

# 2023年医院感染检测工作总结(优秀9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。总结书写有哪些要求呢？我们怎样才能写好一篇总结呢？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。

## 医院感染检测工作总结篇一

院内感染工作在中心领导的支持下，与检验科、药剂科、后勤科及个相关科室的积极协作下，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、目标监测以及预防医院感染的发生等方面有一定成效。现将上半年工作总结汇报如下。

今年召开医院感染管理委员会会议1次，分别就2015年工作总结、2016年工作计划及培训学习计划等几个内容，专门研究布署，落实相关工作。

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、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。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。

对亮点予以表扬，每个月对医院感染病例进行数据汇总和分析，主要内容包括医院感染目标监测信息、病例监测分析、现患率调查情况、消毒隔离检查情况、法律法规等等。

- 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、落实医院环境卫生监测制度。市防疫站每月对重点科室监测。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。上半年送检包括物体表面，空气、消毒液、水等在内共114次，合格率为100%。

3、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。

4、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。

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。

sop以及药物不良反应报告制度等。

年度完成包括抗生素、院感及医疗废弃物管理相关制度在内的培训共3次，工勤人员院感法律法规培训1次，同时有4人次参加包头市卫生局举办的市级院感岗位培训2次。

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，护理部和后勤积极配合，使医疗废物处置基本做到了有序、规范、合理、正确。

1、由于医院条件限制，有部分工作开展不到位。

2、督查时发现个别科室各项记录不及时不完善。

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、干手设备和手消毒剂的应用等，如有损坏需及时维修。

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，护工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。

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

因此，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作做得更好。

包头金氏中医肾病医院院感科

20xx年5月30日

## 医院感染检测工作总结篇二

总结是指对某一阶段的工作、学习或思想中的经验或情况进行分析研究，做出带有规律性结论的书面材料，它是增长才干的一种好办法，不妨让我们认真地完成总结吧。总结一般是怎么写的呢？以下是小编整理的医院感染工作总结，供大家参考借鉴，希望可以帮助到有需要的朋友。

20xx年在院领导的重视和关心下，我院医院感染小组就控制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，使我院的院内感染

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，现将我院本年度院内感染控制工作总结如下：

医院感染管理小组业务院长牵头，医务科、护理部兼职参与，各科室负责人任组员。负责全院的感染控制工作，并对各科室进行指导。院感小组认真抓好日常工作，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。工作层层落实，保证了我院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就显得十分重要。年初，根据我院具体情况，修订了医院工作各项sop，加强制度的建设和学习，对全员医护人员定期培训及考核，并认真贯彻执行，提高防范意识、降低医院感染的发病率；院感小组定期检查制度落实情况，充分发挥制度的约束作用，使各项工作落到实处。

1、根据各项sop及《传染病防治法》等，院感小组加强了对各临床科室的消毒隔离、感染监控工作。每月检查一次，对发现的问题及时处理，大大降低了院内感染的可能性。在全年的消毒液更换及器械浸泡检查中，除有的科室偶有漏记录或记录不全外，器械浸泡及消毒液的配制、更换时间均符合要求。

2、对临床科室护理人员的手表面、物表面、空气、消毒剂、紫外线的强度、高压灭菌包等的监测，合格率达100%。

3、院感小组人员定期到相关科室了解有无院内感染病例，有无漏报、错报等。各科对发现的'院内感染病例，及时进行登记并上报院感小组。经统计，院内功能微生物培养率为100%，全年院内感染发病率为8%，较去年下降1.1%。

在今年的一次性用品购进中，院领导更加强了这方面的管理工作，严格查证、检查质量。院感科与库房保管负责对购进的一次性用品进行检查、登记，把好一次性用品、消毒药械购进关口，严防不合格产品进入我院。在本年度中，我院购进的一次性用品无一样不合格产品。院感小组每季度对库房及各科室存放的一次性使用无菌医疗用品检查一次，护理人员在使用前严格查对，以防将过期、失效等的一次性用品给病人使用。由于严格把关，无一例病人使用不合格的一次性使用无菌医疗用品。对使用过的一次性用品，各科一直坚持毁形、消毒并记录。因此，我院的一次性空针、输液器、尿袋等的毁形、消毒率达100%。毁形、消毒后的一次性使用无菌医疗用品，由市卫生局指定专人回收。

结合本院实际，院感小组组织开展了预防院内感染的专题讲座，如医院感染诊断标准、抗菌素使用、医疗事故处理条例、消毒、安全知识培训，输血有关法律、法规及输血知识学习等，对全院医务人员进行预防、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，上级专家对我院的指导，院感小组的组织、指导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。但由于我院的院内感染控制工作起步晚，还存在有不足的地方，如院内感染发病病例的诊断、报告、统计等方面做得不够，有待今后不断完善和提高。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。

**20xx年的医院感染管理工作重点：**

3、加强微生物培养及药敏试验；

4、加强紫外线强度的监测；

5、医疗废物管理要按医院医疗废物管理制度的要求执行；

6、院感管理小组应定期活动，做好有关台帐本的记录，并针对存在的问题进行整改。

20xx年1月7日

## 医院感染检测工作总结篇三

xx年院内感染工作总结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，到严格管理制度，开展必要的临床监测等，采取多种措施，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，现将我院本年度院内感染控制工作总结如下：

在院领导的亲自领导下，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，。由于工作层层落实，保证了我院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，院感管理委员会在原有制度的基础上，完善了供应室管理制度。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。

坚持初洗与精洗分开；坚持未灭菌与已灭菌物品分开。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。

根据《传染病防治法》、《消毒管理办法》等，院领导加强

了对各临床科室的消毒隔离、感染监控工作。每星期检查一次，对发现的问题及时处理。特别是口腔科、五官科等科室，除对查重复使用的物品严格按照要求消毒外，增加了一次性使用无菌医疗用品的使用率，大大降低了院内感染的可能性。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。

在今年的一次性用品购进中，院领导更加强了这方面的管理工作，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、消毒药械购进关口，严防不合格产品进入我院。在本年度中，我院购进的一次性用品无一样不合格产品。加强了一次性使用无菌医疗用品的贮存管理，按要求离地离墙存放。院感科每季度对库房及各科室存放的一次性使用无菌医疗用品检查一次，护理人员在使用前严格核对，以防将过期、失效等的一次性用品给病人使用。由于严格把关，无一例病人使用不合格的一次性使用无菌医疗用品。对使用过的一次性用品，各科一直坚持毁形、消毒并记录。因此，我院的一次性空针、输液器等的毁形、消毒率达100%。

结合本院实际，院领导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，对全院医务人员进行预防、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。提高我院预防、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。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。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。

## **医院感染检测工作总结篇四**

一直以来都是医院管理工作中的重中之重，加强医院感染管理，有效预防和控制医院感染，是提高医疗护理质量，保证医疗安全的有效保障。我院今年认真执行医院感染管理制度，

根据国家卫生部相关要求，严谨认真的开展工作，较好的完成了今年的院感工作。现将今年的院感工作情况总结如下：

一、认真学习和贯彻了《医院机构消毒技术规范》、《医院空气净化管理规范》等要求，完善和优化各种规章制度，使其与临床工作相结合，优化术前局部清洁、消毒流程，杜绝或减少手术部位感染发生。

二、医院感染管理组织依据工作制度，明确了岗位职责，要求各级管理人员加强监督检查的力度，严格执行规范要求并落实到位，较好的进行了院感的监督检查工作。

三、充分发挥医院院感监控小组的作用，认真检查落实各项院感规章制度，坚持“早发现、早报告、早控制”的原则，杜绝医院感染暴发事件的发生。

四、根据计划对医院全体人员进行了四次院感知识的培训，并组织护理人员进行了预防、控制感染知识的继续教育培训。对医院保洁员每季度进行一次培训及指导工作，从而提高其院感基础知识及防控技能，做好个人防护。

五、对医院感染及其相关危险因素进行检测、分析和反馈，对于每月检查存在的问题，召开专题讲评会议，进行原因分析并提出整改措施，要求在规定时间内对存在的问题进行整改及复查。

六、合理使用抗菌药物。积极协助医务部、药剂科，做好合理使用抗菌药物监督管理工作，做好临床、检验、药剂等科室之间的桥梁作用，协助检验科做好病原学监测工作。

七、每半年邀请成都市疾控中心对我院各科院感监测项目进行强检，所有监测项目均合格。

八、严格执行传染病上报制度，进行全员培训，让上岗人员



均清楚上报流程及方法，并按要求做好上报工作。所有传染病人均严格实行消毒隔离制度，出院时做好终末消毒工作，无一例交叉感染发生。

九、加强了医疗废物的管理工作，院感管理小组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。并对专管人员进行培训，使我院医疗废物的分类、收集、贮存、包装、运送、交接等做到规范管理，严防因医疗废物管理不善引起感染暴发。

十、各科室严格执行“成都爱尔眼科医院感控监测项目”，对高风险科室、环节空气检测、手的消毒效果检测、物表消毒效果检测、使用中的消毒剂、灭菌剂的检测、医疗器械、无菌包灭菌效果的检测。均每季度进行一次，均合格。高压灭菌器每周做一次生物检测：环氧乙烷灭菌器每锅做生物检测，每半年检测一次污水，均合格。

十一、20\_\_年我们将继续努力，学习有关院感管理的法律法规及新知识、新进展，不断完善我院的规章制度及工作流程，将院感管理工作做得更好，避免院内感染的发生。

## 医院感染检测工作总结篇五

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，全年医院感染发病率3.9%，器械消毒合格率100%，抗生素使用率60%，无菌切口感染率1.8%，有效的控制了院内感染，确保了医疗安全。现全年工作总结如下：

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：每月进行二次大检查，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，全年编写医院感染简讯四期。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，医院细菌耐药情况，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。全年共监测取样181份，其中空气122份，合格116，不合格6份，合格率95%；物表26份，合格26份，合格率100%；工作人员手监测21份，合格20份，不合格1份，合格率95%；无菌物品10份，合格10份，合格率100%；消毒液2份，合格2份，合格率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45支，合格40支，不合格5支，合格率89%。循环风消毒机35台。没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，复印件进行保存。

5、本年10月份感染科开展了住院病人现患率调查，调查前对12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：医院感染率3.9%，抗生素使用率60%。

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：每周不定时了解致病菌检测结果，发现多重耐药菌感染后，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。

加强手足口病的预防和控制，针对我省和我市相继出现的手足口病疫情，控感科每天下病房、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：对保洁人员进行了“医疗废物管理，病房消毒隔离”培训

三月份：对全院护理人员共134人进行了“医院感染预防和医院重点部门的管理”的培训，并组织考试，均合格。

四月份：对全院临床医生及辅检人员102人进行了“医院感染管理现状”及“手卫生”的培训，组织考试均合格。

六月份：对手术室工作人员18人进行了“手术室感染管理”培训。

十月份：对新上岗人员58人进行了岗前培训内容“医院感染

与感染管理”，考试均合格。对感控医生进行了现患率调查的培训。

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，提高了医院的经济效益和社会效益。

通许县中医院感染科

20xx年12月10日

## 医院感染检测工作总结篇六

为了进一步贯彻落实卫生部《医院感染管理规范》、《消毒技术规范》，促进我院医院感染管理工作，确保医疗质量和医疗安全，按照医院感染管理委员会的工作职责和年初工作计划，在医院党政的领导下，依靠全院职工的通力合作，开展了一系列的工作，现总结如下：

一、加强管理，健全各项规章制度：

1、我院党政领导十分重视医院感染管理工作，由分管院长直接担任医院感染管理委员会主任，并将此项工作列入议事日程，纳入综合目标管理的内容和全年工作计划中。认真做到了预防和控制医院感染三级管理，使预防和控制医院感染管理工作进入规范化管理。

2、根据医院分级管理和卫生部《医院感染管理规范》的要求，医院感染委员会制定了预防和控制医院感染的各项规章制度下发各科，各感染小组认真组织学习实施。

3、根据《医院感染管理规范》、《传染病防治法》、《消毒管理办法》以及医院感染管理的其它有关规定，结合我院实际，年初制定了《医院感染管理委员会预防和控制医院感染2004工作计划》，并以文件的形式下发全院各医院感染管理小组。各医院感染管理小组则结合科室情况，制定了各科室管理小组工作计划，并对一年的工作进行了总结，各科室配有质控管理人员，因此，我院医院感染管理三级网络能始终有序的良性运行，发挥了积极的作用。

4、医院感染管理委员会根据工作需要及时召开不定期会议，通报存在的主要问题，积极查找隐患，及时制定并落实改进措施。全年共召开会议10次，每次会议主题明确，内容充实，具体，及时，记录完整，体现了医院感染管理委员会在认真履行职能，实现工作目标，强化医院感染管理工作中发挥了重要作用。

5、医院各感染管理小组组织科室人员学习《医院感染管理规范》、《消毒技术规范》、《传染病防治法》等内容的知识。

二、认真履行医院感染管理委员会工作职能，各项管理规范到位，积极协调解决有关医院感染管理方面的重大事项，提出改进工作的具体措施：

1、制定我院医院感染综合监测方法，由医院感染管理专职人员坚持对每日出院病历检查，做好感染病例的个案登记和统计，每月进行医院感染监测分析，及时提出院科两级医院感染重点，及时反馈到各感染管理小组，全年共出简报4期，使医院感染管理工作能保持连续，目标明确，重点突出，责任落实，防范有效的特点。

2、为保证我院各科消毒工作质量，医院感染管理委员会切实加强全院消毒工作管理，全院各科建立了消毒管理制度，所进行的各项消毒工作分别如实登记在医院感染管理委员会制定发放的“空气消毒情况”、“科室消毒工作情

况”、“消毒液更换情况”、“一次性医疗用品毁形消毒情况”四种专项登记本上。各科记录完整、及时、真实。医院感染管理委员会成员经常深入科室检查消毒管理情况，及时发现消毒工作中存在的问题，并提出改进措施。确保了消毒质量，减少了发生医院感染的隐患。

3、全院严格执行各项无菌技术操作，各科注射一律执行一人一针一管一用一消毒的原则。凡能高压蒸汽灭菌的物品一律采用高压蒸汽灭菌。

4、坚持做好各科预防性终末消毒。加强了重点区域如手术室、产婴室、icu病房、供应室、血库等区域的消毒管理，强化了发热门诊、肠道门诊、隔离病房等的消毒隔离工作，有效地扼制了医院交叉感染的传播。

5、严格执行输血工作“三统一”规定。

6、加强一次性医疗用品管理，要求五证齐全，从查验证件、进货、贮存、发放、使用、回收等均规范化管理，用后立刻毁形消毒由供应室统一回收，核数实发，做好各种登记工作。确保了本院使用一次性医疗用品的安全使用。

7、加强了医疗废物的管理：（1）、制定了医疗废物收集、回收、管理等各项规章制度，各科的医疗废物由各科收集，专人每天下科回收，并做好登记工作，及时进行焚烧处理。

（2）、加强了一次性输血袋回收管理工作，科室使用后填写回收单，专人下科收集，并双方签字，防保科每月进行查对，严防了血袋外流。（3）、重视医院污水、污物的排放处理工作，专人负责全院污水、污物的消毒处理工作，由环保部门监测达标排放。搞好了各种医疗废物的管理，最大限度地控制了由于该类工作不善带来的医院感染隐患。

8、加强了全院清洁卫生管理：根据现代医院的卫生环境概念和管理标准，医院感染管理委员会配合其它相关部门，拟定

了清洁卫生管理的标准、要求、奖惩制度。每月由医院感染管理办公室派人参加定期、不定期的全院清洁卫生检查。对检查情况进行考核评分，与清洁工工资挂钩。重视院区内的除“四害”工作，常年备有消杀药剂，尤其在滋生繁殖季节，常抓不懈。做到垃圾日产日清，生活垃圾与医用垃圾尽可能分装处理，传染病人的分泌物、排泄物，医院特殊废弃物以及废血、血液污染物品、病区污水等均进行无害化处理。病室坚持湿式扫床、扫地。无菌区、清洁区、污染区、厕所卫生用具分开使用，使用后清洁、消毒。最大限度地控制由于该类工作缺陷带来的医院感染隐患。

9、为了确保医疗安全，不断提高医疗质量、减少由于医院感染引发的医疗纠纷，医院感染管理委员会积极配合各科查找医院感染隐患。如个别科室废弃物处理不规范；部分医务人员对医院感染管理认识不足，双向防护意识不强及不合理使用抗生素等。通过认真查找，及时提出改进防范的措施，对消除医院感染隐患，有效控制医院感染的发生起到有力作用。

### 三、加强传染病管理：

1、加强了传染性非典型肺炎及人感染高致病性禽流感防治工作：

(1)、加强了传染性非典型肺炎及人感染高致病性禽流感的健康教育和法制宣传工作，清洁环境，提高群众防治意识，切断传播途径。

(2)、科室人员积极参加省、市、县举办的传染性非典型肺炎及人感染高致病性禽流感防治培训班，认真学习并对全院职工分期进行培训。

(3)、根据非典型肺炎及人感染高致病性禽流感防治的要求，继续设立发热门诊：



制定了发热门诊管理制度、首诊负责制、工作流程、工作人员自身防护制度、非典型肺炎病人住院护送程序等。加强了发热门诊的消毒隔离工作，准备了各种消毒药械和防护物品，经常下科督促、检查、指导工作。

2、各科组织医务人员学习新的《传染病防治法》，医院感染管理委员会重视医院内传染病的管理工作，除经常到传染科、发热门诊、腹泻门诊检查消毒隔离工作外还积极敦促相关科室认真做好传染病的疫情报告，及时准确的进行网上直报。

3、认真做好结核病人的归口管理工作，填写结核病人转诊单达100%。

4、每月定期对门诊医生的门诊日志进行检查，杜绝了传染病的漏报。全年全院共诊治传染病人352例, 疫情报告352例, 疫情报告率、及时率、报告准确率均为100%。针对各类传染病的流行季节，适时采取相应有效的防范措施，有效杜绝我院院区内传染病流行。

四、大力普及医院感染知识，加强了对全院职工医院感染规范等专业知识的技能提高和培训。

1、继续组织全院职工以感染管理小组为单位学习《四川省预防医院内感染的规定》、《传染病防治法》及实施办法、《医院感染管理规范》、《消毒管理办法》等法规及我院有关制度等。

2、科室派员参加市疾控中心组织的突发公共卫生事件、传染病管理、消毒技术规范、医院感染管理等培训4次。

3、组织传染病防治专业组人员学习传染性非典性肺炎及人感染高致病性禽流感防治知识培训2次。

4、组织食堂职工认真学习《食品卫生法》，严防饮食不洁造

成的疾病流行。

5、组织全院清洁工学习简单的预防和控制医院感染的知识，消毒隔离及清洁卫生知识。指导他们消毒隔离的方法，使全院清洁工能掌握医院特定环境下的卫生标准和要求，认真履行职责，从搞好清洁卫生的角度去有效防范医院感染的发生。

五、认真执行《医院感染管理规范》，搞好相关监测，为医院感染控制提供科学依据。

1、由医院感染管理办公室人员对我院医院感染情况坚持了长期连续系统的监测和登记工作。全年共检查出院病历7219份，其中入院48小时以后的出院病历6010份，共发生医院感染73例，其医院感染率为1.2%，主要为呼吸道感染居首，其次为皮肤、胃肠道、泌尿道、术后伤口、口腔感染；符合我国医院感染发生的一般规律。进行了漏报调查，全年共漏报5例，漏报率为6.8%。全年共做无菌切口手术1131例，甲级愈合1131例，其无菌切口甲级愈合率100%。通过监测，及时了解了我院医院感染的发病情况、多发部位、多发科室、高危因素、影响因素等情况，并提出针对性意见或改进措施反馈给各感染管理小组，有效地促进了我院感染管理工作的进行。

2、医院感染管理办公室与检验科配合，承担了对全院消毒工作质量的监测工作。全年对全院各临床科室使用中的消毒剂，无菌物品，物表，医务人员的手，重点科室的空气等进行每月1次抽样监测，共监测10次，采样500件，合格494件，合格率为98.8%。在监测过程中，有针对性地将监测重点放到使用频繁的消毒剂和易忽视的薄弱环节上，对监测中发现的问题及时向医院感染委员会领导汇报并与相关科室联系，提出整改措施，以确保消毒质量。

3、全年接受县防疫站对我院消毒情况监测2次，共采样77件，合格77件，合格率100%。

4、认真做好了供应室消毒灭菌质量监测。高压蒸汽灭菌器每锅灭菌效果均放置标准包，灭菌消毒过程进行了工艺监测，锅锅记录，每月按要求进行了生物监测，均为合格。医院感染管理办公室对供应室消毒情况每月监测1次，并随时了解检查灭菌物品与供应室的洗涤，处理过程，灭菌包大小，锅内放置数量及操作程序是否规范、符合要求。对临床医疗的消毒工作缺陷及时反馈回供应室予以纠正。今年随机抽查的无菌物品，灭菌合格率达100%。

## 六、存在问题：

1、医院感染管理工作部分医务人员重视不够，医院感染诊断还有一部分医生不能作出正确诊断，临床个别医生还存在滥用抗菌素的现象，我们应加强医务人员的学习，加强检查和监督力度，使合理应用抗生素不只是落实在口头上，而要落实在行动上。

2、本科同志在下科检查工作中，对存在的问题监督力度不够，今后经常深入科室，真抓实干，切实为临床和病人服务。

3、加强医院感染专职人员和医务人员对医院感染管理的培训学习。

## 医院感染检测工作总结篇七

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：

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。
- 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。

急诊科

xx—12—31

## 医院感染检测工作总结篇八

\*年是全院上下最重要的一年，\*\*年我院接受了出国留学省卫生厅等级医院评审专家的评审，更是医院感染管理科最重要的一年，医院感染是等级医院评审中重要内容之一，通过等级医院评审促进了全院对医院感染工作的重视。

\*\*年在院领导的高度重视和正确领导下，在全院各科室以及全体员工的大力协助、支持和配合下，根据等级医院评审的

相关要求，医院感染管理科完成了以下工作：

修订并完善医院感染管理制度，加强医院感染知识培训，定期召开医院感染管理委员会会议，参与新建、改建建筑布局设计，根据医院感染管理要求，做好病例前瞻性、回顾性和现患率调查，并进行了环境卫生学、消毒灭菌效果及手卫生的监测、分析和反馈，加强对一次性医疗用品、器械、药械的监督管理，加强对医疗废物和废水的管理。重点工作是加强手卫生宣传，耐药菌的管理和抗菌药物的合理使用的管理，提高病原学送检率，有针对性地提出控制措施并指导实施，对全院各科室进行医院感染专项检查，对医院感染重点科室实行重点督查，不断加大重点环节质量控制和持续质量改进，从而有效地预防和控制医院感染的发生，并组织医院感染暴发演练，工作取得了一定成绩，全年无医院感染暴发事件发生。

现将\*\*年工作总结具体汇报如下：

（一）重新修订并发放《关于调整出国留学医学院第一附属医院医院感染防控三级监控网络的通知》，认真贯彻落实《医院感染管理办法》，医院感染管理委员会定期召开会议，讨论医院感染相关问题，医院感染管理科执行医院感染管理具体工作，医院各相关职能部门（医务科、护理部、药剂科、设备科、总务科等）执行医院感染管理工作相关职责，相互协作，做到医院感染管理工作全院重视。

（二）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。

专项检查全院临床科室，重点检查医院感染管理重点科室如icu□picu□nicu□ricu□内镜、手术室、血液净化中心、中心供应室等，及早发现安全隐患，提早采取干预措施，防止医

院感染的发生。

开展了icu的呼吸机相关肺炎、导尿管相关感染、血流导管相关感染等医院感染防控监测。

完善多重耐药菌的监督、监测与管理，严格执行多重耐药菌预防与控制制度，制定多部门联席会议制度，多部门联合管理，定期向临床提供耐药菌趋势报告，不断加强监督管理并落实制度。

定期召开多重耐药菌联系会议，在多重耐药菌联席会议上，完善监管机制，加强多部门的协作，特别是加强医务科的联合管理，调动医生控制细菌耐药的积极性，有效执行细菌耐药监测及预警机制，督促重点部门科室完成耐药菌的统计分析，为临床合理使用抗菌药物提供指导，加强医院感染的管理。

按照《抗菌药物临床应用指导原则》和《安徽省实施〈抗菌药物临床应用指导原则〉管理办法》等规定，加强病原学送检，医院感染管理科进行临床科室病原学送检情况检查，通过检查及宣传，病原学送检率能够达到30%。

医院感染管理科进行全院细菌耐药性的分析，发布到《医院感染监控信息》上，并分析重点科室细菌耐药情况，为临床合理使用抗菌药物提供依据，根据细菌耐药情况分析抗菌药物的适宜性。

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，发现医院感染能及时、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，并每季度向省质控中心进行网上直报医院感染病例。

（一）全院定期开展综合性监测，参加\*年全省现患率调查，于\*月\*日当天对全院现病例进行了全面横断面调查，全院共住

院病人\*人，实际调查\*人，接受调查率100%。医院感染人数\*人次，现患率为1.45%，无院感漏报。

（二）开展两项目标性监测，实时监控医院感染情况，降低重点环节的医院感染发生率。

（1）于\*\*年\*月至\*月开展了一类手术切口感染的目标性监测，监测对象是我院肿瘤外科手术一类切口的所有病人，定期将监测结果反馈给临床医生，以便及时分析感染原因，采取有效的预防控制措施，降低手术切口感染发生率，增强医护人员重视医院感染的意识，并有利于提高医疗护理质量，减轻患者的痛苦和经济负担。

（3）开展了多重耐药菌的医院感染目标性监测，监测对象是全年所有住院患者中细菌学培养为多重耐药菌的患者，通过监测，及早发现多重耐药菌感染患者，指导临床医护人员实施耐药菌隔离预防措施，并提醒临床医生在感染控制后，再次细菌学培养阴性后方可解除隔离，有效预防和控制多重耐药菌在医院的传播，保障医疗安全。

（三）环境卫生学、消毒灭菌效果及手卫生监测情况

院感科对全院各科室治疗室、换药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、导管室等高危区的环境卫生学监测及医务人员手卫生的监测。重要采集空气、物体表面、卫生手、消毒液、无菌物品、除去空气培养有2份不合格，其它合格率100%。每月一次对排放的污水进行监测，要求必须达标后排放。每季度对医疗垃圾暂存点进行环境卫生学监测。

参与新建门急诊大楼的室内布局设计和装修，使其能够符合控制医院感染的要求，监督空气清洁消毒设备的安装，使相应设备的使用符合控制医院感染的要求，配合新门诊大楼搬迁工作，从医院感染角度严把环境、消毒关。



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。

制度医院感染暴发报告流程与处置预案，发现临床科室有感染流行趋势或某种特殊病原菌感染等情况，迅速做出反应，第一时间到达现场，变事后检查控制为提前介入，密切注意医院感染动态，采取有针对性控制措施，变被动为主动，有效阻止医院感染的发生，为临床科室提供指导性意见，控制重大事件在院内的蔓延。

不足及需改进之处：

- 1、医院科级制度未完全及时更新，医院感染管理科将组织医院感染专家进行全院医院感染科级制度检查，要求全院科级医院感染制度及时更新。
- 2、多重耐药菌联席会需定期及时召开，需进一步加强多部门的协作，特别是加强医务科的联合管理，为临床合理使用抗菌药物提供指导，加强医院感染的管理。
- 3、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。
- 4、进一步加强对重点科室、重点部门及重点环节的院感监测，如呼吸机相关性肺炎、留置导尿管相关感染、手术部位感染及透析相关感染等重点项目的管理。

5、重点部门的布局流程如手术室、产房分区不符合规范要求□  
icu监护大厅及隔离间缺少流动水洗手设施，微生物实验室污  
物处理间位置不合理等，医院感染管理科需与总务科、基建  
科沟通进行整改。

6、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。

7、医生洗手依从性有待进一步提高。

## 医院感染检测工作总结篇九

手术室是外科诊治和抢救患者的重要场所，是医院的重要技  
术部门。控制院内感染是手术室管理不可缺少的重要组成部分，  
院内感染工作的好坏直接关系到医疗质量的好坏，对医  
院参与市场竞争起着不可估量的作用。我科控制院内感染工  
作在医院各级领导的关怀和院感科的直接指导下，对院内感  
染工作控制较好。现将全年感染工作总结如下：

在本年度的工作中，我科加强组织领导，成立了以护士长为  
组长的感染管理质控小组，专门负责科内消毒技术指导 and 监  
督，监测工作，提出了控制感染的措施和方法，经常检查每  
项制度的执行情况，加大管理力度，加强对医护人员的教育  
与业务知识培训，使每个医护人员牢固树立消毒隔离观念，  
严格执行消毒灭菌常规。

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，手术室在原有制度  
的基础上，完善了院内感染管理制度。院感小组定期检查制  
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。

对手术间、无菌物品储藏间每日用三氧机消毒2小时。每周更换消毒液和容器，碘伏、酒精每周更换两次，每月均对手术间、无菌物品储藏间的空气、物体表面、医务人员的手表面和使用中的消毒液，无菌敷料等含菌进行监测，并将结果上报院感科。在护理操作中做到了一人一针一管一带和一做一擦手、一用一灭菌。对消毒物品有专人负责，定期检查有无过期物品。对一次性用品均进行毁形、浸泡，由供应室统一收集，使一次性用物的无害化处理率为100%，对病人的分泌物、呕吐物等进行严格消毒处理。本年度加强对医用垃圾的管理，严禁与生活垃圾混装，医用垃圾用黄口袋分开，对于针头、刀片、玻璃等锐器放在专用锐器盒内，由专人收集处理；每周五定时对手术室各个区域进行大扫除。全年我科召开了四次监控小组会议，会上将收集的各类资料进行研究分析，订出了预防措施，分析薄弱环节，并制订措施，限期改正，同时对好的环节进行鼓励和表扬。

科内全年进行12次医院感染知识培训，培训内容为：院感基础知识培训，工作人员的职业防护及消毒隔离知识培训，医务人员手卫生规范培训等，增强大家预防、控制医院感染意识。提高科室预防、控制医院感染水平。

(1) 严格区分限制区、半限制区、非限制区，进出手术室人员按要求着装。

(2) 严格控制进出手术室的人员，认真落实参观规则。

(3) 无菌物品分类放置，标签醒目，每天检查、定期消毒，无发霉、过期现象。

(4) 对手术中各个环节的无菌技术加强管理，有效地防止了切口感染的发生。

(5) 手术后器械按卫生行业标准进行清洗消毒灭菌处理，腔镜器械按内镜清洗消毒规范进行消毒灭菌。

(6) 认真落实卫生清洁制度，保持手术室清洁、整齐、有序。

(7) 实施特殊感染手术时，工作人员、手术器械和物品、污染布类、污染环境等均严格按特殊手术后处理要求进行处理。

为规范各项消毒灭菌工作，预防院内感染，科室进行了消毒灭菌效果、环境卫生学监测及医务人员手卫生的监测。全年共采样133份，其中空气采样培养37份，物体表面采样培养36份，医护人员手采样培养24份，消毒液采样培养36份，消毒物品采样培养12份，无菌物品采样培养24份，高压消毒灭菌效果监测1261份，合格率100%。本年度县疾控中心对我院进行采样监测16份，合格率100%。本年度共收治手术病人1285例，其中无菌手术切口320例，无菌手术切口甲级愈合率达99.7%。

院感科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。并对工作人员进行培训，使我科医疗废物的分类、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感染暴发。

1、必须加强手术中各个环节的无菌技术管理，防止手术切口感染。

2、需要进一步加强特殊感染手术的器械、敷料和环境的处理，加强自身防护，防止因为手术引起的医源性感染。

3、加强外来手术器械的管理，包括使用的控制。器械入室后必须重新进行清洗、消毒和灭菌，以保证器械的使用质量，防止院内感染的发生。

以上问题希望能得到院感科的重视和支持。