2023年医院感染科室工作计划(大全8篇)

护师计划的实施需要充分的支持和配套政策，包括专业导师的指导、培训资源的提供等。1.【学生会工作计划 范文一】

医院感染科室工作计划篇一

xx年，院感科在院领导的正确领导和全院各科室的大力支持配合下，加强医院感染管理，确保院感科各项工作的顺利开展，但仍存在着若干问题需要解决和改进。现将xx年的医院感染管理工作总结如下：

1、每月根据院感检查标准对全院各科室，尤其是供应室、手术室、产房、人流室、化验室等重点科室进行不定期检查、督导，发现问题和院感隐患，及时进行书面反馈，科室找出原因，制定整改措施，院感科根据整改措施，跟踪检查改进效果。

2、加强对重点环节的监督、检查，重点抓了手卫生规范、消毒隔离制度、无菌技术操作规范以及医疗废物管理规范的落实，发现不落实的，及时反馈、制止。减少交叉感染和院感发生的机率。

3、每月对所有病房、门诊、物业保洁进行1次全面督导、检查，检查各科室消毒隔离、无菌技术、医疗废物管理、手卫生执行情况以及科室院感控制管理工作、发现问题和隐患及时反馈，提出整改意见，跟踪检查整改效果。

1、进行环境卫生学监测，每月对全院科室进行空气、物体表面、消毒液、工作人员手等采样监测细菌生长情况及消毒灭菌效果监测，每月进行总结。

2、紫完线灯管的检测除科室测外。院感科对紫外线灯的强度

每半年监测一次。

3、对压力蒸汽灭菌每周进行生物监测，每日进行预真空试验，每锅进行化学、物理检测，并记录监测结果。

4、全年灭菌效果的监测合格率为100%，生物监测合格率为100%，空气细菌培养合格率90%（整改后为100%），物体表面细菌培养合格率99%（整改后为100%），医务人员手细菌培养合格率99%，（整改后为100%）消毒液染菌量检测合格率100%，合格率均高于去年。

重点加强了日常对医院医疗废物、污物处置的督导工作，医疗垃圾和生活垃圾严格分开，医疗废物在产生科室即分类收集，标识清楚，密闭运输，医疗废物在暂存地存放不超过48小时，发现问题，及时反馈、整改，确保了医疗废物管理的及时性和有效性。

院感科每年对全院科室进行培训一次。提高了医护人员院感防控工作重要性的认识，提高了依从性。

1、全院医务人员执行手卫生规范的依从性仍然不高，各科室落实手卫生制度普遍不得力，存在院内交叉感染的隐患。

2、部分医务人员及物业人员缺乏无菌观念，执行消毒隔离制度和无菌技术不严格。学习、执行消毒隔离的依从性差，存在交叉感染的安全隐患。

3、我院院感培训方面做得不足，准备下一年克服各种困难加强培训次数。提高医护人员院感防控工作重要性的认识，及时消除医疗隐患。

医院感染科室工作计划篇二

本人自20xx年3月进入院感办□20xx年3月主持医院感染管理

工作，在各级院领导和相关科室及全体医务人员的’大力支持帮助和共同努力下，在医院感染管理工作方面开展了一些工作，现将有关情况简要汇报如下：

及时向科室宣传学习上级部门下发的新知识，学习《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□□□20xx消毒技术规范》、《空气净化管理规范》、《环境卫生学监测规范》等。依据新标准健全了我院《医院感染管理制度》。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。

按照规范做好卫生学监测：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及时给予指导，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内感然病历的上报工作。

对全院紫外线灯管进行常规监测，对不合格的灯管及时督促护士长进行更换。在20xx年下半年我院引进快速高压灭菌生物监测仪，并对相关人员进行技术培训，顺利开展了高压蒸汽灭菌生物监测工作，对手术器械、口腔科器械及换药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%。

根据《医务人员手卫生规范》要求，制定并落实手卫生管理制度，统一配备洗手液和速干手消液，七步洗手标志牌。定期开展手卫生的全员培训，加强医务人员掌握手卫生知识和正确的手卫生方法，并把医务人员手采样作为目标性监测，实行了奖惩制度，从而提高医务人员手卫生的依从性。

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，每月协同医务科、质控办到病房翻阅病例，查看病人，看院感调查表的填写情况及抗生素使用情况。防止院感病例漏填漏报。

为规范全院各项消毒灭菌工作，预防院内感染，我院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。

根据《抗菌药物临床应用指导原则》有关规定，加强抗菌药物临床使用的管理，严格落实抗菌药物临床应用分级、分线管理制度，各临床科室根据自身实际情况，做到合理应用抗生素。

医院感染管理科积极参与抗菌药物临床应用管理，加强抗菌药物应用的督查，并每月向全院通报结果。

院感科不断完善各项规章制度，明确各理类人员职责，落实责任制，加强医疗废物管理并常规督察，成立了医疗废物管理领导小组和督导小组，发现问题及时整改并反馈。并对工勤人员和保洁人员及回收焚烧专职人员进行培训，使我院医疗废物的分类、收集、贮存、包装、运送、交接焚烧等做到规范管理，严防因医疗废物管理不善造成医疗废物流失事件的发生。

随着医学知识不断提高，院感知识的不断更新，院感科组织全院医务人员认真学习院感有关的法律法规和各项规章制度，职业防护和手卫生等专项培训和考试。并不定期组织相关重点科室区务人员院感知识培训，开展了工勤人员手卫生、新上岗人员、保洁人员、医废回收焚烧人员进行专人专项院感知识培训和考试。圆满完成本年度院感教育任务。

为加强消毒药械及一次性无菌医疗用品的管理，院感科对其使用进行常规督查及验收，药械科索证齐全，合格方可入库。使用后的无菌医疗用品的进行回收、毁形、焚烧处理，并做好相关各环节记录。

1、制定了医院感染管理质量考核标准，并成立了医院感染管理质量考核小组，按季度对我院院感相关科室进行考核，考核结果及时反馈到科室。

2、根据人员的变动重新调整了医院感染、消毒隔离、医疗废物管理委员会成员，并履行其职责;科室成立院感质量控制小组，每月对科室消毒隔离工作检查，发现问题及时整改。

1、医院感染管理工作作为医院质量控制工作的一个重要组成部分，是在刘华龙、和张正胜院长的直接领导下和各位领导同事的支持配合下进行的，如果说在此期间工作中取得的一些成绩，首先要归功于他们。在此对他们对我工作的一贯理解和支持表示深切的谢意。

2、对于在此期间，我在医院感染管理工作中存在的一些问题和不足，如耐药菌监测、清洗消毒灭菌集中化管理、及相关人员的配备等工作，还需得到各位领导和同事们的帮助支持。

3、由于本人从事医院感染管理工作时间短、经验不足、专业知识相对缺乏，在此希望得到各位领导和同事们的帮助支持和指导，多给我提供培训学习机会，拓展我的专业知识面，以便更好为提高全院各类人员院感意识而服务。

医院感染科室工作计划篇三

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共同努力下，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。

医院感染科室工作计划篇四

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丛性较低，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。

医院感染科室工作计划篇五

院感管理在20xx年度进行了以下工作：

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。

在手足口并甲型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并甲型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，加强了手足口并甲型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。

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358份，其中空气采样培养56份，物体表面采样培养41份，医护人员手采样培养41份，消毒液采样培养47份，消毒物品采样培养12份，无菌物品采样培养137份，高压消毒灭菌效果监测24份，合格率100%。本年度市疾控中心对我院进行采样监测23份，合格率100%。

对全院各临床科室、医技科室、门诊科室使用中的紫外线灯管强度进行了监测，共监测各种类型的紫外线灯管29根，发现不合格及时更换，使其合格率达100%。

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，为加强抗菌药物临床使用的管理，我院制定了抗菌药物临床应用分级、分线管理制度，各临床科室结合自身实际情况，制定具体落实措施。

医院感染管理科积极参与临床合理使用抗菌药物的管理，制定了抗菌药物临床应用管理制度，加强抗菌药物应用的督查，并每月向全院通报结果。全院抗生素使用情况如下：全年全院共出院2873例病例，使用抗生素者931例，二联及以上使用者367例，菌检者236例，抗生素使用率32.4%，二联及以上使用率39.4，菌检率25.3%。并每季度将细菌病原学监测与细菌耐药监测情况分析汇总公布，为临床医生合理使用抗生素提供可靠的`帮助。

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、交接等做到规范管理，严防因医疗废物管理不善引起感染暴发。

全年进行9次医院感染知识培训，参加人员包括全院医务人员及工勤人员，共246人次。培训内容为：院感基础知识培训，手足口病消毒隔离知识培训，工勤人员的职业防护及消毒隔离知识培训，甲型h1n1流感的院感控制及消毒隔离知识培训，医务人员手卫生规范培训，新上岗的'医护人员岗前培训等。对5位新上岗医护人员进行了培训考核，合格后上岗。

依托全院医护人员，对所有住院病例进行了前瞻性调查，以便发现发现院感病例及时上报。院感科于第三季度对全院现病例进行了全面横断面调查，方法是：调查某一天8am时全院总的全部在院病例(包括出院病例，不包括入院病例)，全院共住院病人64人，调查64人，接受调查率100%。其结果现患率为0，无院感漏报。上半年对3月份归档236份病例进行了漏报率调查，漏报率为0。

为加强消毒药械及一次性无菌医疗用品的管理，20xx年院感科对其使用进行常规督查及定期抽查。对消毒药械及一次性使用的无菌医疗用品的抽查是每季度一次，全年共抽查4次，方法是从临床各科室采样，到药械科索证。全年共索证45份，结果各证齐全，全部合格。

我院申请开设血液净化中心后，在院部的领导下，在集团的大力支持下，在各部门的通力协作下，院感科也积极参与了血液净化中心的筹建工作。根据《医院感染管理办法》及卫生部《血液透析室建设与管理指南》的要求，结合我院实际情况，查阅了相关规范，参观了几家血液净化中心，请教了有关血透专家，并在上级部门及专家组的具体指导下，院感科参与了血液透析室的布局流程、设施设备规划，人员配备、各种制度规范的建立，开诊前的院感监测、消毒药械及一次性物品的索证，医护人员的培训、考核等规范要求，使之符合卫生部的有关规要求。血透室于20xx年xx月xx日通过卫生局专家组的评审验收，xx月xx日正式开诊。

医院感染科室工作计划篇六

为了进一步加强对医院感染的认识，保障患者安全，筑牢医院感染安全屏障，根据恩施州卫生计生办发文件要求，自3月以来，我院也积极开展主题为“感染控制、人人有责”的.感染宣传月活动。在院感办、护理部的领导下，我科从加强院感知识宣传、查找医院感染安全隐患、采取有效的感控防治措施、强化院感知识学习等多方面积极开展院感宣传工作，现将工作总结如下：

组织医生护士积极参与院感办组织的“感染控制、从我做起、从现在做起”的倡议签名活动；设计一期科内橱窗院感知识宣传栏，主题是“遏制细菌耐药，标本正确采集运送”；并在电脑桌面或屏保使用宣传手卫生知识的图片；科室3名感控人员均佩戴感控胸卡宣传院感知识及监控我科院感工作。让

医务人员、患者及家属了解院内感染知识，强化感控意识，防止疾病传播，保障患者安全。

重点查找换药室、缓冲室医疗垃圾处置情况、一次性医疗用品管理情况、各类标本正确采送方法及一类手术病人切口和污染手术切口管理情况、加强医务人员手卫生、规范合理使用抗生素等多方面、全方位查找问题，并落实整改措施。对医疗垃圾处置不规范的，批评教育，要求及时整改。一次性用品严格毁形焚烧，针头、刀片等尖锐器具严格放入利器盒集中处置焚烧，有领取及销毁焚烧登记，数目相符。抽查各类标本采集及运送方法，发现不规范的采集运送标本，及时纠正，确保标本合格有效，检验结果真实准确，并有效遏制耐药菌的传播。

一类手术切口和污染切口手术病人严格管理，先无菌再有菌，并做好终末消毒处理。加强医务人员手卫生，严格执行七步洗手法，治疗车、隔离病房门口放置快速手消毒剂，进出隔离病房穿隔离衣，用快速手消毒剂洗手消毒，防止病菌传播；科室负责人及感控人员严格督查抗生素使用情况，无感染者严禁使用抗生素，手术预防使用抗生素严格按标准执行。抗生素使用比例参照医院核定比例，并纳入绩效考核，有奖惩措施。

通过每周一直周六晨会提问组织医护人员强化学习医院感染相关法律、法规及质控标准，并将提问结果纳入绩效考核；积极参院感办组织的“遏制细菌耐药”院感知识培训；鼎力支持我科护士向丽佳参加全州院感知识竞赛，进一步强化科室医务人员院感知识及感控意识。

通过这次院感宣传月活动的开展，我科医务人员人人能规范执行手卫生；能正确及时采集运送给类标本，提高标本检验合格率；一次性医疗器械管理更为规范；抗生素使用合理规范，一类手术切口无感染发生，未出现细菌耐药等；这次活动的开展，大大提高了我科医务人员的院感知识，同时也增

强了对感染控制的责任意识和防控能力。从而提高了医院感染管理质量，为切实减少医院感染的发生奠定了良好的基础。以后的院感工作，仍然以“活动月”为标准，加强科室院内感染管理，遏制细菌耐药、防止疾病传播、筑牢医院感染安全屏障、保障患者安全。

医院感染科室工作计划篇七

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。进一步加强对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。

医院感染科室工作计划篇八

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。