了医务人员预防控制医院感染意识。

在全院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。我们相信，在新的一年里，只要我们不断总结经验，虚心学习，我们将把院内感染控制工作做得更好。