

# 染工工作总结(通用16篇)

年终总结是我们对自己过去一年的工作、学习和生活进行自我审视和思考的重要环节。为了更好地展示安全工作的成果和经验，下面是一些优秀的安全工作总结范文供参考。

## 染工工作总结篇一

医院感染的预防与控制是保证医疗质量和医疗安全的重要内容是医院管理的重要内容之一。为了有效的.加强医院感染管理、防范医院感染、配合二级医院的评审。今年计划从以下几方面开展工作：

一、加强宣传教育，提高手术室医护人员对医院感染的认识，定期对医护人员进行医院感知识的宣传教育。

二、每月进行医院感染管理知识培训，主要培训内容为《医院感染管理知识问答》和有关医院感染预防控制新进展、新方法等。每月进行院感知识考核。

三、严格执行无菌技术操作原则加强无菌观念。

四、认真执行手卫生规范。

五、加强环境卫生学、消毒灭菌效果监测及管理。

1、每月对空气、物表、医务人员手进行细菌培养一次。

2、对使用中的消毒剂以及消毒、灭菌后的宫腔镜、腹腔镜器械每月监测1次。

3、紫外线灯管的强度每季度监测一次并有记录每周对紫外线灯管用95%酒精擦拭一次。

4、对氧气湿化瓶、螺纹管每季度进行细菌培养一次。六、加强对消毒器械的管理灭菌包内放化学消毒指示卡合格后方可使用，包外粘贴3m胶带合格后方可使用。

七、一次性使用医疗用品，严格执行一人一用，不可重复使用。

八、加强医疗废物的管理，严禁医疗垃圾与生活垃圾混放，感染性废物用符合要求的，有警示标识的无渗漏的黄色朔料袋收集，损伤性废物放入利器盒。

九、做好标准预防，减少职业暴露。加强自我防护意识，严格遵守操作规范，预防锐器伤。

十、对无菌区内的地面、物表、墙面，每天用含氯消毒剂擦拭。做好接台手术的清洁消毒灭菌工作。

## 染工工作总结篇二

二0xx年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。

护理部

XXXX年

## 染工工作总结篇三

随着医学发展和医学模式的转变，医院感染在医院管理中占据了重要的地位。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。在院领导的重视和关心下，从组织落实开始，到严格管理制度，采取多种措施，使保健院的院内感染管理逐步规范化、制度化。为了今后进一步搞好院内感染管理工作，现将医院本年度院内感染控制工作总结如下：

保证院内感染管理工作的顺利开展院领导高度重视医院感染管理工作，院长直接担任医院感染管理领导小组组长，指导院感办开展日常工作，第一注重依法管理，按照规范开展医院感染管理工作。不断学习法律、规范，贯彻执行《传染病防治法》《消毒技术规范》《医院感染管理规范》和各项政策法规，院领导强调依法行医，规范管理。由于院领导的重视和院感办主任认真负责的管理，我院职工的法律意识和控制院内感染的意识不断强化。第二为有效的控制医院感染，保证医疗质量，院领导重视重点科室的建设，对产房、手术室、新生儿科、检验科等重点科室严格按照医院感染管理要求配置基础设施。第三把控制高危科室的医院感染作为工作重点，经常到临床第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。

根据卫生部规范要求逐步完善了各项规章制度，配备了专职

的院感工作人员，保证了医院感染管理工作规范有序的开展。医院成立的院、部、科室三级医院感染管理网络起到了有效的职能监控作用，按照职责制订了医院感染管理质量考核标准，每月根据考核标准进行质量检查，对质量检查结果组织讨论和考核，同时根据医院感染管理方面存在问题制定改进措施，规范地开展医院感染管理工作；同时各科医院感染管理质控小组每月向院感办报告住院病人的院内感染、消毒隔离监测情况，根据科室院内感染存在问题组织医务人员讨论；各级院内感染监控人员履行了院内感染管理的相应职能，从而使院内感染管理工作进一步完善。

在医院感染管理中，规范、认真落实各项规章制度，特别是医疗废物管理制度、院内感染消毒隔离制度、一次性无菌医疗用品使用的管理制度、院内感染管理检查制度、院内感染管理教育培训制度、医院感染管理考核制度等。

提高全院职工控制院内感染意识结合本院实际，营造氛围，院感办组织开展了一系列的专题讲座和院内感染培训，并利用互联网及时了解国内外医院感染的现状和原则，控制方法的新进展，对全院医务人员人员进行预防、控制医院感染相关知识培训。20xx年全年对我院医务人员及后勤人员培训考核4次，试用期人员培训考核2次，实习生、进修生培训考核2次。增强大家预防、控制医院感染意识；提高医院预防、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，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。

医院感染管理制度是搞好医院感染的基础和重要保证。为提高我院的院感工作质量和成效，制订了一整套科学实用的管理制度来规范医院有关人员的行为。根据《医院感染管理办法》制定我院各科室《消毒隔离管理制度》，《院内感染综合评分细则》，《院内感染自查质控反馈》，《院感质控员月考核标准》，《医院感染管理质控罚则》。定期或不定期对对照我院的院感制度、规范、细则对各科室医院感染管理质

量检查、评估、评分，查制度落实情况，查操作规范，从环节上层层深入。院感办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。

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0000年0月0日通过卫生局专家组的评审验收，9月1日正式开诊。

## 染工工作总结篇四

20xx年是全院上下最重要的一年[]20xx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。

20xx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20xx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席会议，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x年全省现患率调查，于x月x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x人，实际调查x人，接受调查率100%。医院感染人数x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20xx年x月至x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。

## 染工工作总结篇五

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。

## 染工工作总结篇六

在院领导的重视和关心下□20xx年上半年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。为了进一步搞好院内感染管理工作，现将本年度院内感染控制工作总结如下：

在院领导的高度重视下，认真抓好日常工作，定期、不定期对各科的院内感染工作进行督促、检查，对全院的相关数据进行收集、统计、分析反馈，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和作用，使各项工作落到实处。

供应室设施不健全，布局不合理，人员不具备条件，按照省中管局发布的《医疗质量管理评价标准》有一定差距，我们要做到初洗分开，坚持未灭菌和已灭菌物品分开，在压力蒸之后菌时，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的消毒隔离、感染监控工作。对发现的问题及时处理，查对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。

结合本院实际，院领导组织开展了一系列的专题讲座，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、控制医院感染意识，提高我院预防、控制感染水平。发放有关院内感染诊断方面资料，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。

## 染工工作总结篇七

20xx年医院感染工作在院领导的大力支持下和感染管理委员会成员的共同努力下，根据《医院感染管理规范》、《消毒技术规范》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管理工作，明确职责，落实任务，重新调整充实了医院感染管理委员会、临床科室感染监控成员，完善了二级管理体系。

质量控制，每周二下午进行质量检查，每月进行汇总，对存在的问题进行反馈，整改，落实有效预防医院感染的措施，在每月班组长会上通报医院感染的动态情况，医院感染的发生率，抗生素使用的情况，对存在的安全隐患进行原因分析，提出改进措施。

负责全院医院感染发病情况的监测，每年对医院环境卫生学、消毒、灭菌效果进行监督、监测，及时汇总、分析监测结果，发现医院感染存在的危险因素，寻找有效的预防和控制办法。通过监测—控制—监测，最终减少和控制医院感染的发生，提高医疗护理质量。

### 1、病历监测：

对院感病例回顾性调查模式逐份查阅出院病历，防止漏报，真实了解我院的医院感染率的`基线。并同时采用了前瞻性调查形式，下病区对重点病人整个治疗、护理过程的随访，密切观察院内感染发生情况。

2、感染率监测：发生医院感染3人，感染率为3%，达到卫生厅规定的要求。

3、漏报率的监测：从查运行病历到归档病历，未发现漏报医院感染病历。

4、开展现患率调查：

7月份开展了住院病人现患率调查，调查时间为1天，共调查32个，在院病人32人，实查率为100%。调查结果显示，院内感染率为0%。

5、消毒灭菌监测：

1每月对消毒间预真空高压锅进行效果监测，依照供应室消毒管理规范的要求，每周做b—d试验，每包次进行化学灭菌实验，保证消毒包的消毒灭菌质量达100%。

2每月对全院使用中的84消毒液进行监测：共监测190份，合格186份，合格率为96%。

## 染工工作总结篇八

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[20xx]20号文件要求，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。

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。

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。

## 染工工作总结篇九

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

## 染工工作总结篇十

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

## 染工工作总结篇十一

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

## 染工工作总结篇十二

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

## 染工工作总结篇十三

二0xx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。

护理部

XXXX年

## 染工工作总结篇十四

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。如个别科室废弃物品处理不规范；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。

## 染工工作总结篇十五

一月份感染控制科按照医院全面质量考核开展工作。

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。

## 染工工作总结篇十六

本年度，在医院领导的正确领导和大力支持下，仔细实行卫生部颁布的《医院感染管理方法》、《消毒技术规范》、《医疗卫生机构医疗废物管理方法》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学问培训，严格质量监测及考核，降低了医院感染发病率，保证了医疗平安，有效的限制了科室感染，确保了医疗平安。现全年工作总结如下：

1、质量限制：每月进行2次检查，对存在问题刚好反馈、整理，有效的预防和限制科室感染，对存在的问题，进行缘由分析、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亲密相关，手上携带的致病菌不仅潜在威逼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，为此为医务人员供应洗手设施及洗手液、快速手消毒液等，大大提高了洗手质量，削减了科

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，对科室运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，尽量避开职业暴露，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，发觉多重耐药要求实行隔离措施，加强工作人员自我防护，避开交叉感染。

刚好发觉消毒、灭菌、隔离等方面存在的问题，刚好订正整改，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平安。

编制科室感染限制各种流程，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、科室突发公共卫生时间处理流程，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学问培训，使工作人员提高了相识，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学问，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，提高了工作人员素养，为医务人员及患者供应了一个平安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。