

# 医院感染质量控制月考核细则

序号	考核项目	扣分标准
1	院感综合管理	见《院感综合管理考核标准》
2	医院感染监测	见《医院感染监测考核标准》
3	消毒隔离、无菌技术与安全注射	见《消毒隔离、无菌技术与安全注射考核标准》
4	手卫生	见《手卫生考核标准》
5	重点部位感染防控	见《重点部位感染防控考核标准》
6	职业防护	见《职业防护考核标准》
7	医疗废物管理	见《医疗废物管理考核标准》

备注：

1.换药室、检验科、人流室、中医康复科、口腔科等综合目标管理考核按相应考核标准考核。

# 院感月考核项目

必考项目					
项目	考核条款	受考核科室	项目	考核条款	受考核科室
手卫生	依从率	所有住院科室	重点部位感染防控	全部	所有住院科室、手术室
消毒隔离 无菌技术 安全注射	全部	所有科室	手卫生	全部	所有科室
			院感综合管理	全部	所有科室
感染监测	1. 感染病例监测所有考核条款	所有住院科室	医疗废物管理	全部	所有科室
	2. 环境卫生学及消毒效果监测（每季度）	所有科室			

## 不容错条款

项目	考核内容及要求	扣分标准
感染病例监测	1. 医院感染监测和传染病监测：医院感染病例漏报。	5分/例。
医疗废物管理	医疗废物管理：医疗废物（透析器、输液器、残肢、死胎、传染性医废）遗失或贩卖。	5分起。透析器、血袋及特殊传染病患者产生的医疗废物等，计10分。
	损伤性废物混入生活垃圾。	20分/例。
消毒隔离 无菌技术	2. 消毒隔离与无菌技术：出现过期物品、器械包、消毒液、药液。消毒供应室发放湿包，清洗质量不合格。	5分/件，如已供患者使用，10分/件。
安全注射	单剂量注射用药品不得分数次使用。	5分/例。
	违反注射器具一人一针一管一用。	5分/例。

### 备注：

1.上述不容错条款适用于全中心与之相关的各个科室部门。

# 院感综合管理考核标准

项目	考核内容及要求	扣分标准
组织管理与制度建设	1. 科室成立医院感染管理小组，有小组成员名单和职责，各成员知晓相关职责。	未建立管理小组扣 10 分。
		抽问职责不知晓，扣 1 分/人次。
		人员调整未报院感科登记，扣 1 分/次。
	2. 小组成员按时参加院感会议。	未请假缺会，扣 2 分/人次。
		开会迟到或早退，1 分/人次。
	3. 科室医院感染管理制度完善。	未建立制度，每个制度扣 2 分。
		制度建立不完善，每项扣 2 分。
	4. 有院级及科级医院感染管理工作计划，科级医院感染管理工作计划内容完善，与实际工作相符。	无计划，扣 2 分。
		未按计划完成管理工作，每项扣 2 分。
	5. 有科室医院感染管理工作总结（每年）。	无总结，扣 2 分。
质控检查及小组会议	1. 科室每月进行院感质控检查（包括各项质控和或专项检查），有记录。	未开展质控活动，扣 5 分。 医疗组或护理组质控活动未及时完成，扣 1 分/项。 质控总结未及时完成，扣 2 分/次。 活动会议未定期召开，扣 2 分/次。 院感不良事件未进行分析整改，无记录，扣 1 分/例次。
	2. 对感染管理科每月的质控反馈进行整改有记录。	
	3. 每月对院感病例及职业暴露事件进行讨论，并提出整改措施，有记录。	
	4. 医院感染管理小组会议每季度召开，会议记录完整，包括会议主题、内容及结果，存在问题及原因分析、改进措施、成效评价等	
院感培训	1. 科室按时参加院感科组织的培训。	未请假缺会，扣 2 分/人次。
		培训会迟到或早退，扣 1 分/人次。
	2. 科室有医院感染培训计划。	无培训计划，扣 2 分/次。
		未定期开展培训，扣 2 分/次。
	3. 参加培训人数 >2/3，新上岗人员培训达 100%。	参培人员未达标，1 分/人次。
		新上岗人员未全部参与，2 分/人次
4. 培训记录完善。（有签名、讲义、考核和效果评价）	培训记录造假，扣 5 分/次。	
5. 抽问 1-2 名人员对培训知识的掌握情况。	知识未掌握 1 分/人次。	
院感知识考试	1. 按时参加院感科组织的考试。	未请假缺考，扣 2 分/人次。
	2. 科室每季度举行一次考试，参加人员必须为全科人员，未参加的需写明原因。	考试记录造假，扣 5 分/次；缺考扣 2 分/人次。

	3. 有考试汇总登记	无汇总登记扣 2 分/次。
	4. 考试无替考现象。	替考扣 2 分/人次。
资料归档	建立完善科室院感管理文档（包括医院发布的与院感相关的文件，简讯、通讯、培训讲义、测试试卷等）。	归档不完善，扣 1 分/项。

## 医院感染监测考核标准

项目	考核内容及要求	扣分标准
医院感染发病率监测报告	1. 发现医院感染 24 小时内报告。	迟报，扣 1 分/例。
	2. 无感染病例漏报。	漏报，扣 5 分/例。
	3. 感控医生每月至少对自查当日 10% 的住院病人进行感染病例监测（监测对象包括住院时间较长、病情危重、有创操作、免疫力低下等），感染病例监测登记完整。	未开展监测，扣 5 分。
		监测登记不完整，扣 1 分/例次。
	4. 院感病例及时送检标本，送检率 $\geq 60\%$	不达标，扣 2 分。（按季度考核）
	5. 正确采集和运送标本	不符合要求，扣 1 分/次
	6. 预防使用抗菌药物时机、种类、剂量合理。	不符合要求，扣 2 分/例。
环境卫生学及消毒效果监测	1. 有空气、物体表面、手消毒效果、消毒剂、消毒物品监测（每季度），各科均按医院监测计划执行	未按项完成，2 分/项。
		未按时完成，2 分/次。
	2. 不合格有分析整改记录，并复查合格。	无分析整改，5 分/次
		未及时复查，2 分/次。

# 手卫生考核评分标准

项目	考核内容及要求	扣分标准
手卫生设施	1. 采用非触式水龙头、流动水。	一项不符扣 1 分。
	2. 使用洗手液或抗菌皂液	
	3. 有一次性符合要求的干手用品。	
	4. 配备洗手流程图。	
手消毒剂管理	1. 所有治疗车、换药车、护理车、病历车、推床、发药车上配有手消毒剂。	一项不符扣 1 分。
	2. 病室、护士站、医生办公室配有手消毒剂。	
	3. 有隔离标识每个床单元要求配有手消毒剂。	
	4. 手消毒剂瓶上有启用时间及停用时间。	过期使用扣 1 分。
	5. 手消毒剂在规定时间内使用。	
手卫生知晓率	1. 熟知洗手、卫生手消毒原则： ①当手部有血液或其它体液等可见污染时，应用洗手液和流动水洗手。 ②手部无可见污染时，宜使用手消毒剂消毒双手代替洗手。	不能回答，扣 1 分/人次。 部分知晓，扣 1 分/人次。 (每次抽问 1 个问题)
	2. 熟知外科手消毒原则： ① 先洗手后消毒。 ② 不同患者手术之间、手套破损或手被污染时，应重新进行外科手消毒。	
	3. 熟知手卫生重要指征 (2 前 3 后)、揉搓时间 (不少于 15 秒)。	
	4. 手卫生定义：洗手、卫生手消毒、外科手消毒。	
手卫生标准操作	1. 洗手步骤正确、熟练，揉搓时间不少于 15 秒。	一项不符扣 1 分/人次。
	2. 卫生手消毒步骤正确、熟练，揉搓时间不少于 15 秒。	
手卫生依从性	1. 自觉执行手卫生。	未执行手卫生，扣 1 分/人次。
	2. 住院科室和急诊科：手卫生依从率 $\geq 60\%$ 门诊：手卫生依从率 $\geq 30\%$	不达标扣 2 分。
	3. 科室手消毒剂耗量达标 (普通病房 4-6ml/床.日，ICU 20 ml/床.日)。	不达标扣 2 分 (季度考核)

\*各重点部门手卫生管理考核依据《手卫生考核评分标准》

# 消毒隔离、安全注射和无菌技术考核评分标准

项目	考核内容及要求	扣分标准
床单元	1. 每日湿式扫床、(扫床巾)一床一巾; 定期对床单元进行擦拭或消毒、(抹布)一床一巾。	一项不符扣1分。
	2. 出院、转科、死亡患者的床单位执行终末消毒, 病床用臭氧消毒机或其他消毒设备进行消毒并有记录。	
	3. 传染患者每日清洁消毒2次, 出院后彻底终末消毒, 有记录。	
区域空气及地面清洁消毒	1. 治疗室、换药室、注射室、清创室、处置间等执行空气消毒: 1-2次/日, 有记录。	一项不符扣1分。 发现过期物品、消毒液、器械包等扣5分/次。
	2. 病房每日通风不少于2次, 每次不低于30分。	
	3. 收治经空气传播疾病患者后消毒回风口, 有记录。	
	4. 治疗室、换药室、病区地面等应湿式清扫, 保持清洁。无菌操作前停止地面清扫。	
物品、物表清洁消毒和消毒剂管理	1. 治疗室、换药室、病区等物表保持清洁。	
	2. 紫外线灯每周用75%酒精棉球擦拭一次。	
	3. 循环风消毒机的过滤网每周清洗1次并有记录。	
	4. 消毒液配置正确, 浓度达标, 有监测记录。	
	5. 消毒液定期更换(含氯消毒剂每日更换), 有记录。	
	6. 体温表使用后用75%酒精或500mg/L含氯消毒液浸泡消毒, 晾干后备用(含氯消毒液需清洗后晾干备用)。	
	7. 血压计、听诊器、手电筒、病历牌等每周用含氯消毒液消毒处理。	
	8. 呼吸机的螺纹管、湿化器、接头、呼吸活瓣通气筏等可拆卸部分应定期更换或消毒。	
	9. 消毒剂注明开启日期, 消毒液连续使用最长不超过7天(针对开瓶后反复用棉签蘸取使用的)	
	10. 消毒剂在有效期内使用。	
隔离单位	1. 备手套、必要时穿隔离衣、隔离衣悬挂正确。	
	2. 备医疗废物桶。	
	3. 体温计、药杯、便器、听诊器、血压计专用。	
	4. 不能专用的物品必须用后及时清洁消毒; 用过的复用器械使用专用容器密闭保存, 与供应室做好交接。	
	5. 医疗废物使用双层黄口袋密闭包装, 专门交接;	
	6. 用后的被服使用橘红色口袋密闭包装并注明隔离种类与洗涤公司做好交接。	
	7. 解除隔离后, 执行终末消毒。	
灭菌、一	1. 灭菌物品包外有灭菌日期、灭菌合格的指示标	

<p>次性无菌物品及药物管理</p>	<p>1. 签（三条黑线），灭菌包无过期、并与非无菌物品分开放置。</p> <p>2. 盛装消毒剂的容器每周灭菌更换 2 次，并注明灭菌日期和开启时间。</p> <p>3. 无菌盘、无菌干罐，有使用日期和时间，每 4 小时更换 1 次，置于容器中的灭菌物品打开后保存不超过 24 小时。</p> <p>4. 注射前查看药物的有效期，检查药物有无悬浮物、异物、沉渣等，检查外包装是否完整</p> <p>5. 疑似有污染的药品不得使用</p> <p>6. 抽出的药液和配置好的静脉输注用无菌液体，放置时间不超过 2 小时，启封抽吸的各种溶媒不超过 24 小时，无菌溶液开启后注明开启时间，使用不得超过 24 小时。</p> <p>7. 各种药液宜现配现用</p> <p>8. 各种血液制品、脂肪乳、静脉营养液的管理应遵循相关管理要求</p> <p>9. 尽可能使用单剂量注射药品。单剂量注射用药品不得分数次使用</p> <p>10. 封管液应单人次、单剂量使用</p> <p>11. 打开后的胰岛素室温保存 28 天，并注明开启时间。</p> <p>12. 一次性使用的医疗器械、物品不得重复使用。</p> <p>13. 一次性使用无菌医疗用品存放于阴凉干燥、通风良好的物架上，距地面≥20cm，距墙壁≥5cm，距顶≥50cm。</p> <p>14. 禁止用戊二醛浸泡灭菌器械及物品。。</p>	<p>违反规定一次扣 5 分。</p>
<p>注射器具管理</p>	<p>1. 注射前查看注射器具是否在效期内，有无漏气，包装是否完整</p> <p>2. 疑似被污染的注射器具不得使用</p> <p>3. 一次性使用输液器、输血器、输液装置、注射器及其针头等不能重复使用，确保一人一针一管一用</p> <p>4. 使用同一溶媒配置不同药液时，必须每次更换未启封的一次性无菌注射器和针头抽取溶媒</p> <p>5. 多剂量用药时，必须一人一管一用</p>	<p>1. 留置针封管、胰岛素注射、药物过敏试验、免疫接种等操作均应一人一针一管一用，不得只更换针头不更换注射器</p> <p>2. 素笔的使用应遵循产品说明，通常情况下，使用同一支素笔为同一患者皮下注射胰岛素时只需更换针头</p> <p>一项不符扣 2 分。</p>
<p>无菌技术操作</p>	<p>1. 治疗室、静脉配药室等配置药物和实施注射的环境应符合要求，清洁、干燥，减少无关人员进入</p> <p>2. 医务人员在配置药物和注射前后应严格执行手卫生，做无菌操作及侵入性操作时，配戴好帽子、医用外科口罩或医用口罩</p> <p>3. 进行中心静脉置管和外周静脉置管时应遵循最大无菌屏障</p> <p>4. 皮肤消毒时应以穿刺点为中心涂擦，至少消毒两遍或遵循消毒剂使用说明书，待自然干燥后方可穿刺</p> <p>5. 皮肤消毒方法正确，消毒后不应再用未消毒的手指触摸穿刺点</p> <p>6. 配药室，医务人员手不得触碰注射器针梗、活塞，不得注射器及注射器针头等部位。一旦触碰，视为污染。</p> <p>7. 止血带应一人一用一清洁或消毒，送消毒供应中心集中处置</p> <p>8. 穿刺部位应避开感染或破损部位</p>	<p>一项不符扣 2 分。</p>



9. 取无菌物品时，必须用无菌钳（镊），不可与接触病人的无菌钳（镊）交叉使用。	
10. 从无菌容器或包中取出的无菌物品，虽未使用，也不可放回无菌容器或包内。	
11. 不可跨越无菌区，徒手不可触及无菌物品	
12. 治疗车或换药车上层为清洁区，下层为污染区，废疗物物和脱卸的外包装禁止放在清洁层。	
13. 一套无菌物品，只能供一个病员使用；器械、用物疑有污染或已被污染，不可使用，应更换或重新灭菌	

# 职业防护考核评分标准

项目	考核内容及要求	扣分标准
防护用品准备	1. 各科室配置防护用品，数量满足科室需求。（包括防护服、口罩、手套、护目镜或面罩）。	数量不符扣 1 分。
	2. 全科人员知晓科室防护用品放置位置。	抽问不知晓，扣 1 分/人次。
医务人员	工作时穿工作服，不戴首饰，不留长指甲，不涂指甲油。	一项不符扣 1 分
手卫生和防护用品	1. 洗手设施符合要求（洗手宣传图、洗手液、手消毒剂、干手物品符合要求）。	一项不符扣 1 分
	2. 手部有血液、体液等可见污染时，应选择皂液和流动水洗手；如无可见污染，选择手消毒剂消毒双手；接触诺如病毒、轮状病毒、艰难梭菌、手足口病等对醇类不敏感的病原体后，应选择皂液和流动水洗手	
	3. 接触病人血液、体液、排泄物、分泌物及破损的皮肤黏膜时戴橡胶手套或无菌手套，医务人员手部皮肤有伤口时戴双层手套。	
	4. 一次性手套应一次性使用，有破损时及时摘除并行手卫生，戴手套不能替代手卫生；诊疗护理不同患者之间应更换手套	一项不符扣 1 分
	5. 从污染区转移到清洁区域时更换手套。	
	6. 检查治疗中，医务人员必须保持佩戴口罩。接触飞沫传播的患者时，佩戴医用外科口罩	
	7. 脱下的口罩，不可以悬挂于脖颈上。	
	8. 一只口罩使用不超过 4 小时，禁止重复使用。	
	9. 在进入飞沫传播患者病室，戴医用外科口罩。进行可形成气溶胶操作时，穿隔离衣，戴医用防护口罩、防护镜或防护面罩。	
	10. 有可能发生血液、体液大面积喷溅到面部或者污染医务人员身体时，应当佩戴外科口罩、防护镜或防护面罩，穿戴具有防渗透性能的隔离衣或围裙。对实行保护性隔离的患者进行诊疗护理操作时应穿隔离衣	
锐器伤预防	1. 安全处理针头，禁止用手分解针头与注射器。	一项不符扣 1 分
	2. 禁止用手直接接触使用后的针头、刀片，禁止徒手弯曲、折断注射器针头；禁止徒手掰安瓿。	
	3. 禁止将锐利器具直接传递；禁止手持锐器随意走动。	
	4. 禁止双手回套针帽。如确需回套，则单手操作或使用针帽回套装置	
	5. 在所有可能产生锐器的场所配备锐器盒，使用后的锐器应直接放入耐刺、防渗漏的锐器盒内，锐器盒达 3/4 满及时关闭；锐器盒放置位置醒目、方便、高度适宜。	
职业暴露后的处理	发生职业暴露后正确实施局部处理。	一项不符扣 1 分
	发生职业暴露后立即报告科室负责人及感染管理	发生职业暴露，扣 2 分/例次。

	科，填写工作人员职业暴露填报卡。	
提问	1. 什么叫标准预防？	不能回答，扣1分/人次。
	2. 职业暴露后的处理流程。	部分知晓，扣1分/人次

\*各重点部门职业防护考核依据《职业防护考核评分标准》执行。

## 重点部位感染防控考核评分标准

项目	考核内容及标准	扣分标准
下呼吸道感染防控	1. 病房每日通风不少于 2 次，每次不低于 30 分钟。	一项不符扣 1 分。
	2. 年老体弱、肿瘤、营养不良、静脉置管、导尿管、外科开放性手术患者等不与呼吸道感染患者安置在同一病房；呼吸道感染的患者与非呼吸道感染的患者分室安置	
	3. 病情允许下抬高床头 30° ~45° 。	
	4. 对不能自行翻身的患者定时翻身拍背。	
	5. 指导患者做呼吸功能锻炼，鼓励深咳。	
	6. 病情允许情况下指导患者多饮水。	
	7. 执行手卫生	
	8. 吸痰遵循无菌操作原则	
	9. 吸氧、吸痰物品一人一用一消毒或灭菌	
尿管相关性感染防控	1. 插管、护理尿管前后做手卫生。	一项不符扣 1 分。
	2. 严格执行无菌操作。	
	3. 固定导管以免被牵扯，尿路无打结	
	4. 标识尿管、尿袋放置和更换时间（起止时间）。	
	5. 尿袋低于膀胱高度。	
	6. 收集袋距离地面 10 厘米以上。	
	7. 有规律的排放收集袋中的尿液。（尿液超过尿袋 1/2 时或每 8 小时）	
	8. 保持（导管到尿袋）系统的密闭性。	
	9. 尿管和尿袋根据产品说明定期更换。	
	10. 发生尿路感染及时更换尿管和尿袋。	
	11. 每天进行导管的清洁护理，保持会阴部清洁。	
	2. 术前备皮规范：手术当日、避免不必要的备皮。	
	3. 手术器械及物品无菌。	
	4. 外科洗手规范	
	5. 术中严格执行各项操作技术规范	
	6. 术后换药严格遵守无菌操作原则：戴帽子、外科口罩、手套，正确消毒，避免污染。	
7. 预防使用抗菌药规范：术前 2 小时内，手术超过 3 小时及术中出血超过 1500ml 追加 1 剂，术后使用不超过 24 小时。		
8. 术后引流管管理规范：保持通畅、做好标识、及时拔除。		

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/818007066042006035>