# 爱尔眼科半年工作总结(合集21篇)

来源：网络 作者：梦回唐朝 更新时间：2024-06-12

*爱尔眼科半年工作总结1院感办在领导的正确指导下，认真贯彻执行《院感染管理办法》、《消毒技术规范》，做好染管理这项工作，我认真翻阅有关资料，外出参加省内有关医院感染管理知识培训，不断吸取新的院感知识和学习别人的先进经验，使自己工作能力得到很大...*

**爱尔眼科半年工作总结1**

院感办在领导的正确指导下，认真贯彻执行《院感染管理办法》、《消毒技术规范》，做好染管理这项工作，我认真翻阅有关资料，外出参加省内有关医院感染管理知识培训，不断吸取新的院感知识和学习别人的先进经验，使自己工作能力得到很大提高，在控制医院感染管理上，主要在以下几方面做了一些工作。

>一、完善我院医院感染管理的规章制度

及时向科室宣传学习上级部门下发的新知识，《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》。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，重审了我院关于一次性无菌医疗用品使用的各项规定。

>二、完善医院感染日常监测

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即使给予指导，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感病历的上报工作，对全院紫外线灯管每年二次监测，对不合格的灯管及时通知护士长进行更换，在高压蒸汽灭菌锅的监测中，按安徽省供应室管理要求，做好每项监测记录，对手术器械、口腔科器械及换药室、胃镜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%。

>三、完善出院病人医院感染监测

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，经常到病房翻阅病例，查看病人，看院感调查表的填写情况及抗生素使用情控制将要更加法制化、规范化和科学化，我院的`院感管理工作，在院领导的支持，逐步按规范化发展，20xx年的院感管理工作况，防止漏填漏报，发现问题及时向领导反映，使问题得到及时改进，因而杜绝医院交叉感染的暴发流行事件的发生，目前1—11月份，我院出院病人数共5872人，感染例数是8例，感染率，完全在二级医院要求范围以内。

>四、教育培训

随着医学知识不断提高，院感知识的不断更新，我们不定期组织全院医护人员进行院感知识培训，对新上岗人员进行培训并进行问卷考试。

以上是我在20xx年一年做的一些工作，虽然在工作中取得一定成绩，受到上级领导的好评，但是离院领导的要求还有一定距离，今后还要更加努力工作，不断学习新的知识，不断提高自身素质，希望各位领导和科主任、护士长对我的工作提出宝贵意见和建议，以便在今后的工作中将院感工作做得更好，为我院的进步发展贡献自己的力量。

>一、根据院感防控要求细化院感质量管理措施

20xx年进一步完善了医院感染的质量控制与考核制度，根据科室特点签订目标责任书，在实际工作中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，加强日常督查及指导，发放院感整改意见书144份，特别是对于医院重点部门、重点部位、重点环节加强管理工作，对手术室、口腔科、胃镜室、血透室、检验科等重点部门制定了风险评估方案，并根据存在问题及时进行反馈及整改，今年胃肠镜室增加胃镜、肠镜各一台，并规范了术前传染病检查流程及消毒流程，进一步控制了血源性疾病传播的风险，血透室进行了局部流程改造及管理流程再造，使之更符合医院感染控制要求。

>二、院感全面回顾性调查及现患率调查工作

1至11月份，全院共出院的9555人，院感科全部进行了回顾性的调查，医院感染发生人数为39人，发生医院感染41例次，医院感染率％，例次感染率。外系科室完成I类手术切口病员424例，感染2例，感染率为，诊断为医院感染病例，微生物样本送检率达，对临床诊断及用药提供了有力的依据。本年度现患率调查工作于20xx年9月12日开展，实查率为，现患率，与本院年度医院感染率有较大差距。

>三、传染病的`院感防控

本年度门诊及住院均发现多种传染病，传染病共计报卡291例，其中手足口病141例、乙肝65例，丙肝23例，\_20例，HIV感染17例，诺如病毒阳性2例。在各类传染病流行期间，进一步规范门诊预检分诊流程、对儿科门诊、内科门诊、发热门（急）诊等重点场所加强管理，认真贯彻落实手足口病、甲型H7N9禽流感、埃博拉出血热等医院感染控制要求，对发热门诊重新进行布局设计，使之更符合院感控制要求，并按要求准备数量充足，品种齐全的防护、消毒用品，保证随时备用。对全院医务人员、工勤人员，进行了多次传染病防治和自身防护知识的培训及演练等，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的发生，并积极配合县疾控、县\_门，共同做好疫情防控工作。

>四、环境卫生学、消毒灭菌效果监测情况

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、血透室、微生物实验室等高危部门的环境卫生学监测及医务人员手卫生的监测。全院共采样484份，合格数为481份，合格率99%。不合格样品全部为手卫生监测不合格。

>五、抗生素使用的管理

按照《抗菌药物临床应用指导原则》以及《大邑县20xx年抗菌药物临床应用专项整治活动实施方案》等规定，为加强抗菌药物临床使用的管理，院感管理部门积极参与临床合理使用抗菌药物的管理，每月对各科室治疗用抗菌药物微生物样本送检情况进行督查考核，并协同药剂科、检验科每季度发布《细菌耐药情况分析与对策报告》，通报季度细菌分布情况、多重耐药菌检出变化及感染趋势、重点部门前五位医院感染病原微生物名称及耐药率等，为临床医生合理使用抗生素提供可靠的帮助。全院抗生素使用情况如下：1—10月份共出院8665例病例，使用抗生素者5689例，微生物样本送检率为，其中接受限制使用抗菌药物治疗微生物检验样本送检率为，特殊使用级抗菌药物使用率，接受特殊使用级抗菌药物治疗微生物检验样本送检率为，均达到抗菌药物临床应用专项整治目标。监测多重耐药菌59株，重点监测科室为肛肠科20株、老年病科10株、外科6株、骨伤科4株，均按相关管理要求进行接触隔离督导，未发生多重耐药菌的医院感染暴发事件。

>六、医疗废物管理

本年度继续完善医疗废物管理工作各项规章制度，明确各类人员职责，落实责任制，针对各科室保洁工人频繁更换的情况进行一对一的培训，发现问题及时反馈并整改。对医疗废物暂存点进行了重新的修缮，做到防蚊、防蝇、防蟑螂、防盗，警示标识齐全、醒目、双锁管理，医疗废物的分类、收集、贮存、包装、交接、转运等符合管理流程，全院共产生医疗废物44018公斤，未发生医疗废物的遗撒、遗失等事件，未发生由于医疗废物管理不善引起的感染暴发。

>七、医院污水管理

按二级生化处理要求，我院污水处理设施正常一直运转，由院感科每日监督余氯排放指标，做到达标排放。20xx年下半年，按照相关文件要求，为加强对污水中COD、氨氮、流量的管理和监控，保障广大群众的健康与安全，我院成都xx环境工程有限公司签订安装在线监测设备合作协议，目前已完成前期土建改造，设备安装调试，并已实现与县环境保护部门的数据传输，后期工作为环保验收，专人管理，保证设备正常运作，污水达标排放。

>八、院感培训及考核

全年完成10次医院感染知识培训、3次理论考核、2次应急演练。参加人员包括全院医务人员、新聘人员、工勤人员，共1047人次参加。培训及考核内容包括：院感基础知识培训，传染病与医院感染防控法律法规，职业安全与防护培训、工勤人员的职业防护及消毒隔离知识培训、手卫生培训、埃博拉出血热的认识及诊疗方案、埃博拉出血热防护及消毒培训，基层医疗机构医院感染管理培训等。应急演练内容包括职业暴露处置流程、埃博拉出血热医疗救治演练，均取得较好效果。

>九、健康教育工作

本年度与基层指导科、健康促进中心联合开展多次健康教育工作，在手足口病高发季度在儿科门诊发放手足口病卫生宣传资料500余份；11月发放诺如病毒感染性腹泻宣传资料300余份，发放艾滋病防控宣传资料400余份，接受群众咨询50余人；制作H7N9禽流感宣传专栏一期，制作抗击埃博拉出血热宣传专栏一期，起到了普及健康知识，防控疾病传播的作用。

**爱尔眼科半年工作总结2**

主讲内容：《遗传性眼底疾病概述及基因检测》

**爱尔眼科半年工作总结3**

主讲内容：《飞蚊症激光玻璃体激光消融术》

>赵兮希 沈阳爱尔眼科医院主治医师

主讲内容：：《玻璃体腔注药术的规范化注射流程及注意事项》

>长风破浪会有时，直挂云帆济沧海。

>20\_年，爱尔眼科辽宁省区眼底病项目选择逆行迎战，抓住机遇，再攀高峰，为实现“百年爱尔”的梦想做出应有的贡献！返回搜狐，查看更多

**爱尔眼科半年工作总结4**

主讲内容：《OCT的基础与临床》

**爱尔眼科半年工作总结5**

为了进一步规范医院感染管理，有效控制医院感染的发生，保障患者医疗安全，根据《医院感染管理办法》的要求，现将20\_\_\_年上半年我院院感工作情况进行反馈。

今年1-6月份，在各个临床科室全体医护人员的积极参与和配合下，医院感染管理工作平稳进行，未出现感染爆发流行，现将具体情况汇报如下：

一、提高认识，加强学习，不断促进医院感染工作的发展和开展，上半年进行了两次全体员工的院感知识培训，并不定期在医院微信群里发送院感知识，使全院员工便于看到，对新员工进行了岗前培训，经考核全部合格。

二、通过加强院内感染的监测、自查及上级领导来院检查给予的指导意见，根据我院的实际情况进行了院感监测方面的改进，对有关院感的各项制度、操作流程进行了更新，使本院的院感防范工作得到了提高；加强了手卫生的学习，使手卫生依从性也得到了提高，消毒隔离措施也更加完善，有效防止了医院内交叉感染的发生。

1、院内感染的发生率 、漏报率

1-6月份共计病人339人，感染5人，以肺部感染最多，尿路感染次之，感染率，比去年下半年减少，无漏报，全院病人病原体送检人数85人，送检率，按例次算送检率为，数目较去年下半年上升，多重耐药菌感染8人次（包括带入感染和院内感染的`），以金黄色葡萄菌最多、其次为鲍曼不动杆菌、肺炎克雷伯菌、大肠埃希菌、铜绿假单胞菌、屎肠球菌、粪肠球菌等，多重耐药菌感染多为带入病人，占，以内科病房感染人数较多，统计分析，感染原因为：住院病人年龄较高，住院时间较长，肿瘤病人、糖尿病人偏多，长期卧床，又同时插有尿管，胃管，胸腔引流管等，免疫力低下，难以避免交叉感染。

2、对于多重耐药菌感染，我们院感办也采取了措施，发现有耐药菌感染者，由检验科电话通知院感监测人员 ，院感人员再到病人所在科室进行督导、干预处置，并提醒大家加强手卫生依从性，做好消毒隔离，避免了院感的流行与爆发。

3、抗生素的合理使用

内科：1-6月份住院病人及出院病人病史查阅显示，通过不断反馈和医务科、院感办的督查，不合理使用抗生素现象明显减少，并提高了血常规、病原学的送检率，个别不合理使用的，已反馈到所在科室。

外科：手术围术期抗生素的使用，对于手术病人预防用抗生素的，术前带入手术室的达98%，肛肠科手术术前半小时用抗生素者达100%，一类切口预防用抗生素使用率，术后使用抗生素超过3天的较去年下半年有减少，所以，这要从观念上改变，并组织大家学习合理使用和抗生素原则。

4、医务人员职业暴露在日常的工作中也很重要，通过学习大家提高了认识，今年上半年，工作人员无人因职业暴露受伤，但还是要提醒大家按操作规程做，养成好的习惯 。

5、存在的问题：个别医生在感染处置方面意识较差，感染出现后，未及时予以送检病原体及药敏培养；有些入院时尿常规异常，未予以复查；分析原因是医生对病原学检查观念差；院内感染漏报现象仍存在，对于漏报存在原因，主要是医生忙于日常医疗工作，对此项工作还不够重视而致，另外，手术后预防用抗生素超过72小时现象仍有，原因是医生的用药习惯及使用抗生素的观念而致。

综合上述问题，希望各科室在今后的工作中加强院感知识学习，按照抗生素应用管理规范用药，从思想上引起重视，院感管理是医院管理的重要组成部分，是医疗质量的重要保障，院感工作责任重大。并就院感工作近期重点安排如下：

1、今后各科室要高度重视院感控制，加强院感知识学习，强调手卫生和标准预防的重要性，并认真落实。

2、根据《抗菌药物临床应用管理办法》规范应用抗生素，控制一类手术切口预防应用抗生素，治疗应用抗生素也要严格掌握指征，减少多重耐药菌感染，强化病原体送检意识。

3、提高手卫生依从性管理，加强监测。

4、医院感染病例及时上报，如有漏报、迟报者与奖金结合，加大惩罚力度。

**爱尔眼科半年工作总结6**

几年来，在院领导的高度重视和指导下，我科室建立了一套行之有效的内部监督机制与考核措施，规范了医护人员行为，保证了工作质量，使爱婴工作不断巩固、完善和提高。

>一、领导重视，进一步加强机构建设工作

自创建爱婴医院以来，丝毫未放松爱婴工作，在贯彻《母婴保健法》同时，院领导将爱婴工作纳入重要议事日程，做到创建领导班子和技术指导小组不撤，并设有爱婴办，绷紧巩固成果之弦不松，注重行政管理劲头不减。每年根据人事变动情况，及时调整了巩固爱婴医院领导小组和技术指导小组成员，院长担任巩固爱婴医院成果领导小组组长，亲自挂帅，使巩固爱婴医院成果作为“一把手”工程，副组长由分管业务院长担任。巩固爱婴医院领导小组由院办公室、爱婴办、医疗、护理、保健、产科、财务科等部门的负责人组成，爱婴办负责制定计划，分解任务，责任到人，各司其职，相互协调，密切合作，确保巩固爱婴医院成果顺利进行。

>二、结合实际，不断完善各项爱婴工作

（一）按照爱婴医院标准要求，对爱婴医院工作制度进行全面的修订和完善，建立健全了母乳喂养工作制度、母乳喂养宣教1 / 51

制度、消毒隔离制度等制度和母乳喂养常规、正常新生儿护理常规、健康教育常规等内容，使爱婴工作有章可循、有法可依，并逐步走向制度化、标准化、规范化、科学化管理。

（二）在提供母婴系列服务的同时，将母乳喂养管理措施纳入各班护士岗位职责，责任到人，开放式的护理与服务对象融为一体，既增加了工作责任心，又激发了家属积极参与促进母乳喂养的热情，形成了全民参与、社会支持关注的崭新局面，提高人口素质，维护了妇儿合法权益。

（三）不断优化门诊和病区的环境，使之达到整洁、安全、舒适、人性化的要求，进一步体现爱婴行动的宗旨，为孕产妇营造一个温暖、舒适、洁净的住院环境，现在的爱婴区环境宜人，设备齐全、功能化；为满足不同层次服务对象的需求，普通病区床间装有隔帘，为孕产妇

营造一个独立空间，更好的保护其隐私，增加了病区的温馨、人性化的服务条件，赢得了社会和服务对象的赞誉。五是，坚持做好母乳喂养培训工作。每年对新分配的医、技、护、工勤人员进行18小时以上的岗前培训，重点培训“三十条”及有关母乳喂养知识，培训后进行考试，做示范演练，合格后方可上岗，新上岗人员的培训率达100％。

（四）落实母乳喂养工作，使每个孕妇入院第一天就置身于一个良好的健康教育氛围中，从产科门诊到到病房均有护士做好母乳喂养的宣教，一进病房负责护士就会发给宣教资料，随后有2 / 51

专职人员做好孕期保健和母乳喂养知识宣教。临产妇进入产房后，助产士以胎儿给妈妈一封信的形式，将母乳喂养的好处宣传资料发给临产妇及家属，助产士严密观察产程，减少难产的发生，最大限度的减少分娩过程中对母婴造成的伤害；新生儿出生后半小时内进行早接触、早吸吮；母亲在产房期间婴儿不能先送产科（爱婴区），离开母亲。助产士护送产妇与婴儿到产科（爱婴区）时，爱婴区工作人员要热情接待，做好新生儿入科处置后，阴道分娩要求半小时内床旁进行母乳喂养知识宣教及指导母乳喂养一次，实行24小时母婴同室，鼓励按需哺乳；产科护士每1～2小时巡视母婴一次，进行母乳喂养知识的督导与评估。

（五）加大产科基础护理质量管理，使病房整洁、美观、家庭化，确保为孕产妇做到“两短”、“六洁”、“五到位”。坚持落实产科查房制度，确保母婴安全；门卫也要有专人负责，做好安全保卫工作；出院前护理人员再次作好母乳喂养评估并告知产妇及家属出院后与母乳喂养支持组织取得联系的方法，使母乳喂养工作深入社会的每一个角落、每一个层次。

>三、狠抓质量，强化监督考核工作

严格按《爱婴医院评估标准和评分方法》，将每项质量标准要求分解到责任人，下发给科室，再由科室责任到人，让每个人对质量标准和评分方法都有明确认识，使层层有活动，人人有责任，实行制度约束，人人参与质控，人人又被质控，保证爱婴医院质量的提高。及时反馈爱婴工作中存在的问题，针对问题，制3 / 51

定改进措施，有针对性防止爱婴工作滑坡。不断改革产科服务模式，产科质量稳步提高尤其是创建爱婴医院以来，产科不断改革服务模式，系统管理孕产妇，

产科质量明显提高。新生儿无一例因诊疗护理不当的并发症，在每月医德医风检查中，孕产妇满意度保持％以上，在巩固爱婴医院工作的同时，我们注意不断总结经验，勇于创新。结合妇幼保健工作的难点和重点，加强了爱婴医院临床和保健的紧密联系，在做好母乳喂养咨询、孕产妇营养咨询门诊、产后门诊随访管理的同时，提供产褥期保健、母乳喂养及新生儿护理的指导与帮助，新生儿疾病筛查等工作,受到孕产妇及家属的欢迎和好评。

>四、寻找短板，推进爱婴事业发展

（一）完善制度建设，爱婴工作是一项社会系统工程，领导重视，社会支持，使母婴保健服务行为得到全社会的监督管理，纳入了制度化、规范化、系统化的管理轨道。我院通过巩固爱婴医院的工作，并不断完善了各项规章制度与服务功能，强化了医护人员的`法律意识与职业道德意识，规范了医护人员行为，医疗护理质量显著提高，促进了医院工作的全面发展。

（二）将巩固与发展相结合，在不断发展上下功夫，我们坚持常抓不懈，做到思想不松、目标不降、责任不变。在爱婴工作上一如既往做到医疗保障到位，宣传指导到位，护理责任到位。通过规范管理，加强监督考核，强化了护理人员的服务意识，提高了服务质量，体现了以病人为中心的服务宗旨，有效地促进爱婴工作的不断发展。

（三）巩固爱婴医院工作，通过对孕产妇多种形式的健康教育活动，根据不同的个体需求评估，制订不同的教育计划与内容方法，拓宽了护理人员的知识面，增强了护理人员的沟通能力，促进了护患关系的融洽，体现了护理工作的自身价值，提高了护理人员的综合素质，同时促进了保健与临床相结合，使健康教育工作深入到每一位孕产妇，每个家庭，在临床中开展保健，增强了产妇健康保健意识，密切了医患关系，提高了孕产妇对医院的满意度，打破了临床与保健脱节的现象。

**爱尔眼科半年工作总结7**

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。在院领导的正确领导和大力支持下，从制度落实，到严格组织管理，采取多种措施，使我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，现将我院本年度院内感染控制工作总结如下：

>一、质量控制

根据医院医疗安全与质量控制的要求，完善了医院感染的`质量控制与考评标准，根据日常工作检查进行督查反馈，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、产房、胃镜室、检验科等重点部门的医院感染管理工作。院感科每月进行督查、指导、反馈，防止院感在院内暴发。

>二、感染管理

我院在感控工作中均采用前瞻性调查和病例回顾性方法，导致及时性、准确性不足，针对这一问题我科要求医护人员及时发现、及时上报，感控专职人员根据上报情况及时深入临床科室了解相关信息，提出相应的感染控制措施并监督指导执行。

>三、教育培训：

1、加强医院感染培训及考核，制定了医院感染管理培训计划，全年在医院内以PPT讲授的形式进行了4次医院感染知识培训，参加人员包括医务人员及保洁人员。培训内容为：医务人员职业防护、医疗废物管理、医院感染诊断及上报，消毒卫生标准、手卫生、医院感染监测规范、多重耐药菌预防与控制措施，重点部门消毒与隔离制度，保洁人员的职业防护及消毒隔离知识等，对新上岗的医护人员进行了岗前培训。

2、院感专兼职人员多次参加了上级医院及卫生行政部门组织的医院感染知识培训，并取得相应的资质证书。

>四、感染监测

1、根据院感管理要求，做好医院感染病例及监测工作，全年共监测出院病历1066份，其中发生感染病例1例，感染率为93、8%

2、全年全院共采样151份，其中空气采样20份、物体表面采样39份、医务人员手采样15份、消毒物品采样8份、无菌物品采样4份、生物监测8份，合格151份，合格率为100%。

3、每月对含氯消毒液进行浓度检测，全年共监测64份，合格50份，对于不合格者，及时查找原因在下月重点监测采样。

4、每季度对使用中紫外线灯管进行监测，全年共监测60次，

合格60次，合格率为100%，如有＜70uw/cm2的紫外线灯管将立即通知科室及时更换。

>五、加强医疗废物管理

加强医疗废物管理，不定期检查医疗废物的分类、收集、交接、储存等环节，严格按照《医疗废物管理条例》中规定的要求进行规范处理，发现问题及时整改。

>六、存在的不足

1、全院医务人员手卫生依从性差，不能每治疗一位患者及时洗手或手消毒。

2、医院感染病例报告不及时，经常出现迟报漏报甚至不报现象。

医院感染涉及全院每个角落，贯穿于自病人入院到出院的全过程，贯穿于治疗和护理的每一个细节当中，为此医院感染工作要常抓不懈，我科力争将医院感染率控制在较低水平，为我院医疗质量提高保驾护航。

**爱尔眼科半年工作总结8**

>一、召开“院感专业委员会”会议：

6月5日，由刘媛副院长主持，刘奇杰副院长、医教科、办公室、药械科、门诊部及各临床科室主任、护士长等25人参加的 “院感专业委员会”会议顺利召开，会议首先通过了调整“医院感染管理委员会”及各科室“院感质量控制小组”成员名单的决议；通报了20xx年上半年院感工作和医院环境生物学、消毒灭菌物品监测结果。分析了20xx年上半年发生的院内感染病例情况。并认真讨论了院感工作中存在的问题。最后院感委员会委员对我院感控制工作提出三点要求：一是感染控制工作需要各部门的密切配合及全院医务人员的积极参与，要求医务人员应充分认识到医院感染控制的重要性，提高防控意识，保证医院感染的质量控制。二是要求各科室严格落实医院感染控制的各项制度及预防措施。三是科主任、护士长应各负其责，监管好本科室感染控制的每个细节，认真做好自查自纠，防患于未然。

>二、加强院感质量控制，保证医疗护理安全

1、每月组织院感质量控制小组，按“医院感染控制质量考核标准”，对各科室消毒隔离措施落实、手卫生、院感病例上报等进行检查考核，对环境卫生学及消毒灭菌物品进行生物监测。针对存在的问题及监测不合格等情况，及时反馈、整改，至合格。

2、平时注重加强对重点科室、重点部位的监督、检查。对新生儿室、产房存在的医护人员进出不能及时更换工作服、佩戴帽子、口

罩及手卫生等问题，及时与科室主任、护士长沟通，要求给工作人员配备需要更换的工作衣、工作鞋。主管院长多次在行政查房中要求科主任、护士长要高度重视新生儿室的\'院感工作，加强消毒隔离措施的落实和手卫生的管理，使此项工作得到改善。

3、及时应对医院感染的发生。20xx年4月24-25日妇产科、儿科4例发生新生儿感染“轮轮状病毒感染性肠炎”。事件发生后，科室及时上报，护理部组织人员及时采取有效措施进行控制，及时进行流行病学调查，在大家的共同努力下，使院内感染事件及时得到控制。

4、针对自治区卫生监督所3月28日对我院“医院感染控制、传染病”管理工作进行的综合执法检查中存在的问题，指导相关科室进行整改，并协助制定消毒登记本，规范医疗废弃物的交接程序及标示。

5、协助功能科制定院感控制工作制度，成立院感质量控制小组，建立消毒登记本等，并指导落实执行。

>三、对重点部门进行专项检查：

5月29日8时，结合医院下发“关于进一步加强我院麻疹防控工作的紧急通知”的文件精神，护理部（院感科）对全院及重点部进行了专项检查，本次检查包括传染病的预检分诊、手卫生依从性、职业暴露等内容，随机抽查了医生和护士对相关知识的掌握情况。并督促相关科室做好消毒隔离以及医护人员的防护，提高防控意识，认真履行岗位职责，有效预防和控制医院感染的发生。

>四、加强培训，不断提高医务人员院感知识：

为做好人感染H7N9禽流感医院感染预防与控制工作，护理部以

《人感染H7N9禽流感医院感染预防与控制技术指南（20xx年版）》为指导教材，于4月7日下午与医教科共同举办了全院医务人员 “人感染H7N9禽流感医院感染预防与控制技术指南”和“医院隔离技术规范（节选）”知识培训。为使“人感染H7N9禽流感”防控措施落实到位，4月16日护理部会同门诊部对预检分诊工作流程，发热病人接诊及消毒隔离措施等内容进行现场培训。4月17日，再次对医疗垃圾暂存间工作人员和全体保洁人员进行“职业防护”、“手卫生”及“消毒液配臵知识”强化培训。通过培训，使全院医务人员及重点岗位工作人员熟练掌握了“人感染H7N9禽流感医院感染预防与控制技术”。为确保我院“人感染H7N9禽流感”防控措施落实到位发挥了积极作用。

>五、积极选派相关人员参加区内院感知识培训

1、5月16日，我院选派谢丽龙、杨丽娟、赵静娴、王丽艳等6人参加了由宁夏医院感染质量控制中心举办的全区“手卫生宣传周”活动。本次活动内容丰富，形式新颖，既有市医院护理人员表演的洗手操，又有紧张激烈的知识竞赛，同时还发放了多种手卫生知识宣传彩页。使我院参加这次活动的同志受益匪浅，对推动我院手卫生工作的开展起到了积极的促进作用。

2、6月8日，我院选派李春霞参加了“宁夏第二届消毒供应中心年会”。我院护理部谢丽龙、杨丽娟参会旁听。医院消毒供应室的核心职能是保证医院无菌物品的质量安全，是控制医院感染的重要保障。在两天的年会活动中，来自医院消毒供应室的老师们紧扣规范的

消毒要求，与参会的各单位代表共同分享了自己工作中的好经验、好做法。让我们在以后的工作中少走很多弯路，使我们受益匪浅，

3、6月29日，选派谢丽龙、杨丽娟参加了宁夏医院管理协会召开的“20xx年全区医院感染预防与控制新进展研讨会”，我院各临床科室护士长、小组长等7人参会旁听。本次研讨会邀请了国内医院感染管理、消毒技术方面的知名专家索瑶、武迎宏等前来授课，重点解读新的医院感染预防与控制管理与操作要点，具有很强的指导性、针对性和实用性。

>六、编写下发“医院感染管理通讯”：

为切实做好医院感染控制工作，提高医务人员对医院感染管理重要性的认识。首次编印“医院感染管理通信”，通过“法律、法规、规范”、“院感知识问答”、“工作动态”和“院感监测信息”4个板块。积极宣传医院感染控制知识和第一季度院感控制工作情况及平时工作中存在的问题，对科室院感控制工作起到了督促作用，使医院感染管理的法规、规范和标准更好的贯彻落实。促进了医院感染管理工作质量的提高。

>七、积极参与医院建设工作：

1、在儿童医院建设方面，分别参加了“新院深化建设”“手术室深化建设”专题会议。多次与上级医院专家沟通、协调，为新院NICU、手术室的建设提出合理化的意见和建议。

2、在旧院改造过程中，对宫颈中心基地房屋改造、手术室改造提出合理化建议

>八、做好院内感染监测工作：

20xx年4-6月，医院护理部（院感科）每周两次到儿科、妇产科进行前瞻性病例调查，督促临床医生及时上报院感病例；每周两次到病案室进行回顾性漏报病例调查。采用前瞻性加回顾性调查方法，共监测住院病人671例，医院感染人数6例，医院感染发病率，漏报率0%，见附表一。

附表一 第二季度院感病例监测结果

20xx年第二季度，医院各类环境、消毒灭菌物品、消毒剂等细菌学的监测，总合格率为。空气超标部位为二楼手术室1# 手术间、三楼手术室无菌物品存放间、新生儿病区治疗室；物体表面超标部位为三楼手术室II#手术间治疗桌、新生儿病区湿化瓶。消毒剂浓度监测超标的部位为儿科治疗室抹布浸泡消毒液浓度不达标。经对所有细菌超标部位重新消毒后，复检均合格。超标科室应重点加强清洁消毒工作，氧气湿化瓶使用过程中应每日更换湿化液；各科室要认真落实手卫生监管制度，科主任、护士长每月对医护人员手卫生执行情况进行考核并记录，以提高医务人员手卫生的依存性，有效地防止交叉感染，降低医院感染发生率。第二季度环境生物学监测结果见附表二。

**爱尔眼科半年工作总结9**

一、在业务院长的领导下，建立健全了各项管理组织；具体由院感科负责执行；科护士长及监测员落实。

二、完善消毒隔离各项制度，并督导落实；

三、加强医护人员的在职教育对新分配、调入人员、实习学生进行消毒隔离知识岗前培训。对科室新上岗的监测员进行操作监测培训。共培训达3次。

四、20xx年组织各科监测员和全院医务人员消毒隔离知识、重点部位感染预防与控制、多重耐药菌防控技术等培训学习11次。

五、每年组织全院医护人员的消毒隔离知识考试1次；要求及格率为85%。

六、组织召开院感委员会12次。

七、加强消毒隔离和院感监控管理措施的落实和奖惩制度的落实。

1、每极度对科室消毒隔离大检查1次；并将检查和奖惩结果反馈给科室；

2、每半年对全院紫外线灯管做强度监测1次。合格率≥85%。

3、每月对处理后的污水总余氯监测1次。由于我院污水处理机器老旧，故污水总余氯监测不达标，低于4／L。

4、各科室的监测员每月对本科室的空气、物表、消毒液、无菌物品，工作人员手指及卫生用品采样监测1次。院感科不定期采样监督检查；20xx年我院环境监测情况：空气、医务人员手、物体表面合格率≥98%，使用中消毒液合格率100%；无菌器械保存液合格率100％；灭菌物品合格率达100%。一次性用物使用率100%。

5、严格监督医疗废物分类、收集、登记、运送、储存、外运管理，杜绝泄漏事件。今年我院在资金紧张的情况下按上面的.要求购买了专用的垃圾桶，周转桶。重新规划了污水处理与医疗废物处理场所。

6、每月都开展目标性监测；主要是对外科、妇产科的手术切口部位；调查方法为前瞻性；主要收集兰尾炎、胆囊炎、子宫全切、剖宫产、腰椎间盘术等手术病例资料统计上报；发现手术切口感染后院感科会及时与医生沟通寻求解决方案，以防扩撒。

7、开展一次现患率调查。20xx年我院的院内感染控制率。1类切口愈合率为100%。

**爱尔眼科半年工作总结10**

20xx年即将过去，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。

>一、根据院感安全生产要求细化院感质量管理措施

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。

>二、根据传染病的管理要求加强传染病的院感防控

在手足口病、甲型H1N1流感流行期间，进一步加强预检分诊台、内科门诊等重点场所的管理，认真贯彻落实手足口病、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，加强了手足口病、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。

>三、根据院感管理要求，做好病例回顾性调查四、环境卫生学、消毒灭菌效果及手卫生监测情况

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。对全院各临床科室、医技科室、门诊使用中的紫外线灯管强度进行了监测，使其合格率达100%。

>四、加强对抗生素使用的管理

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，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。

>五、加强了医疗废物管理

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。

>六、院感培训及考核

进行医院感染知识培训，参加人员包括全院医务人员及工勤人员，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。对新上岗医护人员进行了培训考核，合格后上岗。

>七、消毒药械及一次性使用无菌医疗用品的管理

为加强消毒药械及一次性无菌医疗用品的管理，13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2次，方法是从临床各科室采样，到药械科索证。

**爱尔眼科半年工作总结11**

为提高我院院内感染管理质量，近一步搞好医院感染管理工作，保障医疗安全，根据《医院感染管理规范》、《消毒技术规范》、《医疗废物管理办法》、《传染病防治法》等有关文件与规定。半年以来主要总结如下：

>一、消毒、灭菌原则：

1、进入人体组织或无菌器官的医疗用品必须灭菌，接触皮肤黏膜的器械和用品必须消毒。

2、连续使用中的氧气湿化甁、雾化管、等，应定期消毒，湿化甁应每日更换灭菌水，用毕需终末消毒，干燥保存。

3、根据《手术部位医院感染防治与控制技术规范》和《消毒供应中心感染预防与控制技术规范》的要求，对手术室器械的清洗、消毒和保养工作进行监督监测。

4、洗手的基本方法和要求：

①一般性洗手：用肥皂认真揉搓双手及腕部，特别注意指尖、指缝、指关节等部位，整个揉搓时间不应少于15秒钟，然后用流动水冲净。

②刷手：按外科手术要求进行。

>二、抗菌药物的合理使用管理：

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。

1、医生应掌握合理使用抗生素的各种知识，根据药物的适应症、药敏试验，合理选用。

2、护士应了解各种抗生素的.药理作用和配制要求，准确执行医嘱，并观察病人用药后的反应。

>三、院感知识培训：提高医务人员院感意识，组织全院医务人员进行医院感染知识的培训。主要内容为：

1、医院感染诊断标准、抗菌药物的合理使用知识等。

2、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内收集。

3、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。

4、将手卫生与职业暴露防护问题纳入我院内感染控制工作中的重点。加强手卫生及职业暴露防护。在院领导的大力支持下，每月进行质控检查并讨论分析，及时总结。

**爱尔眼科半年工作总结12**

一直以来都是医院管理工作中的重中之重，加强医院感染管理，有效预防和控制医院感染，是提高医疗护理质量，保证医疗安全的有效保障。我院今年认真执行医院感染管理制度，根据国家\_相关要求，严谨认真的开展工作，较好的完成了今年的院感工作。现将今年的院感工作情况总结如下：

一、认真学习和贯彻了《医院机构消毒技术规范》、《医院空气净化管理规范》等要求，完善和优化各种规章制度，使其与临床工作相结合，优化术前局部清洁、消毒流程，杜绝或减少手术部位感染发生。

二、医院感染管理组织依据工作制度，明确了岗位职责，要求各级管理人员加强监督检查的力度，严格执行规范要求并落实到位，较好的进行了院感的监督检查工作。

三、充分发挥医院院感监控小组的作用，认真检查落实各项院感规章制度，坚持“早发现、早报告、早控制”的原则，杜绝医院感染暴发事件的发生。

四、根据计划对医院全体人员进行了四次院感知识的培训，并组织护理人员进行了预防、控制感染知识的\'继续教育培训。对医院保洁员每季度进行一次培训及指导工作，从而提高其院感基础知识及防控技能，做好个人防护。

五、对医院感染及其相关危险因素进行检测、分析和反馈，对于每月检查存在的问题，召开专题讲评会议，进行原因分析并提出整改措施，要求在规定时间内对存在的问题进行整改及复查。

六、合理使用抗菌药物。积极协助医务部、药剂科，做好合理使用抗菌药物监督管理工作，做好临床、检验、药剂等科室之间的桥梁作用，协助检验科做好病原学监测工作。

七、每半年邀请成都市疾控中心对我院各科院感监测项目进行强检，所有监测项目均合格。

八、严格执行传染病上报制度，进行全员培训，让上岗人员均清楚上报流程及方法，并按要求做好上报工作。所有传染病人均严格实行消毒隔离制度，出院时做好终末消毒工作，无一例交叉感染发生。

九、加强了医疗废物的管理工作，院感管理小组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。并对专管人员进行培训，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。

十、各科室严格执行“成都爱尔眼科医院感控监测项目”，对高风险科室、环节空气检测、手的消毒效果检测、物表消毒效果检测、使用中的消毒剂、灭菌剂的检测、医疗器械、无菌包灭菌效果的检测。均每季度进行一次，均合格。高压灭菌器每周做一次生物检测：环氧乙烷灭菌器每锅做生物检测，每半年检测一次污水，均合格。

十一、20xx年我们将继续努力，学习有关院感管理的法律法规及新知识、新进展，不断完善我院的规章制度及工作流程，将院感管理工作做得更好，避免院内感染的发生。

**爱尔眼科半年工作总结13**

在院领导和医院感染管理委员会及院感科的领导下，在兄弟科室的大力支持下，经过我科全体人员的共同努力，我科20xx院感工作取得了一定的成绩，现将一年来的主要工作总结如下：

>一、完善院感管理体系

根据医院及相关文件的要求及规定，成立了放射科医院感染管理小组，由科室副主任担任组长，并由一名医务人员担任监控医生，明确了院感管理小组职责和监控工程师职责，将院感工作视为科室首要任务，进一步完善院感管理体系。

>二、加强院感知识培训

制定了《20xx年放射科感染管理年度工作计划》和《放射科感染管理年度培训计划》，并组织实施，及时修订措施。根据院感工作计划，每月组织一次院感知识培训学习，提高全科医务人员的院感意识，全年共进行院感培训十二次，培训率达100%。

>三、强化环境监测管理

根据我科工作场所的特殊性，高防护、全封闭，空气滚动差，因此我科特别注重对工作环境的消毒监测，将消毒监测工作并入每天的交接班工作中，做到交班不遗忘、不漏项，并认真做好记录；同时，强化洗手合格率，洗手合格率达到100%。

>四、加强对传染病管理

传染病往往是院内感染的一大隐患，为了控制病毒的.传播，对来科室进行检查的传染病人，首先做好对职工的自我保护，事后，对该病人接触过的物品如床单等进行一人一换，并及时登记，及时上报，严格控制漏报率，我科一年无一例传染病漏报。

>六、存在的不足

虽然本年度以来我科的院感工作取得了一定成绩，担还存在一定的不足：

1、对医院感染重要性认识不足，由于我科是辅助科室，病人在我科停留时间较短，且我科一般不对病人进行治疗，因此医务人员总认为医院感染不会在我科发生，存在认识上的麻痹性，对六步洗手法的掌握欠熟练。

2、对医院感染的理论掌握不透，由于对院感的认识上的不足，会造成对院感学习培训的不太重视，院感理论知识只在培训会上了解，会后不注意举一反三的学习，导致在应对院感检查需要回答理论问题时，出现回答不全甚至答不上来的现象。

>七、下一年度院感工作的改进方向

强化科室院感小组的管理力度，加强对院感知识的培训，将院感知识考核工作与职工年度考核相结合，进一步加强职工对院感工作重要性认识，为医院院感工作做出应有的贡献。

各位领导、同事

大家好，院感科是一个新建科室，有些工作还是空白不规范，我就就职期间所干工作作如下总结：

>一、本年度在院领导的大力支持、医院感染委员会的领导

下，由医务科、护理部、检验科、药剂科的协作下，认真贯彻落实《医院感染管理办法》，加强制度的建设和学习，强化院感控制意识，加强重点部门、重点环节的医院感染。

>二、定期对全员人员进行了手卫生知识的培训，并下科室

督导医务人员手卫生执行情况。

>三、按照《医院废物管理条例》要求，规范处理医疗废物。四、执行《传染病防治法》，开展对传染病的监测并按规定

进行网络直报，落实病区感染卡的填报。

>四、根据国家法规，结合医院的具体情况，制定全员和不

同部门（如手术室、内镜室、口腔科、消毒供应室、产房等）的消毒与隔离制度。并落实到位。六、制定多重耐药菌医院感染控制管理规范。

**爱尔眼科半年工作总结14**

今年，在院领导的正确领导和大力支持下，我科认真贯彻落实\_新颁布的《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，以规范化、流程化管理为目标，强化环节质量管理和全员医院感染知识培训，严格质量监测及考核，降低了医院感染率，保证了医疗安全。全年医院感染发生率2．4%，漏报率1．5%，器械消毒合格率100%，抗生素使用率46．2%，无菌手术切口感染率0．13%，有效的控制了院内感染，全年无一起院感暴发事件发生，确保了医疗安全。

>一、健全织织 完善管理

为进一步加强医院感染管理工作，明确职责，落实任务，今年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。院感科将任务细化，落实到人。定期召开院感委员会会议和科室控感员会议，研究解决医院感染管理工作中出

现的问题，使院感工作得到持续改进，在上级机关检查和监测中全面达标。

>二、加强质量管理，确保医疗安全

（一）质量控制：每季度根据量化指标进行一次大检查、每月抽项检查，每周随机检查，系统地调查收集、整理、分析有关医院感染情况，对存在问题及时反馈、整改，每月进行质量考评，并与医院医疗质量考评挂钩，有效预防和控制医院感染，全年共进行了四次季度质量检查，编发医院感染通讯四期，向全院医务人员及时通报医院感染动态变化。

（二）环节质量控制：

1、加强重点部门的医院感染管理，ICU、手术室、供应室、产房、儿科、透析中心，口腔科、内镜室等均是医院感染管理的重点科室，我们在平时工作中，不仅日有安排，周有重点，而且专项专管，如对ICU的控制重点就是如何降低医院感染发生率，对手术室的督查重点是手术后各类器械的清洗、消毒及室内消毒灭菌监测，对口腔科、内镜室严格按

照规范要求每月进行检查等，使各重点部门的医院感染管理制度落到实处;

2、加强病区终末消毒管理，针对病区终末消毒不规范现象，制定并下发病区终末消毒

措施，按照要求每周检查，对不规范的行为与考核挂钩。

3、每周对医院感染管理工作逐项进行检查，对存在问题，进行整改，使分院的院感工作逐步规范化。

4、强化卫生洗手，手部清洁与人的健康紧密相关，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递给病人，造成病人—医务人员—病人之间的交叉感染。 为此，为总院、斗鸡分院、县功分院编印张贴卫生洗手图500余张，要求护士长每月按需领取手消毒剂，洗手液。医生在查体和执行各项操作前后自觉进行手消毒。护士在接触病人和执行各项操作前后自觉进行手消毒。科主任、护士长定期监督检查。控感科每周下科室进行检查。

（三）沉着积极应对各种突发事件

1、工作中，科室同志团结一致，坚守工作岗位，积极主动协助临床一线及时解决问题，为地震棚的患者服务，在住院患者搬进抗震棚后及时制定下发了《宝鸡市中医医院突发事件医院感染管理应急预案》《防震棚消毒隔离措施》;坚持每天用含氯消毒剂对防震棚周围环境进行喷雾消毒四次;并坚持每天2—3次进行巡视，及时发现消毒、灭菌、隔离等方面存在的问题，及时予以纠正;同时加强医疗废物分类和及时收集管理，严防因医疗废物管理不

善引起感染暴发。

2、加强手足口病的预防与控制，5月份，针对我省和我市也相继出现的肠道病毒71型引发的手足口病疫情，我科及时对儿科全体医务人员、全院院感员进行《手足口病预防与控制》培训，制定并下发《手足口病医院感染控制要求》，每天不定期下病房、门诊特别

是儿科留观室进行检查指导，确保了儿童的身体健康和生命安全。

3、西安交通大学医学院第一附属医院新生儿科发生的严重医院感染事件后，凭借职业敏感性，我科迅速采取了一系列应对措施，及时召开了全院护士长、控感员会议，及时下发了《进一步加强医院感染管理工作的通知》，要求各科室组织学习和讨论，并结合本科室情况开展自查自纠，认真查摆问题，提出整改措施并进行整改。二是加强了重点部门及重点环节的排查。对ICU、内镜室、供应室、手术室、产婴室、口腔科等相关科室实施重点监测，对医疗用品的.消毒、灭菌效果以及医务人员手、物体表面、空气及使用中的消毒液等进行了监测。三是对全院医务人员进行手卫生培训、考核，更换了洗手液。10月底宝鸡市疾病预防控制中心对我院无菌物品、重点部门监测采样抽检均符合《消毒技术规范》要求。为产房、婴儿洗澡间、介入科室、口腔科、门诊计划生育室、眼科等重点科室配备了手消毒机。

4、加强多重耐药菌的医院感染管理。下发了《关于加强多重耐药菌医院感染控制工作的通知》。与检验科配合，每日监测耐药菌株的变化，发现问题，及时解决，有效预防和控制多重耐药菌在医院内的传播，保障患者安全，

>三、实行规范化、流程化管理：

今年紧紧围绕医院开展的流程化管理，对院感工作内容进行了梳理，制定出“医院感染质量管理流程”“监测流程”“一次性医疗用品管理流程”“抗生素管理流程”“发生职业暴露流程”“医疗废物管理流程”等近30项流程，使医院感染管理工作更加规范，更便于临床医务人员操作。

>四、开展了现患率调查。

根据中管局“医院质量管理年”要求，10月份院感科开展了住院病人现患率调查，调查前对24名参加院内感染现患率调查人员进行了调查方法、医院感染横断面调查个案登记表项目填写、医院感染诊断标准等知识培训。调查结果显示，院内感染率为1．2%。抗生素使用率为39．44%，菌检率为21．7%。

>五、进行医院感染的全面监测，为患者提供安全的医疗环境

1、坚持每月下科室监测400余住院病人，发现感染病例或有漏报现象，及时反馈回科室。统计每月医院感染发生率、感染部位及构成比、病原菌检测情况，分析医院感染与危险因素的关系，查找感染的主要原因，提出预防控制措施。

2、进行目标性监测：对ICU、肿瘤科、各临床科室接受侵入性操作患者、手卫生，每周下科室3次，通过采集病历及护理记录、各种监测报告、X线检测结果等，向医生、护士了解病人情况、床头查看病人等方式选定目标，重点关注有留置导尿管、动静脉插管、使用呼吸机等侵入性治疗、操作的病人，以及长期或多联使用抗生素的病人，然后前瞻性的提出问题，并给予预防医院感染方面的指导意见，不断循环监测，及时调整监控策略，以达到减少各种危险因素，降低医院感染发病率的目的，取得了良好的效果。

3、每月进行环境卫生学监测，监测的主要对象以重点部门为主，院感科每月对重点部门的空气、物表、工作人员手等进行轮转监测，每季度轮转一次，并将监测结果进行汇总分析，通过院感通信及时反馈各科室。全年对重点部门共监测取样321份，其中物体表面监测49份，合格40份，合格率81．6%;工作人员手监测31份，合格28份，合格率90．3%;使用中消毒液204份，合格204份，合格率100%;室内空气25份，合格22份，合格率88%; 无菌物品6份，合格6份，合格率100%;透析液入口液3份，合格3份，合格率100%;透析液出口液3份，合格3份，合格率100%;

4、进行紫外线强度监测，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131根，合格117根，合格率89．3%。

>六、加大对合理使用抗生素的管理

每周定期检查外科系统围术期用药情况，依据《抗菌药物合理使用原则》要求，逐步达到规范规定的100%指标。全年抗生素使用率46．2%;细菌培养率达到61%;医院感染病人的细菌培养率达到56．8%;每季度对全院使用抗生素前十位的科室进行排名，在院感通讯公布，联合药剂科检查病历，分析原因，对用药情况进行干预;每日去细菌室了解致病菌检测结果，每季度将细菌分离率与细菌耐药情况分析汇总公布，为临床医生合理使用抗生素提供可靠的帮助。

>七、加强宣传和培训，提高医务人员院感意识

1、对总院及分院口腔科、内镜相关人员、供应室工作人员进行了重点部门医院感染管理知识培训，参加人员30余人，学时2小时;

2、对儿科医生、护士，全院控感员进行“手足口病”预防与控制培训，共有50余人参加，学时2小时;

3、对82名健康助理员、保洁人员及分院相关人员进行了消毒隔离、卫生洗手等知识培训，以杜绝交叉感染，提高自我防护意识;

4、对132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;

5、对医生进行《医院感染诊断》《合理使用抗生素》，《现患率调查》人员培训;

6、为保证现患率调查的顺利进行， 10月份对参加现患率调查的24名医生，进行了调查方法、医院感染横断面调查个案登记表项目填写、医院感染诊断标准等知识培训。 7、10月份对护士长进行导管相关性感染、呼吸机相关性肺炎、留置尿管致尿路感染，消毒隔离制度等方面强化培训，并进行了现场考核。

9、对全院医生进行了卫生洗手考核，无菌技术操作等知识培训及考核。共考核临床医务人员105人，合格率为95%;

>八、加强了医疗废物管理

我院医疗废物管理工作经过几年的摸索、前进，已经走上了规范化管理的轨道。院感科不断完善各项规章制度，加强监督管理，明确各类人员职责，落实各类人员责任，进行各类人员培训，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。针对我院下午电梯运行压力较大的问题，制定并下发了《进一步加强医疗废物管理的通知》，及时调整了收取时间和流程，增加了临床科室医疗废物上门收取次数，更好地解决了临床科室的医疗废物及时包装后的存放问题。

>九、20xx年医院感染工作设想：

1、配合医院流程化管理的总目标，完善医院感染管理的各项流程。

2、编印《医院感染诊断标准》小册子和《医院感染管理手册》，提高医院感染诊断水平和监测的准确性，提高规范化程度。

3、制订“重点部位预防感染标准操作规程（SOP）”如手术部位感染的SOP、医院内肺炎的预防与控制SOP、手卫生SOP、导管相关血流感染SOP、ICU环境清洁、消毒的SOP，并监督实施。

4、加强部门合作，变“单兵作战”为“集团军作战”。加强与护理部、质控办、医务处、总务处、设备科及临床医技科室的协作，将医院感染管理完全融入医院质量管理之中。签订医院感染管理责任书，建立循责制度。

5、继续加强医务人员手卫生管理，大力推广手卫生在感染控制中重要地位的宣教与考核，提高手卫生依存性。

6、开展多重耐药菌的监测。

7、制定ICU三种导管相关感染监测（呼吸机相关性肺炎、导管相关血流感染、导尿管相关尿道感染）

8、加强抗生素合理使用，缩短术后用药时间。

9、加强对全院医务人员的培训，逐步营造医院感染“零宽容”的理念，全方位、大幅度控制医院感染的危险因素。

**爱尔眼科半年工作总结15**

面对病毒变异带来的防疫压力，在县联防联控办的坚强领导下，皋兰宾馆集中隔离点工作人员闻令而动、火速集结、细致部署，以坚持就是胜利，坚持才能胜利的执着和韧劲，采取坚决有力的措施，全面打响遏制疫情传播阻击战。

在一线战“疫”中，他们科学布局，分类管理。严格按照第九版疫情防控方案要求，根据皋兰宾馆建筑结构，科学设置“三区域两通道”，安装视频监控、门磁系统，设立警戒区，实施硬隔离，将隔离区分为密接人员、高风险返回人员、密接的密接及其他人员三个区域，科学布局、分类入住、闭环运行、细化管理，最大限度避免交叉，确保安全。

在一线战“疫”中，他们合理分工，各尽其责。将10名工作人员按照一办七组要求进行分工，明确职责，靠实责任。无论是58岁的老陈还是26岁的小李，无论是将两岁儿子送到父母家的王大夫还是已在隔离一线工作近两月的小白，无论是长期坚守防疫一线的大队队员杨博、魏东，还是第一次参与集中隔离工作的老郭、金凤、小陶，所有工作人员都任劳任怨，务实高效做好各项工作。

在一线战“疫”中，他们冲锋在前，彰显担当。集中隔离点是疫情防控的一线，也是疫情防控最危险的场所之一，隔离点全体工作人员面对危险，冲锋在前，绝不言退。大家按照职责轮流分批进入隔离区，开展核酸采样、送餐、收集医废垃圾、消杀、巡查等等工作，30多度的高温天气，一进入隔离区最少要三个小时，经常是从头到脚都被汗水湿透，但他们毫无怨言、争先恐后、齐心协力，切实保障了隔离点的绝对安全。

在一线战“疫”中，他们牢记宗旨，服务群众。112名隔离人员，从76岁的大爷到5岁的孩子，从土生土长的\'农民到放学返家的大学生，从货车司机到采购商，他们文化程度、生活餐饮习惯各不相同，差异化要求多，工作人员在筑牢疫情防线的`同时尽最大限度满足他们的要求，一声声的问候，诠释了工作人员的为民情怀。

面对集中隔离点一线战疫，工作人员圆满完成了工作任务，他们是全县医护、干部、媒体、志愿者参与疫情防控的缩影，有了大家的艰辛付出，我们坚信，抗疫必胜！甘肃必胜！兰州必胜！皋兰必胜！

**爱尔眼科半年工作总结16**

主讲内容：《超广角眼底照相的临床应用》、《WAMD的临床诊断及治疗》

**爱尔眼科半年工作总结17**

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。

>一、工作有计划有总结。

今年召开医院感染管理委员会会议1次，分别就20xx年工作总结、20xx年工作规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。

>二、服务临床。

20xx年修订完善了医院感染、消毒隔离、监测等各项制度及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，使各项工作落实到实处。

>三、指导临床，院感科每周不定期对各科室院感工作进行督查，对存在不足的地方进行积极整改。

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。

>四、加强消毒灭菌及医务人员手卫生工作。

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。

>五、严格执行医院感染病例报告制度和医院感染暴发处置规范。

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。

>六、参与了抗菌药物临床应用管理。

制定了抗生素分级使用，使用sop以及药物不良反应报告制度等。

>七、加强院感知识培训，提高全院职工控制院内感染意识。

上半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。

>八、医疗废物进行集中处置。

管理比较到位，院感科制定了一系列相关管理制度、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。

>九、存在的问题：

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越来越多，而且一旦发生医院感染暴发流行，后果非常严重。针对以上存在的问题，分析原因，主要还是我们医院对感染工作没有高度重视，

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。

**爱尔眼科半年工作总结18**

17日、18日两天的眼底内科培训班吸引了数百人在线听课，马利波院长带领的专家团队，通过视频授课的形式，为辽宁省区眼底病医护及相关人员，联手奉上了一场“知识盛宴”。

**爱尔眼科半年工作总结19**

20\_年是不平凡的一年，在疫情大考下，爱尔眼科辽宁省区眼底病项目保持了向上的发展势头，稳居集团第一梯队，取得了一定的喜人成绩。

会议上，总结眼底病项目上半年工作，马利波院长说：“面对年初的疫情影响，我们反应迅速，行动迅速，第一时间在线上发力，扩大影响力。省区各医院彼此支援、同心协力，门诊量、初诊量在省区各大科室项目中继续领跑，保持了良性发展的态势。”

随后，爱尔眼科辽宁省区眼底病项目负责人柳石磊进行了眼底病上半年数据汇报，大连爱尔、营口滨海爱尔、阜新爱尔相关负责人进行了上半年工作经验分享，沈阳爱尔眼科医院眼底俱乐部负责人郭娜则针对眼底会员管理进行了经验交流。

**爱尔眼科半年工作总结20**

20xx年即将过去，在这一年来，在医院感染科的领导下，本科室各级护理人员的配合下，顺利完成了本年度的工作计划及目标，现总结如下：

1、科内工作人员每季度学习院感相关知识，每季度进行院感总结，每周进行自查自检，发现问题及时整改，积极参加院内感染知识讲座和培训。院内感染知识考核合格，督促护理人员严格执行无菌原则，加强无菌观念，限制参观人数，规范着装。

2、加强各种用物，各项消毒灭菌效果及卫生学监测等质量工作。

⑴灭菌物品按灭菌日期依次放入专柜，过期重新灭菌，无菌物品一人一用一灭菌，并与一次性物品分开放置。

⑵一次性注射器，针头，输液管，吸引管用后毁形处理，毁形率达100%。

⑶抽出的药液，开启的静脉输入用无菌液体注明时间，超过2h不得使用，启封抽吸的\'各种液体不得超过24h。

⑷用过的医疗器材和物品，先去污染，彻底清洗干净，再消毒灭菌。感染护理病人用过的医疗器械和物品，应先消毒，彻底清洗干净，在消毒灭菌。

⑸止血带等做到一人一用一消毒，每周2次以上监测各种消毒液浓度，合格并有记录。

⑹无菌持物钳使用干包，并注明开启时间，使用不超过4h。

⑺无菌包包布干净，无洞，内放化学指示卡，外贴3M带，使用前检查消毒无菌合格方可使用。

⑻医疗废物按要求分类，放置，收集，运送，医疗废物交接登记及时。

做的相对不足之处有：

①部分工作人员戴口罩不够规范，有露出鼻子现象

②紫外线消毒时间累计错误

③小包布有时较脏，未能做到及时更换，清洗。

以上这些希望本科室人员认清不足，共同努力，在今后的日子里争取做好相关工作，降低护理切口感染率，确保护理能在一个安全，无菌状态下进行。

**爱尔眼科半年工作总结21**

20xx年医院感染科工作总结 20xx年医院感染管理工作在医院感染委员会的领导下，按医院感染管理工作的要求，积极完成了各项工作，经常对病房、手术室、检验科、供应室等重点部门进行重点督查，对可能发生医院内感染的重点环节、重点流程、危险因素进行逐一检查，对检查中发现的问题现场进行指导，并提出整改意见，要求限期整改。现将工作情况总结如下：

>一、医院感染监控工作开展情况

1、医院成立了组织机构，制定了相关院感制度。 并进行了院感知识的培训及考试。

2、医院感染管理能按照标准进行各项工作，每月有检查记录。

3、对全院进行了院感漏报率抽查，抽查病历240份。

4、以科室和医生为单位，每月对抗生素联合用药进行了检查。

5、对ⅰ类切口手术使用抗生素进行监测统计，增加了手术感染风险监测统计。

6、各种登记本规范记录，高压消毒物品有记录，消毒包内有指示卡监测、包外有指示胶带监测。

7、医疗废弃物处理有记录，学习了洗手法，手卫生得到进一步规范。 规范了医院的拖帕清洗池，以颜色区分各种不同用房的拖帕清洗。

8、每月对病房、手术室、检验科及门诊治疗室等重要科室进行一次院感监测。检测项目有：空气、物表、台面、酒精、碘伏、工作人员手等。

9、对全院各临床科室、医技科室、门诊使用中的紫外线灯管强度进行了监测，使其合格率达100%。环境卫生学、消毒灭菌效果及手卫生监测情况：

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、供应室、病房等重点科室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157份，其中空气采样培养98份，物体表面采样培养17份，医护人员手采样培养19份，酒精采样培养5份，碘伏采样培养6份，碘酊采样培养2份，高压灭菌物品采样培养9份，手消毒液采样培养1份。合格率。之后院感办对不合格的3份采样培养进行了原因分析、反馈及整改，对不合格的3份重新做了采样培养，合格率为100%。

10、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。

11、加强医疗废物管理，确保环境安全

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。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。为医疗废物转

运工作人员进行了体检，配备必要的个人防护用品，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，避免医疗废物流失,确保医疗安全。医院污水每日进行余氯监测，并增加了ph值监测，确保医院污水达到处理标准。

12、根据卫生防疫要求，对医院二次供水水箱进行了清洗、消毒、抽检，各项指标均合格。水箱巡查人员按规定进行了体检。

>二、不足之处有待改进：

1、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。

2、、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：手术室、病房、检验室等科室。

3、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。

4、工作人员手卫生意识有待加强。

5、小部分工作人员对感染性医疗废物与损伤性医疗废物、生活垃圾与感染性医疗垃圾分类不清，需加强学习院感知识。

>三、下一步工作要求

1、加强医院感染管理工作，健立健全组织机构，制定年度工作计划。并认真对医院感染进行监测。

2、加强对全院医务人员院感管理、个人防护、无菌操作技术等知识 的培训，提高全员的素质，争取全院重视并参与这项工作。

3、加强重点部门的管理工作，不断改善布局及流程，规范器械的清洗、消毒操作规程，采取切实有效措施保证消毒灭菌效果。以保证医疗安全。

4、全员培训《医疗废物管理条例》和《医疗卫生机构医疗废物管理办法》，进一步规范医疗废物的管理；规范使用医用垃圾袋及利器盒。

本文档由站牛网zhann.net收集整理，更多优质范文文档请移步zhann.net站内查找