

全年医院感染管理工作总结报告(模板16篇)

教研可以帮助教师发现问题、解决问题，提高自己的教育教学能力。最近，我读了一篇关于教育的总结范文，对于我提高学习效果和成绩有很大的帮助。

全年医院感染管理工作总结报告篇一

为了进一步开展好本科医院感染管理工作，保障医疗安全，认真落实《传染病防治法》和《医院感染管理办法》，在我院感染管理科的指导下，今年工作如下：

- 1、严格执行院内感染管理小组制定的消毒隔离制度。
- 2、科室内需要坚持每日对治疗室、病房进行空气消毒。
- 3、对一次性医疗用品使用后及时毁形、浸泡集中处理，并定期检查督促。
- 4、治疗室、操作室坚持消毒液拖地每日2次，病房内定期用消毒液拖地，出院病人床单位进行终末消毒。
- 5、医师在查房时体检每一位患儿均需用速干手消毒液消毒双手，避免交叉感染。
- 6、医生、护士各项操作中严格执行无菌操作原则。
- 7、每一季度至少对全科人员进行医院感染的培训，医院感染管理小组需每一季度开一次会议。
- 8、发现有院内感染病例药及时上报，防止医院感染暴发流行，做好多重耐药菌的监控、隔离和治疗。

9、监督本科医师合理使用抗菌药物，根据病原学检验及药敏结果对感染病人合理用药。

10、对住院病人进行预防医院感染知识的指导和宣教工作。

全年医院感染管理工作总结报告篇二

xx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xxxx小组人员进行了重新调整，强化科室医院感染管理，明确xxxx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xx8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；使用呼吸机病人数123例；使用留置导尿管病人数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。

全年医院感染管理工作总结报告篇三

__年，院感科在院领导的正确领导和全院各科室的大力支持下，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__年的医院

感染管理工作总结如下：

一、加强院感质控工作，特别是对重点科室和重点环节的管理和监督

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。

二、加强医院感染监测

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、紫外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。

三、加强医疗废物管理

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。

四、加强院感防控知识的学习和培训

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。

五、存在的问题

- 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。

全年医院感染管理工作总结报告篇四

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。

全年医院感染管理工作总结报告篇五

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。

全年医院感染管理工作总结报告篇六

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。

全年医院感染管理工作总结报告篇七

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。

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1日正式开诊。

全年医院感染管理工作总结报告篇八

随着医学进展和医学模式的转变，医院感染在医院治理中占据了重要的地位。医院感染不但关系到医患双方的安康而且影响到医院的医疗质量。在院领导的重视和关怀下，从组织落实开头，到严格治理制度，实行多种措施，使我院的院内感染治理逐步标准化、制度化。为了今后进一步搞好院内感染治理工作，现将本年度院内感染掌握工作总结如下：

医院感染治理组织由三级体系构成，医院感染治理委员会——医院感染治理科——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展了补充和调整，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治理的相应职能，从而使院内感染治理工作进一步完善。

(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，各监控小组仔细学习，7月6日科室闭卷考试，院感科督导，共26名医生参与考试。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展“手卫生标准、院感学问应知应会培训共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、技术人员进展新版《医疗机构消毒技术标准》进展培训，参与人员85人，最终考试合格。

(4) 我院领导对医院感染掌握特别重视，派院感科主任、护理部主任、手术室护士长参与阳泉市卫生局组织的感染学问师资培训，派供给室田玉英到阳泉市第一人民医院“消毒供给中心”培训与实习。

(1) 帮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) 供给室每锅进展物理和化学监测，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，不合格的准时更换。

(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状况，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展了环境卫生学及消毒灭菌效果年度监测。

(6) 11月27日对住院病人进展现患率调查，住院病人共29人，调查28人，实查率96.6%。调查结果现患率3.45%，漏报率0%，抗菌药物使用率72.4%，高于卫生部60%的标准。

(7) 每月对全院感染监测的相关数据进展收集、统计。做到月汇总、季反应（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，满足率%给患者带去问候的同时，也能准时发觉手术切口感染病例。

四、加强医疗废物治理：与后勤保障科协作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、燃烧做到标准治理，未发生医疗废物流失、泄露。特殊是协作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大事。

五、落实制度、检查到位：仔细做好日常的工作，协作医院的综合目标检查，细化标准，检查结果在科主任例会上通报，整改缺乏之处。

六、医务人员职业防护的治理：加强医务人员的自身安全、防止锐器伤等职业暴露的治理。从手卫生、使用防护用具抓起，提高了医务人员的职业防护意识，全年职业暴露1例，未感染经血传染性疾。存在的问题：

1、根据《医院消毒供给中心治理标准》，我院供给室急需更改。上级部门检查屡次提出，护理部已经派人学习。

2、检验科的细菌室建立。

3、污水处理问题。

总之，我院某些方面感染隐患还特别严峻，我们坚信只要领导重视，我们职能科室协作，各尽其责，常态治理，医院感染掌握工作就能做好。

全年医院感染管理工作总结报告篇九

今年下半年，在院两委和分管院长的领导下，院感科将狠抓制度落实，责任明确到位，提高执行力，持续质量改进，降低医院感染率，提高医疗质量，保障患者安全。

一、继续加强院感组织体系建设，充分发挥医院感染管理委员会、医院感染管理科、临床科室医院感染管理小组在医院感染管理中的作用。

二、在院感实际工作的开展中，将不断规范和完善相关制度、职责，同时结合考核办狠抓制度落实，达到责任明确到位，明确到人。对于医院感染管理中存在的问题及时提出整改措施。

三、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。

四、掌握全院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。

五、每月对手术室、产房、新生儿病室、消毒供应室等重点部门和普通科室的治疗室、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，不合格部门、科室查找原因，择期重新进行相关监测。

六、强化医务人员手卫生意识，提高手卫生依从性。

七、对消毒药械和一次性使用的医疗器械、器具的相关证明每季度审核一次。

八、继续开展全院人员院感知识培训，提高全院人员院感意识。

九、对医疗废物分类、管理工作进行指导与监督。

全年医院感染管理工作总结报告篇十

今年下半年，在院两委和分管院长的领导下，院感科将狠抓制度落实，责任明确到位，提高执行力，持续质量改进，降低医院感染率，提高医疗质量，保障患者安全。

一、继续加强院感组织体系建设，充分发挥医院感染管理委员会、医院感染管理科、临床科室医院感染管理小组在医院感染管理中的作用。

二、在院感实际工作的开展中，将不断规范和完善相关制度、职责，同时结合考核办狠抓制度落实，达到责任明确到位，明确到人。对于医院感染管理中存在的问题及时提出整改措施。

三、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。

四、掌握全院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。

五、每月对手术室、产房、新生儿病室、消毒供应室等重点部门和普通科室的治疗室、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，不合格部门、科室查找原因，择期重新进行相关监测。

六、强化医务人员手卫生意识，提高手卫生依从性。

七、对消毒药械和一次性使用的医疗器械、器具的相关证明每季度审核一次。

八、继续开展全院人员院感知识培训，提高全院人员院感意识。

九、对医疗废物分类、管理工作进行指导与监督。

十、对20xx年新进人员及实习进修人员进行医院感染知识岗前培训。

将本文的word文档下载到电脑，方便收藏和打印

推荐度：

[点击下载文档](#)

[搜索文档](#)

全年医院感染管理工作总结报告篇十一

20xx年马上就要过去，随着时间的消逝20xx这个数字将进入历史的长河，回忆过去的一年繁忙而紧急工作，欣慰而骄傲。欣慰的是得到了上级领导的好评与认可，骄傲的是在院内感染与传染病治理工作取得了优异的成绩。现代医院的理念是从治疗疾病机制转变为预防疾病机制，而医院感染治理是医院质量治理及预防疾病的重要环节，也是医疗安全最重要的一环。治理的最终目标是削减医院感染的各种危急因素，降低医院感染的发生率。

掌握医院感染的手段，首先是提高医院各级各类人员对医院

感染的熟悉水平，增加工作责任心，在日常诊疗工作中树立主动预防医院感染的意识；保证医院医疗用品的消毒灭菌质量；同时确保各项预防和掌握医院感染的制度、措施落到实处，发挥实效。

医院感染治理是一项全员、全方位的治理工作，而医院感染治理工作简单，传染病疫情简单多变性，要求我们医护人员不断学习院内感染及传染病预防相关学问，把握新学问，把握院内感染掌握新方法，共同参加，朝着零感染的方向努力。

20xx年也是我院二甲预备年，在院领导的直接领导下，感染科全体人员努力拼搏及全院医护人员鼎力支持，凭借着质量第一、病人第一、预防第一的理念，全面开展院内感染、传染病预防、传染病疫情治理等各项工作，狠抓落实、抓实效、注意细节、抓住关键环节，强化院内感染各项制度、措施，深入学习和贯彻传染病各种法律法规，做到了院内感染预防系统化、标准化、措施化，加大院内感染的指导、督导工作，结合我院的实际工作、实际状况，实行切实有效的措施，成立了以院长为核心的质控领导小组，健全院、科等三级网络体系。在时间紧任务重，面临着重重压力，全科克制困难为二甲翻开绿色通道。详细工作如下：

一、政治思想方面，全科人员在邓院长的领导下，掀起了“爱岗敬业、以院为家”的热潮，我科人员积极响应院里各项号召，遵规守制、献计献策，时时刻刻与医院保持全都，常常参与院里各种学习和培训，人人有笔记，通过学习、使全科人员的政治素养有了提高，同时也增加了工作责任心和事业感，提高了工作效益和工作质量。

二、传染病治理。

1、严格执行传染病法律法规，建立健全各项规章制度并组织实施。做到有法必依，执法必严、有章可循。

2、定期对传染病防治学问和技能的培训，使医务人员把握传染病报告种类、报告时限、报告程序，使我院的法定传染病报告率到达100%。对传染病患者实行有效的隔离措施，未发生院内传染病的局部流行。

3、新上岗人员做到即上即培训，即培即考核原则。

三、我院是当地最有权威的医疗机构，担当着突发公共卫生大事和灾难事故的紧急医疗救援任务，所以我院建立了应急预案和组织，做到了定期演练和相应培训，增加应急力量，备好了救援物资等，随时处于应急状态(含通讯联络)，并且做到了准时、妥当处理医院内部发生的突发大事。

1、医院感染治理：制度健全，监视指导到位，对新上岗人员、进修生、实习生、医务人员按时培训，医务人员知晓率到达了100%。医院感染监测到位，病例监测、卫生学监测做到精确、达标。

2、重点部门的医院治理：抓好手术室、供给室达标改建、口腔科、腔镜室、感染性疾病科、血液透析室、检验科等这些重点科室的治理，从室内的保洁、消毒、医务人员的操作，物品器械的清洗、消毒、灭菌等环节入手，使之到达医院感染治理标准的标准。

3、输血治理：严格执行了《献血法》的有关规定，严禁了擅自采血，成分输血比例到达了规定要求，输血不良反应急预案健全，储藏血液能满足急诊临时用血需求。

4、抗菌药物的治理：结合我院的实际状况，制定了抗菌素合理使用制度，并与药剂科共同监视执行。

5、一次性使用医疗物品的治理：杜绝了重复使用，医疗废物的分类、燃烧，到达了《医疗废物治理条例》的标准。

总之，院内感染涉及全院各个角落，贯穿于自病人从入院到出院的全过程，贯穿于治疗和护理的每一细节当中，为此我科要常抓不懈，使各项监测统计指标，到达医院感染治理要求的标准，为我院医疗效劳质量的提高和医疗事业的进展保驾护航。

20xx年的工作更是繁重而又艰难，荣耀而骄傲，责任重大，任重道远。我们要加强学习、一丝不苟，不管压力有多大，工作任务有多重，我们都无条件的去完成院里交给我们的艰难任务，困难面前不气馁，成绩面前可傲慢。让领导放心，让群众放心，把我们医院打造成患者温馨的家。

全年医院感染管理工作总结报告篇十二

现在医院感染在医院管理中的地位越来越重要，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，我院始终重视医院感染的管理工作。在院领导的重视和关心下，我院本月进行了全院大检查。现将医院本月院感检查中有关院感管理的部分检查工作总结如下：

一、仍有大部分科室对抗生素的预防性应用方面学习及认识不足。着重表现在无菌手术的术前应用上。《卫生部抗菌药物临床应用指导原则》中对预防性应用抗生素规定：

1. 给药时机：在术前0.5~2小时内给药，或麻醉开始时给药。如果手术时间超过3小时，或失血量大(1500ml)可手术中给予第2剂。

2. 用药时间：总的预防用药时间不超过24小时，个别情况可延长至48小时。污染手术可依据患者情况酌量延长。”然而大部分科室术前不给药，导致术后使用时间偏长。预防性应用抗生素涉及的科室包括所有手术相关科室：外科、妇科、眼科、心内科介入病人、介入科等。

二、有相当多的科室对院内感染缺乏重视。表现在院内感染病例上报不及时、漏报。有些科室多年未有院感病例登记及上报，有确实未有院感发生者，多为不重视，未登记上报。

三、细菌培养+药敏率明显偏低，大多科室未达到30%。相当多的科室不重视，许多应做细菌培养+药敏者未做检查，导致盲目用药、长时间用药，使耐药菌的发生率增加。同时因未有细菌培养结果，使得感染病人与普通病人混合安置，使得院内感染发生的风险性加大。

本次检查虽发现部分问题，但大部分科室态度积极，也接受了整改意见。下一步应继续加强学习、管理、监督。

全年医院感染管理工作总结报告篇十三

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，2009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，09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。

全年医院感染管理工作总结报告篇十四

我院的医院感染管理工作，为了适应综合发展需要，站在提高医疗护理质量的高度，把医院感染管理工作，列为医院总体管理的重要内容之一，使医院感染管理工作与医院的快速发展相适应，整个医院感染管理工作初步进入了制度化、规范化管理，主要做了以下几方面工作：

一、安排了兼职人员从事医院感染控制工作。

二、建立了规章制度。

三、加强了医院感染控制知识的教育学习，全院在职医务人员、新上岗人员进行了常规的医院感染预防与控制知识学习，将医院感染质量纳入年终考核。

四、注射室由专人管理，定期更换消毒液，包括院内外和病房的消毒。

五、手术室、供应室都严格按照要求进行消毒。

六、一次性医疗废物都按照要求消毒、封烧。

我院因严格管理和操作，并严格按照规章制度进行医院感染的预防控制与管理，无医院感染不良事件的发生。由于医院感染的因素十分复杂，常常因小事酿成大错。最近西安交大附院发生新生儿医院感染死亡八例，足以引起我们对医院感染管理的高度重视。

回顾过去，我院的医院感染管理工作，虽然取得了一定的成绩，但还有很多不足之处，我们能清醒地认识到，基础设施落后与业务发展不相适应，职工对医院感染的意识还需进一步加强。医院感染的隐患在某些方面还相当严峻，医院感染预防控制已经进入法制化管理轨道，医院感染事件特别是群

体感染事件酿成恶性医疗事故还在发生。

因此，进一步加强医院感染管理确保医疗安全，杜绝医疗纠纷，已经是势在必行，就我们医院实际情况来看，目前医院感染管理方面，应着重抓好以下工作：

- 1、加强全体职工关于医院感染知识培训，强化责任意识。
- 2、规范医疗器械清洗和消毒管理。
- 3、进一步加强注射室、手术室、病房等重点科室的消毒管理。

全年医院感染管理工作总结报告篇十五

感控科按照《医院感染管理质量考核表》定期在院内包括各社区卫生服务站、开展自查。现对本季度院感工作情况作出总结，如下。

实用技能岗位培训班暨20xx年医院感染管理岭南春季论坛》，经考试合格领取了医院感染管理岗位培训证书。

2、重新调整医院感染管理组织，进一步明确医院感染管理委员会、院感专责人员和各科室院感管理小组的职责；明确各职能科室，包括医务科、护理部、总务科、药剂科、检验科和防保科的职责。

3、制定医院感染管理质量考核表，每周对各科医院感染管理情况进行检查。

1、自查情况

(1) 组织机构建设。综合科落实比较好，已作出本科室控制医院感染工作计划与职责分工。

(2) 严格执行无菌操作原则与操作规程。手术室的无菌观念较强。门急诊、综合科、妇产科学普遍存在棉签开封后未标注开启日期、酒精、碘伏、生理盐水未标注开启日期，过期未作更换等问题，但经过自查反馈后，都得到改正。医护人员及保洁公司清洁人员未穿隔离衣、戴口罩、帽子进入产房的问题，经妇产科科主任及护士长的督促和教育，均得到较好的解决。

(3) 严格执行消毒隔离制度方面。各个科室治疗车上均配备有速干手消毒剂，落实一人一针一管一带一洗手制度。各治疗室、换药室等每日紫外线消毒2次、每2周用95%酒精擦拭，记录完善。

(4) 消毒效果监测。各科室均符合要求，使用中含氯消毒剂每天进行浓度监测并有记录，使用中戊二醛灭菌剂每周进行浓度监测并有记录。

(5) 医疗废物管理。防保科、妇产科、门急诊的生活垃圾桶内混有医疗垃圾，经自查反馈后，已改正。

2、住院病例监测

已监测45份住院病例，其中综合内科16份、综合外科9份、妇产科20份，未发现院感漏报。

3、院感病例个案调查

本季度发生4例感院感病例，其中妇产科1例，综合内科3例，均为呼吸道感染。医务科院感专职人员立即开展个案调查，核实情况。

4、医务人员职业暴露

本季度发生3起医务人员暴露，其中综合科2名护士、防保科1

名护士。医务科已对职业暴露人员做出相应的处理，做好个案调查登记，并追踪监测。

5、院感培训做到每季度培训一次

6、医疗垃圾分类收集、运送与暂时贮存

各科室均做好医疗垃圾分类收集。医疗废物暂存间医疗废物存放较整齐，无污、血水外流；有明显的医疗废物警示标识和“禁止吸烟、饮食”的警示标识。医疗废物有交接记录。医疗废物运出后，能及时对暂存间进行清洁和消毒处理。

7、医院消毒供应中心

供应室工作间干净整洁，有紫外线消毒记录及擦拭记录，记录规范。每一锅高温蒸汽灭菌都有记录，并有试纸监测。

1、门急诊、妇产科、儿保科均未作出本科室院感小组人员的分工及院感小组工作计划。

建议：未做出院感小组的职责、明确分工、制定出工作计划的科室，请尽快落实。

2、各科室有时会出现棉签、酒精、碘伏、生理盐水未标注开启日期，过期未作更换的情况。

建议：各科室应随时注意棉签、酒精、碘伏、生理盐水是否标注开启日期，过期的是否已作更换。

3、医疗垃圾包装物、容器上无系中文标签，中文标签的内容应当包括：医疗废物产生单位、产生日期、类别及需要特别说明等。

建议：医疗垃圾包装物、容器上应系中文标签，中文标签的内容应当包括：医疗废物产生单位、产生日期、类别及需要

特别说明等。

4、盛装的医疗废物超过包装物或者容器的3/4；包装物或者容器的封口不够紧实、严密。

建议：盛装的医疗废物不要超过包装物或者容器的3/4；包装物或者容器的封口应紧实、严密。

5、各科室未能严格执行《抗菌药物临床应用指导原则》，未能做到合理应用，按指征用药。医务科对抗菌药物的合理应用监管不到位。

建议：各科室严格执行《抗菌药物临床应用指导原则》，做到合理应用，按指征用药。医务科应加大对抗菌药物的合理应用监管力度。

6、每月的环境监测未有很好地落实。

建议：每月的环境监测应切实地落实好。

全年医院感染管理工作总结报告篇十六

为贯彻落实《基层医疗机构医院感染管理基本要求》，根据市卫生局统一安排□20xx年3月24日我院医院感染管理科全体成员参加了市卫生局组织的专题培训，培训完毕后经积极准备，我院于20xx年3月27日在五楼会议室举办了临清市中医院第二季度医院感染管理委员会工作会议暨落实《基层医疗机构医院感染管理基本要求》培训会，会议由医院感染委员会主任、副院长李永康主持，姜桂芹院长作了重要讲话，现将有关培训内容总结如下：

医务科主任李法治结合我院实际，针对《基层医疗机构医院感染管理基本要求》为全体职工做了专题培训，培训内容主要有：

（一）组织管理

1. 健全医院感染管理体系，实行主要负责人负责制；
2. 制定符合本单位实际的医院感染管理的规章制度；
3. 医院感染管理专（兼）职人员对全体职工开展医院感染管理知识培训；

（二）基础设施

1. 布局流程应遵循洁污分开的原则；
2. 环境与物体表面一般情况下先清洁后消毒；
3. 医疗器械、器具及物品的消毒灭菌要求；
4. 基础医疗机构供应室的要求；
5. 无菌物品、清洁物品、污染物品应分区放置；

（三）重点部门

1. 手术室；
2. 产房；
3. 中医临床科室；
4. 治疗室、换药室、注射室；
5. 普通病房；

（四）重点环节

1. 安全注射；
2. 各种插管后感染预防措施；
3. 手术操作；
4. 超声检查；
5. 医疗废物管理；

对落实《基层医疗机构医院感染管理基本要求》工作作了重要指示姜桂芹院长指出：医院感染管理工作是医院管理中的重要内容，涉及到医院的各个科室，有效预防和控制医院感染，提高医疗质量，确保医疗安全，使临床各科室的医院感染管理规范化。当前我院正积极创建二级甲等中医院，医院感染管理也是创建“二甲”的重要内容，大家要抓住这个契机，按照有关要求和创建二甲的规范，扎实的做好工作的落实，使我院的医院感染管理工作和医院整体水平有一个大的提升。医院感染委员会主任、副院长李永康在总结发言中指出：大家要按照姜院长的讲话精神认真抓好落实，并对医院感染管理中存在的有关问题作了具体安排。

了解职工对培训内容的掌握情况会后对全体职工进行了学习内容的考试，考试结果显示：成绩合格率100%，优异率90%以上，达到了培训目的。