

医院感染管理工作计划

医院感染管理工作计划 15 篇

光阴迅速，一眨眼就过去了，我们的工作又将在忙碌中充实着，在喜悦中收获着，是时候抽出时间写写计划了。计划怎么写才不会流于形式呢？下面是小编为大家收集的医院感染管理工作计划，欢迎大家分享。

医院感染管理工作计划 1

一、需要改进的内容

（一）医疗制度、医疗技术

1、重点抓好医疗核心制度的落实：首诊负责制度、三级医师查房制度、疑难危重病例、讨论制度、会诊制度、危重患者抢救制度、分级护理制度、死亡病例讨论制度、交接班制度、病历书写规范、查对制度、抗菌药物分级管理制度、知情同意谈话制度等。

2、加强医疗质量关键环节的管理。

3、加强全员质量和安全教育，牢固树立质量和安全意识，提高全员质量管理与改进的意识和参与能力，严格执行医疗技术操作规范和常规。

4、加强全员培训，医务人员“基础理论、基本知识、基本技能”必须人人达标。

（二）病历书写

1、《病历书写规范》的再学习和再领会，《住院病历质量检查评分表》讲解和学习；

2、病历书写中的及时性和完整性，字迹的清楚性；

3、体检的全面性和准确性；

4、上级医生查房的及时性和记录内容的规范性；

5、日常病程记录的及时性和完整性（包括上级医生的医疗指示，疑难危重病人的讨论记录，危重抢救病人的抢救记录，重要化验、特殊检查和病理结果的记录和分析，会诊记录、死亡记录和死亡讨论记录等）；

6、治疗知情同意记录的规范性（包括住院病人 72 小时内知情同意谈话记录，特殊检查、治疗的知情同意谈话记录，医保患者自费<特殊>药品和器械知情同意谈话记录等）；

7、治疗的合理性（特别是抗精神病药及抗生素的使用、更改、停用有无记录和药物的不良反应有无报告和记录，处方〔包括精神、麻醉处方〕的合格率等）；

8、归档病历是否及时上交，项目是否完整；

（三）护理及医院感染管理

1、各班职责落实情况；

2、基础护理符合率及并发症发生率；

3、专科护理到位情况；

4、病房管理情况：是否安静、整洁、舒适、安全；

5、护理文书书写的规范性；

6、急救药品、器械的管理；

7、医院感染突发事件应急处理能力；

8、医院感染散发病历报告落实情况；

9、清洁、消毒、灭菌执行情况；

10、手卫生与自身防护落实；

11、抗菌药物合理使用；

12、一次性无菌物品是否按规范使用；

13、多重耐药菌的预防与控制；

14、医疗废物的管理；

15、加强医院感染预防与控制的各项工作。

二、改进措施

1. 严格遵守医疗卫生管理的法律、法规、规章、诊疗操作规范和常规，加强对科室

的质量管理、检查、评价、监督。

2. 科室实施全程质量管理，重视基础质量，加强环节质量，保证终末质量。树立全员质量和安全意识，加强医疗质量的关键环节管理和监督，关键环节包括疑难危重抢救病人的管理，严重药物不良反应

的管理，病历书写中的及时性和完整性的管理，治疗知情同意记录的规范性的管理，医院感染的管理，治疗的合理性等

3. 认真执行医疗质量和医疗安全的核心制度，建立病历环节质量的监控、评价、反馈，每本病历均由住院医师、副主任医师、科主任三级进行质控，每周科室医疗质量管理小组进行质量检查一次，每月科室医疗质量管理小组对科室医疗质量情况进行一次全面的分析、评估，半年总结一次，检查处理情况及时进行通报。

4. 每月组织进行“三基”培训，每季度组织技能操作考核。

5. 加强《病历书写规范》和《医疗事故处理办法》的学习和领会，严格按照规定及时、准确、

完整书写医疗文书。科主任为科室医疗质量第一责任人，并确定住院医师、副主任医师、科主任负责对科室病历归档前进行三级质量检查，查出缺陷及时反馈及改正。

6. 提高科室业务学习的质量，保证业务学习的数量。每月进行业务学习一次，疑难病例讨论两次。

医院感染管理工作计划 2

20xx 年医院感染管理科以“预防控制感染，保证医疗安全”为主题。加强医院感染的监测，不断提高医院感染管理水平，持续质量改进。根据《医院感染管理办法》要求，结合医院感染实际情况，制定 20xx 年工作计划如下：

一、工作目标

1、根据卫生部颁布的规范，技术指南的要求。完善和规范我院医院感染管理制定，并认真落实。

2、医院感染率 $\leq 10\%$ 。

3、医院感染漏报率 $\leq 20\%$ 。

4、医疗废物处置率达到 100%。

5、紫外线灯管强度（旧： $> 70\text{uw}/\text{cm}^2$ ；新： $> 90\text{uw}/\text{cm}^2$ ）。

6、无菌手术切口甲级愈合率（ $\geq 97\%$ ）无菌手术切口部位感染率（ $\leq 0.5\%$ ）。

7、消毒灭菌合格率达到 100%。

8、医院感染现患调查实查率 $\geq 96\%$ 。医院感染现患率 $\leq 8\%$

二、主要工作任务和措施

（一）医院感染的监测

做好住院患者的全面综合性监测，目标性监测（外科手术部位，ICU 住院病人的监测），多重耐药菌医院感染监测，环境卫生学监测，传染病的检查，慢性病的监测，每年一次的现患率调查。

（二）加强质控检查，认真落实医院感染监控措施

根据仁寿运长医院《医院感染质量考核内容》的要求，开展医院感染管理质量检查，对医院的清洁灭菌与隔离，无菌技术，医疗废物管理等工作提供指导。汇总检查、监测情况，每月在院内科室通报。将医院感染管理信息向主管领导汇报，并及时反馈到临床科室，督促整改，持续改进，保障医疗安全。各临床科室按《科室院感监控自查记录表》每月进行一次自查并记录。

（三）加强重点部门的医院感染管理

着重对供应室清洗、灭菌记录，手术室外科刷手问题，ICU 的无菌操作等进行跟踪。

四、强化手卫生管理

根据《医务人员手卫生规范》，加强各级医务人员手卫生培训及宣传，提高医务人员手卫生意识和依从性。

五、加强医院感染管理知识的培训

采取外出学习，全院集中授课。科内学习和自学等多种形式，对全院各级人员进行医院感染管理知识培训。对新上岗人员岗前培训。

六、加强医务人员职业防护管理

指导医务人员卫生安全职业防护工作，增强医务人员职业暴露防护意识，认真落实职业暴露防护措施，确保员工职业安全。

七、加强传染病的医院感染防控工作

认真指导传染病的医院感染防控，加强新发重大传染病的预防与控制，积极完成上级部门布置的防控任务。

八、加强医院消毒药械及一次性医疗用品的审核工作。

定期对一次性医疗用品，消毒药械的使用级证件进行检查。

仁寿运长医院：医院感染管理科

20xx-12-20

医院感染管理工作计划 3

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一致，经常参加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质有了提高，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、传染病管理

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、定期对传染病防治知识和技能的培训，使医务人员掌握传染病报告种类、报告时限、报告程序，使我院的法定传染病报告率达到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、处理突发事件

我院是当地最有权威的医疗机构，承担着突发公共卫生事件和灾害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，增强应急能力，备好了救援物资等，随时处于应急状态（含通讯联络），并且做到了及时、妥善处理医院内部发生的突发事件。

1、医院感染管理：制度健全，监督指导到位，对新上岗人员、进修生、实习生、医务人员按时培训，医务人员知晓率达到了100%。医院感染监测到位，病例监测、卫生学监测做到准确、达标。

2、重点部门的医院管理：抓好手术室、供应室达标改建、口腔科、内镜室、感染性疾病科、血液透析室、检验科等这些重点科室的管理，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，使之达到医院感染管理规范的标准。

医院感染管理工作计划 4

一、医院感染监测：

采取前瞻性监测方法，对全院住院病人感染发病率，每月下临床监测住院病人医院感染发生情况，督促临床医生及时报告医院感染病例，防止医院感染暴发或流行。每半年采取回顾性监测方法，对出院病人进行漏报率调查。减少医院感染漏报，逐渐使医院感染病历报卡制度规范化。

1、消毒灭菌效果监测及环境卫生学监测

根据《消毒技术规范》及《医院感染管理办法》要求，每月对重点部门的空气、物体表面、工作人员手、消毒剂、灭菌剂、消毒灭菌物品等进行消毒灭菌效果监测。

2、根据《手术部位医院感染预防与控制技术规范》和《消毒供应中心感染预防与控制技术规范》的要求，严格做好手术室器械的清洗、消毒和保养工作。

二、抗菌药物合理使用管理：

根据我院“抗菌药物合理使用实施细则及抗菌药物合理管理办法”，对抗菌药物实行分级管理。每季度调查住院病人抗菌药物使用率。

三、督促检验科：

定期公布全院前五位感染细菌谱及其耐药菌，为临床医生合理使用抗菌药物提供依据。

四、医院感染管理知识培训：

进行全院医务人员分层次进行医院感染知识的培训，主要培训内容为感染预防控制新进展、新方法，医院感染诊断标准、抗菌药物的合理使用知识等。对护理人员主要培训内容为消毒隔离知识、医院内感染的预防控制及医疗垃圾的分类收集。保洁人员的工作要求、消毒灭菌的基本常识、清洁程序、个人防护措施及医护人员手卫生消毒等。

五、病区环境卫生学及医疗废物监督管理：

定期督查医疗垃圾分类收集及消毒处理情况，监督管理使用后的一次性医疗用品的消毒毁形、回收焚烧处理等工作。

六、传染病管理：

按照要求搞好法定传染病管理及肠道门诊、发热门诊的管理，防止传染病漏报及流行。尤其要加强对重点传染病的监控与防治力度。杜绝疫情漏报而导致疫情扩散的发生。

七、医院改扩建工作：

供应室、手术室的改建，应严格区分无菌区、清洁区、污染区；污染物品的清理、消毒和灭菌必须有明确的循环路线，不能逆行。

医院感染管理工作计划 5

在新的一年里，儿科感染管理小组仍将“二甲评审”为工作重点，提高全科感染管理质量为目标，认真履行业务指导及管理职能，促进儿科感染管理安全保障，具体计划如下：

一、主要目标：

- 1、医院感染知识培训率达 90%以上，培训合格达 100%。
- 2、灭菌合格率达 100%、空气、医务人员手、物体表面合格率 $\geq 98\%$ ；使用中消毒液合格率 100%；
- 3、传染病人隔离率为 98%；疫情上报 100%；及时率 98%；
- 4、医疗废物回收率 100%。

二、保证措施

1 科室每月进行自我检测，重点抓好医务人员正确洗手方法的操作，并将检查情况纳入考核按规定扣分。要切实加强无菌观念，严格消毒灭菌制度，严格执行无菌操作规范，降低儿科院内感染危险性。

2 制定儿科感染管理工作计划，并对计划的实施进行考核。

3 儿科感染管理小组随时召开会议，分析科内感染情况，提出预防措施，总结经验，促进科内感染质控工作的开展。科室感染小组定期活动并有记录。

4 加强宣传教育，提高医护人员的认识，对全科护理人员进行素质教育和专科培训，更新观念，重视医院管理体系。充分认识医院感染管理质控的重要性。

5 制定儿科感染监控方案，措施，效果评价和登记报告制度，定期进行检查，使方案落实在实处。

6 制定儿科感染控制的学习课程表，定期对全科护理人员及新上岗人员进行院内感染的宣传教育讲课及有关感染管理的知识培训。每季度一次。

医院感染管理工作计划 6

一、加强医院感染管理制度的完善，并依据国家有关的法律、法规、规章和规范、常规要求开展工作。

1、对全院各类人员的预防、控制医院感染管理知识与技能培训、考核，培训考核每季度至少一次。

2、进一步完善有关预防和控制医院感染规章制度，并对其落实情况进行检查和指导。

3、进一步完善医院感染管理小组有关职责，并对其履行情况进行督导。

二、加强医院感染的监测、监管

1、对医院感染及其相关危险因素进行监测、分析和反馈，针对问题提出措施并指导实施。

2、对医院感染发生状况进行调查分析，每半年分析一次，并向医院感染管理委员会报告，积极采取医院感染控制措施，医院感染发生率 7%。

3、对医院感染事件进行报告和调查分析，提出控制措施，并协调、组织有关部门进行处理。

4、积极开展医院感染漏报率调查，每季度调查一次，并将结果及时反馈给医院感染管理委员会及相关科室，漏报率应 20%。

5、临床科室、医院感染管理科按《医院感染管理办法》要求时限及时向上级主管部门上报医院感染病例。

6、按《医院感染管理办法》的要求，做好环境卫生学、消毒灭菌效果等监测。

7、医院感染管理委员会对购入的消毒药械，一次性使用医疗卫生用品进行监督管理，对医院购入的此类用品审核产品相关证件复印件进行保存。

8、对医院的清洁、消毒灭菌与隔离、无菌技术、医疗废物的管理

等工作提供指导。

9、对传染病的医院感染控制工作提供指导。

10、医院感染管理委员会成员积极参与药事管理委员会对抗菌药物临床应用的'管理工作。

三、加强重点部门供应室、产房、手术室的医院感染管理，按照国家的相关法律、法规制度制定重点科室的预防，控制医院感染制度，并认真落实、督导。

四、提高医院感染控制意识，加强医务人员的自身防护，以防医院感染于未然。

1、加强医务人员的预防意识与相关法律、法规知识的培训力度。

2、严格要求医务人员执行无菌技术操作、消毒隔离工作制度、手卫生、手消毒规范并强制管理。

3、严格要求医务人员执行标准预防措施，尽量避免因职业暴露而受感染。

4、在医院感染委员会的指导和大力支持下，重点抓好医院感染管理中各项措施的临床落实，依法管理医院感染的预防与控制工作，防医院感染于未然。

医院感染管理工作计划 7

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：

一、完善管理体系，发挥体系作用

1.为进一步加强医院感染管理工作，明确职责，落实任务，今年 8 月重新调整充实了医院感染管理委员会、临床科室感染监控小组，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。

2.11 月份在感染管理委员会的倡议下和院领导的支持下，医院感染管理部分加入了我院的医疗护理质量督察中，制订了严厉的奖惩办

法。

二、医院感染监测方面

我科负责全院医院感染发病情况的监测，定期对医院环境卫生学、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(在病案室逐份查阅出院病历，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过程的随访，密切观察院内感染发生情况，既做到对病人的过程管理，同时也是对管床医生的持续培训，此项工作收到预期效果，能及时发现医院感染病例，防止医院感染的暴发流行。

①感染率监测：发生医院感染 242 人,感染例次数 250 例,感染率为 1.3%,达到卫生厅规定的 $\leq 8\%$ 要求。

②漏报率的监测：从 11 月我院将医院感染管理纳入医疗护理质量管理开始，我院的漏报率从 50%下降到 16%。符合卫生部要求的 20%。

③对全院 1751 例无菌切口进行感染率调查，发生感染 5 例，感染率为 0.2%。达到了卫生部规定的 $\leq 0.5\%$ 的要求

2、首次开展现患率调查

7 月份我科开展了住院病人现患率调查。此次调查有院感科专职人员负责，调查时间为 3 天，共调查 399 个在院病人，实查率为 98.8%。调查结果显示，院内感染率为 2.76%。抗生素使用率为 64.4%，送检率为 3.8%。

3、环境监测方面

①对全院环境采样 366 份，合格 346 份，合格率为 94.5%。其中高危科室采样 243 份，合格 233 份，合格率为 95.8%。普通科室采样 133 份，合格 128 份，合格率为 96.2%。重点科室手卫生采样 144 份，合格 142 份，合格率为 98.6%。对于不合格的者，及时查找原因并重新采样。

③县卫生监督所来我院对层流手术室的空气监测采样 9 份，合格 8 份，合格率为 88%。

④透析液采样为 180 份，合格 180 份，合格率为 100%。

⑤对 10 月份投入使用的层流手术室、产房、ICU 的空气采样方法，首次采用《中华人民共和国国家标准医院洁净手术部建筑技术规范 GB50333—20xx》中的具体采样要求，采样结果均符合要求。

4、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，按全国消毒规范要求，每天做 B-D 试验，每月做生物监测，保证高压锅消毒灭菌质量。对手术室的快速压力蒸汽消毒锅全国消毒规范要求进行检测以保证灭菌质量。

2.每月对全院使用中消毒液的监测：共监测 246 份，合格 246 份，合格率为 100%。并逐步取消外科病区的戊二醛浸泡消毒，采用压力蒸汽灭菌。

3.6 月份对使用中的紫外线灯管进行了监测，上半年共监测 79 根，合格 75 根，合格率为 94.9%。对 $<70\mu\text{W}/\text{cm}^2$ 的紫外线灯管通知科室及时更换。

4.对我院使用的消毒剂及一次性医疗器械和物品进行了备案。

5、抗生素使用调查

全年对全院抗生素使用进行了两次调查，上半年抗生素使用率为 80%。其中治疗用药为 29.1%，预防用药为 69.6%。I 类切口抗生素使用率为 100%。使用抗生素的病人病原学检查率为 11%；下半年抗生素使用率为 64.4%。其中治疗用药为 30%，预防用药为 70%。I 类切口抗生素使用率为 100%。使用抗生素的病人病原学检查率为 13.3%。

三、排除医院感染暴发，为临床一线排忧解难。

10 月 5 日至 10 月 8 日，在三天内 NICU 上报发现 5 例患儿发生上呼吸道感染，疑似医院感染暴发。经过我科对环境卫生学的监测及病史的调查，排除医院感染暴发，确诊为头孢他啶引起的药物热。

四、积极参与医院建筑设计

1.根据卫生部《内镜清洗消毒技术操作规范(20xx 年版)》要求，

配合医院及科室完成对胃镜室、支气管镜室建筑改造工作。

2.在新建病房楼时，建议使用感应性水龙头、重点科室配备干手纸，院领导同意并已经实施到位，投入使用。此措施大大提高了我院医务人员的手卫生依从性;建议治疗室和换药室的空气消毒全部采用动态紫外线循环风消毒机，同样得到支持并以落实使用。

3.积极参与新建消毒供应中心建筑及流程的设计。

4.根据《医疗废物管理条例》中第三章第十七条的有关规定，对医院的医疗废物暂存地进行了重新选址，并将具体方案和建筑要求提交院领导，得到院领导的批准。

五、加强医疗废物管理，规范下收制度。

1.促成全院各科室部门产生的医疗废物确定由环境管理科的的专职人员下收工作的最终实施，并完成对下收专职人员进行必要的法律、法规和个人防护方面的培训。使得医疗废物的管理过程更符合实际，减少了污染和医护人员受伤害的机会。

2.重新设计医疗废物回收登记本，利于回收存档。

3.在8月份，我县卫生监督所的医疗废物专项检查中，我院获得了上级部门的表扬和肯定。

六、重点科室、重点部位医院感染管理

1.每季度抽查重点科室的感染管理，发现问题，主动与科主任或护士长沟通并督查改进。

2.每周定期查看中心静脉置管及留置导尿管病人情况，要求医务人员根据病人具体病情避免不必要的侵入性操作，减少导管留置日。

3.在有关医院发生血透感染丙肝事件后，我科及时对血透室进行了自查自纠，针对查出的问题，提出整改措施并进行督查。在7月份省厅的血透室专项检查中，我院血透室获得了二级医院第一名的好成绩。

4.消毒供应中心即将投入使用，通过感染管理委员会，协调制定了CSSD与手术室的之间器械交接具体操作程序，修订了CSSD各区职责和标准作业程序以及清洗、消毒灭菌效果的监测

5.充分利用网络资源，通过卫生厅网站下载重点科室、重点部位

医院感染 SOP,并下发到相应科室并对照执行。

七、多渠道开展培训，提高医务人员院感意识。

1.新职工培训对 50 名新上岗职工进行了医院感染概论、医疗废物管理知识培训与考核，考核合格率为 100%;对新入院实习医生、护士进行了医院感染知识培训，使他们对医院感染概况有一个初步的认识;

2.采取多种形式的感染知识的培训将集中培训与晨会科室培训有机结合，增加了临床医务人员的医院感染知识，提高院感意识。

3.8 月筹划并组织一次“手卫生宣传月”活动。活动的主题为：“感染防控，“手”当其冲”。通过宣传月活动，使大家认识到：洗手是预防医院感染最有效、最简单、最经济的方法;树立正确的观念，改变行为的模式，提供安全的服务。

八、使用医院感染监测及数据直报系统软件

10 月我科首次购进使用医院感染软件系统，对医院的病例监测，环境卫生学监测以及目标性监测有了数据化分析，更加直观科学。

虽然本年度，我科的工作取得了很大的进展，但是还一些存在问题：

1.临床感染管理小组没有充分发挥其作用。

2.感染监测结果没有定期向临床科室反馈

3.部分临床科室医生对院内感染重视程度不够,对病人的有关院内感染的诊断以及病情分析方面存在欠缺，医院感染登记表不能及时报送。

4.临床抗感染药物使用不规范，特别是围术期用药方面。使用抗生素的病人病原学送检率极低，提示我院抗生素使用仍存在误用或滥用现象。

新的一年即将到来，我科将继续开展各项工作，并针对本年度问题，特提出 20xx 年的初步工作计划。

1.充分发挥三级监控网的作用，根据分管领导和感染管理委员会的要求，制定下阶段的控制计划。充分发挥临床感染管理小组作用，将科室的培训和质控检查落实到个人。

2.建立院感通讯：每季度将各临床科室的感染人数、漏报人数、I

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/025132124142011103>