# 医院感染科工作总结优秀6篇

来源：网络 作者：醉人清风 更新时间：2025-05-07

*工作总结促进我们思考如何更好地应对职业发展中的困难和障碍，工作总结可以帮助我们更好地认识自己的工作方式和偏好，以下是小编精心为您推荐的医院感染科工作总结优秀6篇，供大家参考。20xx年，妇科院感管理工作在医院院感科大力支持下，在妇科科主任积...*

工作总结促进我们思考如何更好地应对职业发展中的困难和障碍，工作总结可以帮助我们更好地认识自己的工作方式和偏好，以下是小编精心为您推荐的医院感染科工作总结优秀6篇，供大家参考。

20xx年，妇科院感管理工作在医院院感科大力支持下，在妇科科主任积极指导下，进一步健全落实院感工作计划，严格管理制度，在护理部切实抓好科室消毒隔离技术操作、无菌技术操作及检查考核下，妇科室及时认真填写和上报科室院感病例，严格做把握好医院感染管理，这一年来，我科未发生一例院感病例，现将工作总结如下：

一、建立科室医院感染管理规章制度

我科根据年初制定的医院感染管理工作计划，根据《医院感染管理办法》、《消毒技术规范》、《中华人民共和国传染病防治法》、《消毒管理办法》、《医疗机构医疗废物管理办法》、《传染病信息报告管理规范》等相关法律法规、规范、规章，结合我科实际情况落实了我科的医院感染管理。

二、根据院感管理要求，做好病例回顾性调查

20xx年，我科共出院病人1180人次，其中感染病例有4例，感染发生率为0.33%。

三、抓好环境卫生学、消毒灭菌效果及手卫生监测工作

为规范我科各项消毒灭菌工作，预防院内感染，我科配合院感科的加强院感采样监测，配合疾控中心对我科室进行了消毒灭菌效果监测，同时加强妇科处置室的环境卫生学监测及医务人员手卫生的监测。全年在处置换药1880人次，清宫1086人次，引产68人次，宫腔冲洗308人次，均未发生感染，合格率达100%。

四、加强医疗废物管理

我科在医院院感科指导下不断完善各项规章制度，明确医疗废物管理人员职责，落实责任制，加强医疗废物的管理并常规督查，发现问题及时整改并反馈。我科医疗废物的分类、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医院感染暴发。并做好收登记表，利于回收存档。

五、强化院感培训及考核

进行了每月一次医院感染知识培训，参加人员包括全科医务人员，共220人次，培训内容为：

①院感基础知识培训，

②抗菌药物临床应用指导原则、解读多重耐药菌医院感染预防与控制技术指南（试行）、

③医疗废物的处理，

④医院感染病例的诊断标准、手卫生标准预防，解读“三甲医院”院感有关标准。

通过培训，全科医务人员及护工对医院感染的重视。医务人员无菌操作意识得到了增强，争取人人做到“有菌观念，无菌操作”。

六、一次性使用无菌医疗用品的管理

一次性使用无菌医疗用品的管理，在院感科对其使用进行常规督查及定期抽查下，我科院感小组加强督查。我科全年使用一次性注射器186520具，输液器6800付，导尿包580个，吸氧管400付，除个别学生未毁形（科室质控小组立即进行了整改），科室人员均进行了毁形，合格率达99%。

七、虽然我科做了大量的工作，但是还是存在很多问题：

1.我科院感质量需进一步加强。

2.科室院感管理小组尚未充分发挥其作用。

3.科室部分医护人员对院感知识不够重视。

4.科室医护人员无菌观念、手卫生知识仍需加强。

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，不断完善和提高。不断总结经验，虚心学习，争取“三甲医院”顺利通过复审。

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：

一、领导高度重视。

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。

二、充实保健院感染组织机构

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。

三、加强院感知识培训。

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。xxx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。

四、进一步完善管理制度并贯彻落实

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，从环节上层层深人。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。

xx年院感染工作总结

一、医院感染管理完成的主要工作：

1、根据上级卫生行政部门各项要求制订了xx年医院感染管理工作计划、医院感染知识继续教育培训计划；审查修订及增补医院感染预防控制质量检查评分标准，认真研究学习卫生部《消毒供应中心管理规范》等六项标准，进一步改进、完善相关医院感染工作流程。

2、加强医院感染预防控制工作质量督导管理及持续改进，完善医院感染管理质量督察考核机制，成立了医院感染兼职质控小组，每月对全院无菌技术操作、医疗废物管理、手卫生、消毒隔离等医院感染控制环节质量进行定期自查督导，并坚持对自查情况进行评价分析通报，督导临床科室对存在问题及时进行整改，确保医院感染管理基础性工作良性运行。

3、坚持开展重点科室环境微生物监测及消毒灭菌剂使用过程监测、无菌物品灭菌效果监测，对临床消毒隔离工作起到实质性的检查督导作用。

4、做好医院感染病例监测报告工作：

（1）开展重点去区域医院感染病例监测，持续进行icu医院感染目标性监测及网络直报。

（2）做好院内感染爆发流行的监测报告及预防控制工作，认真落实《医院感染爆发预警报告处理制度》，加强对医院感染爆发前瞻性监测，3月份调查处理上呼吸道院内感染爆发预警事件一起，协助临床采取相应控制措施，使爆发感染事件及时得到控制，未造成蔓延。

（3）开展了医院感染现患率调查并进行网络直报，调查率达97.6%。

5、做好传染病医院感染预防控制工作，做好预检分诊台、隔离病区医院感染预防控制指导工作，特别是在手足口病、甲型h1n1流感预防控制工作中，院感科认真执行上级卫生行政部门相关精神，认真规范制定相关工作制度及流程，使其符合医院感染防控要求，并加强对相关科室培训及防控督导。

6、进一步加强医院感染知识继续教育培训工作，全年开展全院性培训4次，各科室做到每月对科内职工强化培训，向全院下发培训考核试卷1000余份，全院医院感染知识培训考试率达100%；针对我院医院感染管理工作现状，举办了宜昌市级医院感染继续教育项目培训“手术切口医院感染预防控制”，聘请上级医院医院感染管理专家来讲座，院内听课人次达300余人，市内外院参加听课百余人次，收效良好。

7、手卫生管理：全院实行洗手液洗手，干手巾做到一人一次一用一消毒无二次污染，部分重点科室实行干手机干手。

8、重点科室的医院感染管理：医院加强了对重点科室布局的建设及改进，近年内新建了血液净化室、净化icu、层流手术室、检验科、胃镜室等,并规范配备相应设施设备，使之到达医院感染管理要求，中心化供应室正在筹建中。

院感科护理部联合实施每月对全院手术室等重点科室的质控督查。

9、进一步规范医疗废物分类收集管理，医疗废物管理相关制度及处理流程健

全，并规范实施分类收集，合理暂存，重点理顺未污染医疗废物分装，禁止与感染性医疗废物混装，规范集体输液车医疗废物容器配置及全院医疗废物容器的规范使用；感染性等医疗废物做到日产日清及时焚烧，院内焚烧炉已进行无烟处理；有规范新建的污水处理设施，有相关管理制度及职责，专人负责。

10、加强多重耐药菌管理：全院有多重耐药菌消毒隔离措施并落实，检验科发现多重耐药菌能及时上报院感科，院感科及时反馈指导临床科室采取消毒隔离措施，并对多重耐药菌株患者实施标识管理。

11、加强医务人员职业暴露防护管理：完善医务人员职业暴露紧急预案、处理流程、登记报告制度，并能对全院医务人员相关知识培训，有医务人员职业暴露专用预防经费；医务人员有职业防护意识，关键岗位相应防护用品齐备（帽子、口罩、隔离衣、防护衣、面罩、眼罩、胶鞋等），工作人员能正确使用防护用品。

12、消毒药械及一次性使用医疗用品管理：医院感染管理科对消毒药械及一次性使用医疗用品的购入、贮存和使用有监管督察，每季度有检查指导和分析通报。

13、认真落实医院感染评价分析制度，做好相关信息统计上报工作，坚持定期召开院感工作会议，对院内感染发生情况、各项监测评价、医院感染预防控制措施落实情况等，进行评价分析通报，同时开展耐药菌株监测，院感病例病原学送检率分析，定期发放医院感染通讯

二、存在问题：

1、全院未实行中心化清洗消毒供应，少数科室存在自备包或日常诊疗用品科内清洗消毒浸泡，其清洗设施欠规范，少数医务人员消毒方法和化学消毒剂使用方法掌握不到位（消毒供应中心正在筹建中）。

2、医务人员手卫生意识有待进一步加强（输液注射、伤口外科换药、危重查房等环节速干手消毒剂均需用手消），全院速干手消全年购进量仅500瓶，远不能达到临床规范手消需求量，说明医务人员实际操作中未规范执行手卫生制度。

1、根据xxxx年1月份第一次院感委员会的决议，遵循二甲医院评审标准，努力推进医院感染管理工作。认真学习和掌握等级医院评审标准，根据标准结合我院实际情况，制订和完善了医院感染管理制度、消毒隔离制度、sop文件，对全体医务人员反复进行培训；为了提高培训效果，先在全院集中进行培训，然后各科室逐一进行院感相关知识和制度学习和培训，科室组织二次书面考查。通过反复强化督查以及对未掌握人员及时进行重新培训，使得医务人员能够较好地掌握医院感染管理知识和执行医院感染管理相关制度，全面贯彻执行等级医院评审标准，争取在等级医院评审中院感方面取得较好成绩。

2、努力提高全体工作人员的手卫生依从性，切实控制交叉感染风险。对全院各级、各类人员进行手卫生理论知识和实践操作培训，在全院范围内进一步完善手卫生设施，包括在各病房门口安放快速手消毒液，重点科室更换不符合要求的水龙头，在每一个水龙头旁安放一次性擦手纸盒和擦手纸，废弃硬块肥皂改用皂液，提高医务人员手卫生的依从性。对每一位工作人员（包括保洁员）洗手六步法进行考查；在迎检期间，每周对临床科室医务人员手卫生执行情况进行督查，提高了医务人员的手卫生依从性。

3、加大了重点科室、重点部门医院感染管理的干预。在医院感染管理委员会和医院质量和安全委员会上多次提出对消毒供应中心、手术室、icu、新生儿病房、血液透析室等重点科室建设的干预，现消毒供应中心已投入使用，已达到基本运行；对手术器械消毒、包装管理等进行干预；对外来器械管理提出建议并加强对植入器械消毒灭菌的管理；新生儿病房正在紧张施工中；血液透析室改造图纸已定，只待进一步施工。进一步加强对经血传播性疾病患者血液透析管理，严格专机透析，分区管理；加强医务人员手卫生，加强血透上下个患者之间血透机消毒，尽最大可能降低了交叉感染的风险。加强对icu医院感染管理，院感管理专职人员每天对icu等重点科室进行院感管理监督，特别是“三管”管理重点病人，通过网络、实地查看等了解病情，有感染迹象及时干预。及时督促医务人员加强多重耐药菌病例消毒隔离（尽可能采取单独隔离无单独隔离床位时严格执行床边隔离）和手卫生。特别是强调接触每一位患者前后进行快速手消毒。

4、及时查询多重耐药菌感染病例，积极与检验科微生物室联动，加强对多重耐药菌感染病例的消毒隔离督查。对多重耐药菌病例实行实时监控，每天提醒和督促临床医务人员做好多重耐药菌感染病例的消毒隔离：床位挂隔离标识，病历首页夹接触隔离标识，尽可能采取单独隔离，无单独隔离床位时严格执行床边隔离，加强手卫生工作，并对多重耐药菌感染患者的房间及周围物品每天进行消毒、特别管理，努力避免多重耐药菌引发的交叉感染患者。

5、全院综合性监测上半年共监测病例11914例，发生医院感染54人，57例次，医院感染发病率0.45%，感染例次率0.48%；漏报13例，漏报率0.11%；Ⅰ类手术切口感染率为0.0%；卫生学监测791份，合格率99%，复检合格率100%，符合卫生部关于二级综合性医院医疗质量和控制指标。

6、目标性监测

我们开展了icu呼吸机相关性肺炎、导尿管相关尿路感染、中心静脉置管相关血流感染和儿外科疝修补术和普外科阑尾切除术的手术切口感染监测；上半年共监测呼吸机使用床日数431，感染8例，每千日使用呼吸机感染率为18.56‰；监测导尿患者床日数1175，感染6例，每千日导尿感染率为5.1‰；监测中心静脉置管床日数143，感染0例，每千日中心静脉置管感染率为0‰。小儿疝修补术76例，感染0例，感染率0%；阑尾切除术76例，感染0例，感染率0%。

7、努力减少医务人员职业暴露风险上半年工作人员共发生

锐器伤等暴露12例，均较轻。我们及时为受伤工作人员进行登记，提出处理意见，提供必要的帮助，推荐相关的专家，定期提供免费检查。并针对此情况进行了全院职业暴露知识培训和演练，努力降低医务人员因职业暴露所造成的感染隐患。

1、部分医务人员手卫生依从性仍有待进一步提高，部分医务人员手卫生意识不强，未严格执行手卫生，容易造成交叉感染，部分科室使用快速手消毒液量不足，表明手卫生执行不力（手卫生执行较好的科室有icu、急诊科病房，妇产科、外一科、外二科、五官科）。门诊科室手卫生依从性执行不力，临床、医技部分工作人员手卫生意识不强，接触病人及周围物品后和接触治疗车等公共物品前未严格执行手卫生。

2、院感管理重点部门、重点环节仍有隐患，如新生儿病房、血透室、消毒供应中心等，由于基建、改造、人员等问题，还没有完全到位，未达到等级医院评审标准。

1、进一步加强手卫生工作，特别需要科主任、护士长大力倡导、带头执行和督促全科室人员认真执行手卫生，努力提高医务人员手卫生意识；院感质控人员（包括医院专职管理人员）加强手卫生督查，督促医务人员做好手卫生，努力推进全院手卫生工作。

2、加强重点部门和重点环节医院感染管理，严格控制重症监护室和住院人数，患者较多时应加快病人转出，严格床边隔离，努力降低交叉感染风险；血透室工作人员要提高手卫生意识，并制订规范的上机、下机操作程序并严格执行，院感科经常检查督促工作人员严格执行消毒隔离，努力消除交叉感染隐患；感染科每一位工作人员要严格消毒隔离，努力做好手卫生，努力避免交叉感染。

3、继续加强对手术器械清洗质量监管，特别外来器械的清洗质量，干预消毒供应中心的质量管理，努力提高全院手术器械清洗质量，保障手术安全。

4、进一步加强多重耐药菌监测，院感管理人员每天对全院的多重耐药菌进行筛查，及时督促临床医务人员做好多重耐药菌感染病例的隔离（尽量单间安置、不能单间应严格床边隔离）、消毒（房间内的所有物品每天严格消毒）和工作人员的手卫生工作，努力控制多重耐药菌的交叉感染。

5、继续做好目标性监测，对呼吸机相关性肺炎、导尿感染、中心静脉置管感染和手术切口感染进行高危因素干预，努力控制呼吸机相关性肺炎、导尿感染、中心静脉置管感染和手术切口感染。

6、下半年完成全院横断面调查工作，并规范算出现患率，这需要各科主任、护士长和全院医护人员的大力支持与配合。

20xx年即将过去，在院领导的正确领导和大力支持下，在医院感染管理委员会的指导下，医技科室全体医护人员积极参与医院感染防控工作，团结一心，默默奉献，服务临床，服务患者，以院感法规为准则，以防控院感为目标，常规依托感染科进行消毒技术质量管理控制工作、无菌技术操作监测工作，协同临床科室，配合院领导做好医疗安全管理工作，努力为全院中心工作服务，圆满完成了预定工作目标，为全院工作的正常开展发挥了保证作用。

一、牢记20xx年西安交大一附院和20xx年天津市蓟县妇幼院发生的新生儿院内感染事件教训，增强“医院感染无小事”的思想意识，提高医技科室医务人员对医院感染管理重要性的认识，加大执行力度，确保医疗质量和医疗安全。

二、结合实际，完善医技科室院感制度。根据国家的医院感染相关法律法规和《山西省二级妇幼保健院评审评价标准》，结合我院实际，针对我院就诊群体的专一性，制定了针对性强、有特色的医技科室院感制度，使我院的医技科室院内感染管理工作初步进入了制度化、规范化管理。

三、积极参加院感委员会和院感科组织的医院感染及传染病知识的教育培训，主动加强与院感及传染病防治相关法律法规的学习，加强无菌操作技术规范的学习，增强消毒隔离意识，不断提高医务人员院感意识和预防院感的积极性，防止院感在院内的发生。

四、医技科室院内感染的控制

1、检验科：采血脉压带和纸手垫一人一用一更换，静脉和微量采血一人一针一管或一片；废弃标本如尿、腹水、唾液等每100ml加漂白粉5克，搅匀后作用2—4小时后倒入厕所，对疑似艾滋病、性病、传染病患者的各类标本严加防范，工作人员穿隔离衣、帽子、眼罩、口罩、隔离鞋等进行操作检测；检测操作完后，按规范程序脱隔离衣物，并严格洗手和进行手的消毒。

2、b超室：检查仪器，非病人接触部位用清水抹擦，病人接触部位用酒精擦拭，遇传染病患者，b超探头套用保护隔膜，做到一用一更换，不能套用薄膜的部件及时消毒，未消毒不能用于下一个病人。诊察床单、枕套每天更换，传染病患者用一次性床单。

3、放射科：适当开窗通风，保持室内空气清新，室内每日用紫外线照射消毒一次；调钡用具使用一次性口杯，做到一人一杯；x光摄影机外层应每天清洁，接触传染性患者后，接触部分应以酒精擦拭。

4、心电图室：检查台的床单定期更换，传染病患者用过的床单立即更换；每日进行紫外线空气消毒，每两周紫外线灯管用酒精棉球擦拭一次，并记录消毒时间、灯管累计时间、消毒人签名；检查仪器，非病人接触部位用清水抹擦，病人接触部位用酒精擦拭。

5、医疗废物处理：一次性用品等医疗废物，收集于黄色塑料袋；检验标本收集于防渗漏的医疗废物容器，用后的一次性锐利器具放入锐器盒，微生物培养皿和菌种，先高压灭菌后，再放入医用垃圾袋，每天交接于医疗废物管理人员并登记，送医疗废物处置中心销毁。

五、医技科室院内感染存在的问题

1、医技科室工作人员的院内感染防护意识普遍淡漠，存在疏忽大意。如b超和放射科检查操作时不宜打开门窗，病人多时室内空气混浊，菌尘密度增加；医技人员对病人连续操作不洗手或进行手消毒；进行标本离心和检验时不戴口罩帽子；检验采血人员戴着手套操作，从上班到下班不更换，将血液交叉污染于病人；b超探头、心电检测器具等不消毒，床单不每天更换。

2、院感科将重点放在手术室、供应室、产房、监护室等部门，而忽视了对医技科室院内感染控制的严格管理。医技科也是院感高发区域和需重点监控的科室，加强医技科室院感管理，消除医院感染危险因素和隐患，非常必要和重要。

20xx年我科在院领导和感染管理委员会的领导下，根据有关文件与规定，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，使我科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，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。

我科定期对科室环境卫生学、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。通过一系列的措施最终减少和控制医院感染的发生，提高医疗护理质量。

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由专人负责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。

1。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。临床抗感染药物使用不规范抗生素的病人病原学送检率极低，提示我科抗生素使用仍存在误用或滥用现象。

本文档由范文网【dddot.com】收集整理，更多优质范文文档请移步dddot.com站内查找