



黄冈市中心医院
HUANGGANG CENTRAL HOSPITAL

2023/9

制度 · 职责 · 流程

(第五版)

院感管理篇



前 言

为了保障医院工作的正常运行，提高工作效率和医疗质量，使管理精细化，服务周到化，达到日常工作规范化，必须建立和健全医院的各项规章制度，使医院各部门、各科室、各级各类人员在工作中有章可循、循章必严、违章必究。为此，我们根据《三级综合医院评审标准及实施细则》（2022年版），汲取国内优秀医院的管理经验，结合本院实际和医院2009版、2011版、2015版、2017版的《制度与职责》，重新修订了一系列规章制度，并将制度、职责与流程整合汇编，按职能分类成册，形成系列，目的是方便各部门执行时可作为案头书使用，同时将成套手册发给各科室，要求全院各科室认真组织学习，做到人人知晓并严格执行。望各科室在执行过程中，本着认真负责、实事求是、有利工作的态度，及时提出意见，对收集的合理化建议将由院委会研究决定修订和增补，体现持续改进，使之日臻完善。

《黄冈市中心医院制度职责流程汇编》（2023版）

编纂委员会

二〇二三年九月一日

编 印 说 明

一、所属领域代号

分类	代号	分类	代号	分类	代号
行政	XZ	人事	RS	科教	KJ
社联	SL	信息	XX	党务群团	DQ
设备	SB	后勤保障	HQ	保卫	BW
财务	CW	绩效	JX	物价	WJ
医保	YB	医疗	YL	门诊	MZ
公卫	GW	医患	YH	药事	YS
护理	HL	院感	YG	招采	ZC
审计	SJ	宣传	XC	应急	YJ
质管科	ZG				

ZD 为制度；ZZ 为职责；LC 为流程。

《制度•职责•流程》包括八大部分共 8 册。编写分册时，行政管理部分包含院长办公室、人力资源部、教科科、社会联络部、信息管理科、医院质量管理科、应急管理科；党务群团部分包含党委办公室、纪委监察、工会、女工委、团委、宣传科、离退休人员管理科；后勤保障部分包含设备科、后勤安保部；财经管理部分包含财务科、绩效办、物价审计科、医保管理科、招标采购办公室；医疗部分包含医务科、门诊部、公共卫生科、医患科；药事部分包含药剂科；护理部分包含护理部；院感部分包含院感科；

二、本次修订为医院第五版，经院务会讨论通过，在未出台新修订版本之前，请各科室据此贯彻落实并提高效能。

《制度·职责·流程》编纂委员会

主 审：熊双林 曾 勇

主 编：夏光明

副主编：李火平 夏建兵 毛伟明 陈文平 王 斌
王光林 陈少泽 胡玉莲 周宗进 张敬权
张 平 王洲羿 万里鹏 宛 丰 程金凤
黄虎翔

编 委：按姓氏音序排列

蔡长新 陈本清 陈传喜 翟 鸾 方 景
何幸运 金朝霞 金晓英 孔 爽 李 建
刘 锦 刘 曼 刘霞玲 刘志朋 罗 杰
王继平 王晓军 吴向春 吴雪花 熊和明
易小英 张 慧 张 景 张 玮 张美祥
周 帆 周庆军

秘 书：周 易

目 录

YG-ZD-001: 医院感染管理制度	1
YG-ZD-002: 医院感染管理委员会工作制度	2
YG-ZD-003: 医院感染管理委员会会议制度	3
YG-ZD-004: 医院感染管理科工作制度	4
YG-ZD-005: 医院感染监测制度	5
YG-ZD-006: 医院感染病例监测上报制度	6
YG-ZD-007: 医院感染监测信息上报制度	7
YG-ZD-008: 医院感染监测信息发布制度	8
YG-ZD-009: 医院感染暴发报告控制制度	9
YG-ZD-010: 职业暴露防护制度	10
YG-ZD-011: 职业暴露登记报告制度	11
YG-ZD-012: 医务人员利器伤处理制度	12
YG-ZD-013: 医务人员分级防护制度	13
YG-ZD-014: 医院感染知识培训制度	15
YG-ZD-015: 抗感染药物管理制度	16
YG-ZD-016: 抗菌药物分级管理制度	17
YG-ZD-017: 抗菌药物使用微生物送检制度	19
YG-ZD-018: 围手术期抗菌药物预防性使用管理制度(附: 术前预防性使用抗菌药物操作流程)	20
YG-ZD-019: 消毒灭菌管理制度	21
YG-ZD-020: 一次性医疗器具及消毒药械管理制度	22
YG-ZD-021: 医务人员手卫生管理制度(附: 实施规范)	24
YG-ZD-022: 多重耐药菌管理制度	28
YG-ZD-023: 多重耐药菌感染预防控制制度	28
YG-ZD-024: 多重耐药菌管理联席会议制度	30
YG-ZD-025: 多重耐药菌医院感染监测报告制度	31
YG-ZD-026: 多重耐药菌管理多部门协作制度	32
YG-ZD-027: 多重耐药菌感染预防知识培训制度	33

YG-ZD-028: 耐甲氧西林金黄色葡萄球菌和耐万古霉素肠球菌医院感染防控措施 . . .	34
YG-ZD-029: 医院多重耐药菌医院感染管理预防、无菌操作及消毒隔离制度与措施 ..	35
YG-ZD-030: 消毒供应中心医院感染管理制度	38
YG-ZD-031: 手术室医院感染管理制度 (附: 感控措施)	39
YG-ZD-032: 接台手术医院感染预防与控制标准操作规程	42
YG-ZD-033: 感染手术间管理制度 (附: 标准操作规程)	44
YG-ZD-034: 重症监护室医院感染管理制度	47
YG-ZD-035: 新生儿科医院感染管理制度	48
YG-ZD-036: 血透室医院感染管理制度	49
YG-ZD-037: 内镜室医院感染管理制度	50
YG-ZD-038: 介入科(导管室)医院感染管理制度	51
YG-ZD-039: 产房医院感染管理制度	52
YG-ZD-040: 口腔科医院感染管理制度	53
YG-ZD-041: 检验科医院感染管理制度	54
YG-ZD-042: 输血科医院感染管理制度	55
YG-ZD-043: 病理科医院感染管理制度	56
YG-ZD-044: 感染性疾病科医院感染管理制度	57
YG-ZD-045: 医院消毒隔离制度	58
YG-ZD-046: 门诊、急诊消毒隔离制度	59
YG-ZD-047: 注射室消毒管理制度	60
YG-ZD-048: 病房消毒隔离制度	61
YG-ZD-049: 检验科消毒隔离制度	62
YG-ZD-050: 消毒供应中心消毒隔离制度	63
YG-ZD-051: 新生儿科消毒隔离制度	64
YG-ZD-052: 手术室消毒隔离制度	65
YG-ZD-053: 感染性疾病科消毒隔离制度	66
YG-ZD-054: 分娩室消毒隔离制度	67
YG-ZD-055: 内镜室消毒隔离制度	68
YG-ZD-056: 介入(导管室)消毒隔离制度	69

YG-ZD-057: 口腔科消毒隔离制度	70
YG-ZD-058: 血液透析室消毒隔离制度	71
YG-ZD-059: 重症医学科消毒隔离制度	72
YG-ZD-060: 治疗准备室消毒隔离制度	73
YG-ZD-061: 外科换药室消毒隔离制度	74
YG-ZD-062: 婴儿护洗室消毒隔离制度	75
YG-ZD-063: 医院医用织物洗涤消毒隔离制度	76
YG-ZD-064: 营养食堂消毒隔离制度	77
YG-ZD-065: 消毒隔离多部门与科室协作管理制度	78
YG-ZD-066: 医疗废物管理制度	79
YG-ZD-067: 医院污水管理制度	80
YG-ZD-068: 医疗废物分类收集制度 (附: 具体要求)	81
YG-ZD-069: 医疗废物储存制度	83
YG-ZD-070: 医疗废物交接登记制度 (附: 具体要求)	84
YG-ZD-071: 医疗废物包装运送制度	85
YG-ZD-072: 医疗废物暂存间管理制度	86
YG-ZD-073: 医疗废物处置职业安全防护制度	87
YG-ZD-074: 非结核分枝杆菌感染控制制度	88
YG-ZD-075: 呼吸机相关肺炎预防控制制度 (附: 防控措施)	89
YG-ZD-076: 下呼吸道感染预防与控制制度与措施	92
YG-ZD-077: 手术部位感染预防控制制度 (附: 防控措施)	93
YG-ZD-078: 导管相关血流感染预防控制制度 (附: 防控措施)	96
YG-ZD-079: 导尿管相关尿路感染预防控制制度 (附: 防控措施)	99
YG-ZD-080: 皮肤软组织感染预防控制制度 (附: 防控措施)	103
YG-ZZ-001: 医院感染管理委员会职责	105
YG-ZZ-002: 医院感染管理科职责	106
YG-ZZ-003: 医院感染管理科主任 (副主任) 职责	107
YG-ZZ-004: 医院感染管理科主任 (副主任) 职责	108
YG-ZZ-005: 医院感染管理科干事/科员职责	109

YG-ZZ-006: 临床科室医院感染管理小组职责	110
YG-ZZ-007: 临床科室医院感染兼职监控护士职责	111
YG-ZZ-008: 临床科室医院感染兼职监控医师职责	112
YG-ZZ-009: 临床医生职责	113
YG-ZZ-010: 临床护士职责	114
YG-ZZ-011: 医务人员在医院感染管理中应履行的职责	115
YG-ZZ-012: 医务科在医院感染管理中履行的职责	116
YG-ZZ-013: 护理部在医院感染管理工作中履行的职责	117
YG-ZZ-014: 门诊办公室在医院感染管理中履行的职责	118
YG-ZZ-015: 后勤保障部在医院感染管理中履行的职责	119
YG-ZZ-016: 药剂科在医院感染管理工作中履行的职责	120
YG-ZZ-017: 检验科在医院感染管理工作中履行的职责	121
YG-ZZ-018: 设备科在医院感染管理工作中履行的职责	122
YG-ZZ-019: 医疗废物各部门管理职责	123
YG-ZZ-020: 医疗废物管理人员职责	124
YG-ZZ-021: 污水处理人员职责	125
YG-ZZ-022: 医疗废物回收人员职责	126
YG-LC-001: 医院感染爆发报告流程	127
YG-LC-002: 发生职业暴露后的处理流程	128
YG-LC-003: 多种耐药菌感染控制流程	129
YG-LC-004: 多重耐药菌报告程序、暴发预警及处理流程	130
YG-LC-005: 多重耐药菌患者管理流程	132
YG-LC-006: 多重耐药菌多学科协作防控流程图	133
YG-LC-007: 医疗废物回收流程	134
YG-LC-008: 治疗室消毒隔离流程	135
YG-LC-009: 换药室消毒隔离流程	136
YG-LC-010: 安全注射流程	137
YG-LC-011: 常用化学消毒剂配制流程	138
YG-LC-012: 手术间、分娩室日常清洁、消毒流程	139

YG-LC-013: 医疗废物处置流程图	140
YG-LC-014: 口腔诊疗医院感染控制流程	141
YG-LC-015: 中医拔罐器具、刮痧器具清洁消毒流程	142
YG-LC-016: 中医针灸针具清洁、消毒与灭菌流程	143
YG-LC-017: 外科手消毒流程图	144

YG-ZD-001：医院感染管理制度

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023年4月24日

生效日期：2023年9月1日

修 订 人：张 慧

页 码：第1页，共1页

一、为有效预防和控制医院感染，保障医疗安全，提高医疗质量，各科室要加强医院感染管理。

二、各科室要认真贯彻执行《中华人民共和国传染病防治法》、《医院感染管理办法》、《消毒技术规范》、《病区医院感染管理规范》、《医院感染暴发控制指南》、《医疗机构环境表面清洁与消毒管理规范》等法律、法规、规章中有关医院感染管理的规定。

三、建立健全医院感染管理组织，成立医院感染管理委员会、医院感染管理科和临床科室医院感染管理小组三级网络，配备与医院规模相适应的医院感染管理专职人员，各级管理组织人员要认真履行职责。各主要职能、业务科室须按照《医院感染管理办法》的规定履行各自在医院感染管理中的职责。

四、医院感染管理是医疗质量管理的重要组成部分，纳入医院医疗质量管理工作。

五、医院感染管理科负责医院感染管理日常工作，具体负责全院感染预防与控制工作的技术指导、管理与监督。

六、制定和实施医院感染控制规划和医院感染病例报告等制度，开展必要的监测项目，并由医院感染管理科具体组织实施、监督和评价，定期进行核查。

七、医务人员要严格执行消毒、灭菌、隔离制度和无菌技术操作规程等医院感染管理的各项规章制度。

八、建立医院感染预防与控制的在职教育制度，定期对医院各级各类人员进行医院感染预防与控制的培训和考核。

九、消毒药械、一次性使用医疗卫生产品的采购、储存、使用及用后处理必须符合国家医院感染管理的有关要求，并由医院感染管理科负责监督。

十、严格遵守《病区医院感染管理规范 WS/T 510--2016》

YG-ZD-002：医院感染管理委员会工作制度

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

一、医院感染管理委员会主任委员由分管院长担任，副主任委员由其他相关副院长担任，成员由相关职能科室、临床、医技科室主任、护士长组成，办公室设在医院感染管理科。

二、负责医院感染三级管理的协调工作，定期检查二级、一级的管理工作情况，及时反馈有关信息资料。

三、每年至少召开 2 次会议，讨论医院感染预防与控制工作总体规划及目标管理工作，听取医院感染管理科汇报医院感染管理情况和存在的问题，研究解决方案。

四、医院感染管理科根据委员会讨论意见，提出具体实施计划，报分管院长审查批示后执行，重大事宜提交院长办公会讨论。

五、出现医院感染突发事件等特殊情况时，召开紧急会议，研究对策和处理方案。

YG-ZD-003：医院感染管理委员会会议制度

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

- 一、建立会议制度，研究、协调和解决有关医院感染管理方面的问题。
- 二、每年至少召开二次会议，讨论研究医院感染管理上存在的问题，并着重落实解决重点或难点问题，遇到紧急情况随时组织召开。
- 三、会议由感染管理委员会主任主持。
- 四、每位参加会议的委员必须签到，如有特殊情况不能参加的，须提前向委员会主任或秘书请假。
- 五、出席人员不得少于委员会总数的 3/4。
- 六、做好会议记录，会后由医院感染管理委员会秘书负责编写会议纪要，并向有关部门通报。

YG-ZD-004：医院感染管理科工作制度

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

- 一、对有关预防和控制医院感染管理规章制度的落实情况进行检查指导。
- 二、对医院感染及其相关危险因素进行监测、分析和反馈，针对问题提出控制措施并指导实施。
- 三、对医院感染发生状况进行调查、统计分析，并向医院感染管理委员会或医疗机构负责人报告。
- 四、对医院清洁、消毒灭菌与隔离、无菌技术操作、医疗废物管理等工作提供指导。
- 五、对传染病的医院感染预防与控制工作提供指导。
- 六、对医务人员有关预防医院感染的职业卫生安全防护工作提供指导。
- 七、对医院感染爆发事件进行报告和调查分析，提供控制措施并协调组织有关部门进行处理。
- 八、对医务人员进行医院感染预防与控制的培训，参与抗菌药物临床应用的管理工作。
- 九、对消毒药械和一次性使用医疗器械、器具的相关证明进行审核。
- 十、组织开展医院感染预防与控制方面的科研工作，完成医院感染管理委员会或医疗机构负责人交办的其他工作。

YG-ZD-005：医院感染监测制度

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

一、医院感染监测

1. 医院感染管理科定期维护杏林系统，确保监测数据能实时提取。
2. 参加湖北省医院感染质量控制中心组织开展的各项目标性监测，每年进行一次现患率调查，及时进行网络报告。
3. 开展手术部位感染、新生儿感染、ICU 三管相关感染、多重耐药菌以及职业暴露等监测。
4. 各类监测结果及时进行分析、评价、并向临床各科反馈，向主管院长、医院感染管理委员会汇报。
5. 医院感染管理委员会要定期对医院感染控制效果进行评价并提出改进措施。

二、消毒灭菌效果及医院环境卫生学监测

1. 医院必须对消毒、灭菌效果进行监测，消毒灭菌物品合格率达到 100%。
2. 压力蒸汽灭菌锅、环氧乙烷灭菌器和等离子灭菌器应每锅进行工艺监测，每包进行化学监测，压力蒸汽灭菌锅每周进行生物监测，环氧乙烷灭菌器和等离子灭菌器应每批次进行生物监测。
3. 紫外线灯常规进行日常监测，每半年进行一次辐射强度检测。
4. 血液净化系统每季对透析用水、透析器物表、工作人员的手等进行监测，结果符合卫生标准。
5. 每季对手术室、ICU、产房、导管室、层流洁净病房、新生儿室、烧伤病房、供应室、内镜室、口腔科等高风险科室进行环境卫生学监测并记录。
6. 当有医院感染流行，怀疑为医院环境卫生学因素有关时，应随时进行采样监测。

YG-ZD-006：医院感染病例监测上报制度

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

一、临床医师应掌握医院感染诊断标准，发现医院感染病例时，主管医师应在 24 小时内进入“三佳系统”，点击“住院医师”的“院感”界面，完善相关信息，发送至医院感染管理科。确诊为传染病按《传染病防治法》的有关规定报告和处理。

二、临床科室对易感人群进行重点观察，及时送检标本进行病原学检测，及时发现感染病例并做好防控。

三、各科室院感监控医师应承担本科室的医院感染病例诊断、预防与控制工作，做好相关登记。

四、医院感染管理科每日对科室上报病例情况进行核实，每月进行统计、分析。

五、专职人员通过前瞻性调查和目标性监测，查阅住院病历等，发现医院感染病例督促报告。

YG-ZD-007：医院感染监测信息上报制度

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

- 一、所有监测信息具有可追溯性。
- 二、监测信息上报前要进行分析，审核。
- 三、专人负责信息的录入。
- 四、保持与信息接收单位的联系，及时沟通，保证信息质量。
- 五、根据信息库资料，改进工作流程，提高医院感染管理质量。

YG-ZD-008：医院感染监测信息发布制度

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

- 一、医院感染管理科负责所有院感相关信息的发布。
- 二、医院感染管理科对所有信息必须经过核查后发布并对所发布信息负责。
- 三、信息发布渠道为《医院感染管理通讯》、医院网站和院感小组会议。
- 四、发布内容包括质控信息、各类监测信息、上级主管部门检查问题反馈、外出培训信息以及医院感染新动向等。

YG-ZD-009：医院感染暴发报告控制制度

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

一、各科发现有医院感染流行趋势时，应立即报告医院感染管理科和医务科，在医务科、医院感染管理科指导下及时组织经治医师、护士对医院感染病例进行监测，查找感染原因，并采取有效控制措施。

二、出现医院感染流行趋势时，医院感染管理科应于 12 小时内报告主管院长，并通报相关部门。

三、经调查证实出现医院感染流行时，医院应于 12 小时内报告当地卫生行政部门。

四、出现医院感染流行或爆发趋势时，应进行流行病学调查。

五、制定和组织落实控制措施，包括对患者做适当治疗，进行正确的消毒处理，必要时隔离患者。

六、确诊为传染病的医院感染，按《传染病防治法》有关规定报告。

YG-ZD-010：职业暴露防护制度

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

- 一、医务人员应提高自我防护意识，加强职业安全防护，强化标准预防意识。
- 二、熟练掌握手卫生，正确操作六步洗手法，规范使用速干手消毒剂。
- 三、规范使用手套，脱去手套后立即洗手或手消毒。
- 四、污染物可能发生喷溅时应戴眼罩，或面罩、口罩、穿防护服等。
- 五、被污染的医疗用品、仪器设备、污染的床单要及时处理。
- 六、防止锐器和针头刺伤。
- 七、各种医疗操作应遵守操作规程。
- 八、污染环境或不能保持环境卫生的传染病人应隔离。
- 九、医务人员执业过程中发生职业暴露处理的相关费用由医院承担。

YG-ZD-011：职业暴露登记报告制度

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

一、医务人员发生职业暴露后应立即进行局部处理。

（一）用肥皂液和流水清洗污染皮肤，用生理盐水冲洗粘膜。

（二）如有伤口应在伤口旁轻轻挤压，尽可能挤出损伤处血液，再用肥皂液和流水进行冲洗，禁止进行伤口局部按压。

（三）受伤部位的伤口冲洗后，应当用消毒液，如 75%酒精或 0.5%碘伏进行消毒并包扎伤口，被暴露的粘膜应当反复用生理盐水冲洗干净。

二、填写医务人员职业暴露登记表，并在三佳系统上报至医院感染管理科。

三、职业暴露者应提供职业暴露源的相关资料备案。

四、医院感染管理科根据暴露者提供暴露源的情况、暴露方式、程度及级别等情况，采取相应的处置措施并随访追踪。

YG-ZD-012：医务人员利器伤处理制度

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

一、凡医务人员在工作中发生利器伤后，按职业暴露处理流程及时处理伤口并追溯暴露源情况，如果暴露源是血源性传染病患者则进入如下流程。

二、报告科室负责人，科主任、护士长根据“医务人员职业暴露情况登记表”的内容现场对伤口情况进行评估，判断暴露级别。

三、评估完毕后，科主任、护士长对评估的结果及时记录在《黄冈市中心医院医院感染管理监测本--职业暴露登记表》，同时报医院感染管理科，填写“医务人员职业暴露情况登记表”。

四、采集暴露者的血样，暴露者持检验结果和暴露源的检验报告以及职业暴露就诊表到感染性疾病科接受咨询及治疗。

五、感染性疾病科必须是科主任或主治以上医生负责咨询和指导，并填写专家会诊意见。

六、科室负责人督导执行会诊意见，相关费用由个人先垫付，治疗结束后，所有资料交医院感染管理科登记存档，所有费用由医院承担。

七、科室负责人、监控医生、护士、感染性疾病科和医院感染管理科不得泄露暴露者隐私。

YG-ZD-013：医务人员分级防护制度

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

一、根据国家卫生健康委员会《医院感染管理办法》《经空气传播疾病医院感染预防与控制规范》制定医务人员分级防护制度。

（一）工作人员上岗着装符合要求。

（二）工作人员发生医院感染事件以及锐器伤、化学烧伤应当立即报告科室负责人及医院感染管理科。

（三）进行消毒工作时工作人员应当采取自我防护措施，防止因消毒操作不当可能造成的人身伤害。

二、各类人员均应当严格执行医院感染管理制度，做好个人防护和公共环境的保护，完成操作或离开工作区域时应当及时摘手套并落实手卫生，严禁工作人员穿工作服进入食堂、宿舍、图书室和医院外环境。

三、分级防护原则

（一）一般防护（基本防护）

防护对象：医院普通门（急）诊、普通病房医务人员。

防护设备：工作服、外科口罩、手卫生等。

防护要求：按照标准预防的原则。

（二）一级防护

防护对象：发热门诊、感染性疾病科的医务人员

着装要求：在基本防护的基础上根据诊疗危险程度，使用以下防护用品：工作服、工作帽、外科口罩、隔离衣、手套、手卫生等。

（三）二级防护

防护对象：进入疑似或确诊经空气传播疾病患者安置地或为患者提供一般诊疗操作

着装要求：在基本防护的基础上根据诊疗危险程度，使用以下防护用品：工作服、工作帽、医用口罩、防护服、手套、鞋套、手卫生等。

（四）三级防护

防护对象：为疑似或确诊患者进行产生气溶胶操作时。

着装要求：在基本防护的基础上根据诊疗危险程度，使用以下防护用品：工作服、工作帽、医用口罩、防护服、手套、鞋套、面罩、手卫生等。

医务人员分级防护要求：

	使用情况	防护用品									
		外科 口罩	医用 防护 口罩	防护 面屏 或护 目镜	手卫 生	乳胶 手套	工作 服	隔离 衣	防护 服	工作 帽	鞋套
一般 防护	普通门（急）诊、 普通病房医务人员	+	—	—	+	士	+	—	—	—	—
一级 防护	发热门诊与感染 疾病科医务人员	+	—	—	+	+	+	+	—	+	—
二级 防护	进入疑似或确诊 经空气传播疾病 患者安置地或为 患者提供一般诊 疗操作	—	+	士	+	+	+	士★	士★	+	+
三级 防护	为疑似或确诊患 者进行产生气溶 胶操作时	—	+	+	+	+	+	—	+	+	+
注：1. “+”应穿戴的防护用品，“—”不需穿戴的防护用品，“士”根据工作需要穿戴的防护用品，“士★”为二级防护级别中，根据医疗机构的实际条件，选择穿隔离衣或防护服。											

YG-ZD-014：医院感染知识培训制度

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

一、医院感染管理委员会应承担全院职工医院感染知识的培训工作。

二、医院感染管理科每年应拟定培训计划，并有步骤的组织实施。

三、医院感染管理科专职人员每年应参加上级组织医院感染相关知识的继续教育培训和学术交流活动，学分不少于 5 分。回院后应将所学知识向院领导汇报，并在业务学习大会上介绍有关医院感染预防与控制的新知识、新动态。

四、医院感染管理兼职人员与临床医务人员每年参加医院感染相关知识培训。凡新上岗人员、进修实习人员均应参加医院感染知识的岗前培训，考核合格方可上岗。后勤人员亦应进行相关知识培训，时间不少于 3 学时。

五、医院感染管理科每年至少负责组织一次对各级各类人员的年终书面考试。

YG-ZD-015：抗菌药物管理制度

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

- 一、药剂科定期对抗菌药物的使用状况进行监测、统计并公布。
- 二、医院感染管理委员会下设立抗菌药物专家组，负责全院抗菌药物应用的技术咨询和指导。
- 三、检验科定期向全院报告临床标本分离的致病菌及药敏试验结果。
- 四、药剂科根据抗菌药物管理的规定，定期向临床医务人员提供有关抗菌药物的信息。
- 五、建立抗菌药物临床应用分级管理，将抗菌药物分为非限制使用、限制使用与特殊使用三级管理。住院患者抗菌药物治疗前病原学送检率不低于 30%，接受限制使用级抗菌药物治疗的住院患者抗菌药物使用前微生物检验样本不低于 50%，接受特殊使用级抗菌药物治疗的住院患者抗菌药物使用前微生物送检率不低于 80%。
- 六、科主任查房及上级医师检诊要有应用抗菌药物的记录，严格控制抗菌药物的皮肤、粘膜局部用药。
- 七、掌握抗菌药物应用的适应症、禁忌症，并密切观察，发现不良反应要及时报告。

YG-ZD-016：抗菌药物分级管理制度

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

一、抗菌药物临床应用实行分级管理，根据安全性、疗效、细菌耐药性、价格等因素，将抗菌药物分为三级，即：非限制使用级（一级）、限制使用级（二级）与特殊使用级（三级），具体划分标准如下：

非限制使用级（一级）：经临床长期应用证明安全、有效，对细菌耐药性影响较小，价格相对较低的抗菌药物。

限制使用级（二级）：长期临床应用证明安全、有效，对细菌耐药性影响较大，或者价格相对较高的抗菌药物。

特殊使用级（三级）：具有明显或严重不良反应，不宜随意使用的抗菌药物；需要严格控制使用，避免细菌过快产生耐药的抗菌药物；疗效、安全性方面的临床资料较少的抗菌药物；价格昂贵的抗菌药物。

二、抗菌药物分级使用管理

（一）抗菌药物选用原则

1、临床选用抗菌药物应根据感染部位、严重程度、致病菌种类以及细菌耐药情况、患者病理生理特点、药物价格等因素加以综合分析考虑。

2、预防感染、治疗轻度或局部感染应首先选非限制使用级抗菌药物；严重感染、免疫功能低下者合并感染或病原菌只对限制使用级抗菌药物敏感时，可选用限制使用级抗菌药物；特殊使用级抗菌药物的选用应从严控制。

（二）抗菌药物处方权的获得及处方权限

医务科按规定的培训内容对我院执业医师和药师进行抗菌药物使用知识和规范化管理知识的培训。

1、执业医师经考核合格后取得抗菌药物处方权，药师经考核合格后取得抗菌药物调剂资格。

2、中级及以上专业技术职务任职资格的医师，经培训并考核合格后，方可授予限

制使用级抗菌药物处方权。

3、临床使用特殊使用级抗菌药物，应当严格掌握用药指征。临床使用特殊使用级抗菌药物时，应当经我院授权的会诊人员会诊同意签字后，由具有高级专业技术职务任职资格的医师开具。门诊处方不得开具特殊使用级抗菌药物。

特殊使用级抗菌药物会诊人员，由具有丰富抗菌药物临床使用经验的感染性疾病专业的副高级及以上技术职务任职资格的医师和临床药师、临床微生物室检验医师及医务管理、医院感染管理人员担任。会诊人员必须由医院授权，每次会诊由2名以上会诊专家参与，病历中须留存会诊意见。

4、紧急情况下，医师可以越级使用抗菌药物，但仅限于1天用量，并应做好相关记录。

（三）临床各科室应根据医院抗菌药物分级管理办法，制定本科室的分级管理措施，责任落实到每一位医师。管理通过医院HIS系统设限。

三、三级医师查房时，应含有抗菌药物应用内容，对抗菌药物的使用理由、效果分析及更改理由、停用抗菌药物均要求在病历上有详细的分析记录，并纳入病历质量考核。

YG-ZD-017：住院患者抗菌药物治疗前病原学送检制度

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

一、临床医师应根据患者感染病情，参考细菌药敏报告选用抗菌药。

二、要求使用或更改抗菌药物前采集标本作病原学检查，力求做到有样必采。

三、接受抗菌药物治疗前的住院患者病原学送检率：抗菌药物使用前病原学送检率不低于 50%；发生医院感染的患者，医院感染诊断相关病原学送检率不低于 90%；接受两个或以上重点药物联用的住院患者，联合使用前病原学送检率应达到 100%。临床留取标本应尽量在抗菌药物应用之前。

四、开展细菌耐药监测工作，定期发布细菌耐药信息，建立细菌耐药预警机制，针对不同的细菌耐药水平采取相应应对措施；医院感染管理科与检验科对细菌培养及药敏试验结果定期进行分析，每年至少 2 次，供临床医师用药时参考并供抗菌药物临床应用管理小组在抗菌药物遴选时作为依据。

YG-ZD-018：围手术期抗菌药物预防性使用管理制度（附：术前预防性使用抗菌药物操作流程）

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

一、住院患者手术预防使用抗菌药物时间控制在术前 30 分钟至 1 小时（剖宫产手术除外）。

二、抗菌药物品种选择和使用疗程合理。

三、“I”类切口手术患者预防使用抗菌药物比例不超过 30%，其中，腹股沟疝术修补（包括补片修补术）、甲状腺疾病手术、乳腺疾病手术、关节镜检查手术、颈动脉内膜剥脱手术、颅骨肿物切除术和经血管途径介入诊断手术患者，原则上不预防使用抗菌药物。

四、“I”类切口手术患者预防使用抗菌药物时间不超过 24 小时。

附件：

术前预防性使用抗菌药物操作流程

为规范术前预防性使用抗菌药物，医务科、护理部、医院感染管理科联合制定操作流程如下：

1. 病区护士备好术前使用的药物和输液卡。
2. 手术室工作人员到病区接患者时与病区护士查对上述药物和输液卡。
3. 手术室巡回护士接病人时应当查对药物和输液卡。
4. 巡回护士在术前再次与洗手护士或麻醉师进行查对。
5. 巡回护士配制药物，静脉输注应在皮肤、黏膜切开前 0.5~1 小时内或麻醉开始时给药，在输注完毕后开始手术。万古霉素或氟喹诺酮类应在手术前 1~2 小时开始给药。
6. 剖宫产手术如有需要在断脐后静脉给予抗菌药物。
7. 皮试由病区负责。
8. 巡回护士在电子病历医嘱上及时签字。

YG-ZD-019：消毒灭菌管理制度

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

- 一、进入人体组织、无菌器官的医疗器械、器具和物品必须达到灭菌水平。
- 二、接触皮肤、粘膜的医疗器械、器具和物品必须达到消毒水平。
- 三、各种用于注射、穿刺、采血等有创操作的医疗器具必须一人一用一灭菌。
- 四、消毒器械、一次性医疗器械和器具应当符合国家有关规定。一次性使用的医疗器械、器具不得重复使用。
- 五、实行全院可重复医疗器械集中处置制度，使用后的医疗器械和物品，在去除可见污渍后放入器械回收箱，交消毒供应中心处理。
- 六、根据物品的性能选用合适的消毒灭菌方法。
- 七、使用化学消毒剂必须了解消毒剂的性能、作用、使用方法、影响灭菌或消毒效果的因素等，配置时注意有效浓度，并按规定每日监测。
- 八、更换灭菌剂时，必须对用于浸泡灭菌物品的容器进行灭菌处理。
- 九、连续使用的氧气湿化瓶、雾化器、早产儿暖箱的湿化器等器材，必须每日消毒，用毕终末消毒，干燥保存，湿化液应用灭菌水。

YG-ZD-020：一次性医疗器具及消毒药械管理制度

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

一、一次性医疗用品管理

（一）医院感染管理科负责对一次性使用医疗用品的采购、使用、回收情况进行监督。

（二）设备科负责一次性医疗用品的采购、管理与调拨，临床科室不得自行购入和使用。

（三）所有购进的一次性医疗用品应有《生产许可证》、《产品注册证》、和《经营许可证》。

（四）设备科有一次性医疗用品的管理制度，专人负责采购、保管，职责明确。

（五）设备科有专人负责对所购进的一次性医疗用品进行登记，记录每次到货的时间、生产厂家、产品名称、数量、规格、产品批号、灭菌日期、有效期或失效日期及内外包装上的卫生许可证号、供需经办人签名。

（六）仓库保管员对库内物品规范存放。产品的最小包装应有生产日期、有效期等，按不同批号存放，批号在前者先发，不得将包装破损、失效、过期的产品发送到使用科室。

（七）使用科室应按要求领取一次性医疗用品并分类按规定存放，定期进行清理。

（八）使用一次性医疗用品时应检查包装有无破损、生产日期及失效期等，发现不合格严禁使用，并封存，交设备科处理。

（九）所有一次性医疗用品使用后均按照感染性废物处理，并有登记及双方签字。

二、消毒药械管理

（一）医院感染管理委员会负责对全院使用的消毒灭菌药械进行监督管理。

（二）医院感染管理科按国家有关规定，对全院消毒灭菌药械的购入、储存和使用进行监督、检查和指导。

（三）采购部门应根据临床需要和医院感染管理委员会对消毒灭菌药械选购的审定

意见进行采购，并查验省级以上卫生行政部门颁发的“生产许可证”、“生产许可批件”。

（四）购置科室要建立登记账册，记录每次到货的产品名称、数量、规格、单价、生产厂家、产品批号、消毒日期、卫生许可证、有效期及供需双方经办人签名。

（五）各专科需要使用的特殊消毒药械，须由科主任提交书面申请，主管部门审核后统一进货。

（六）使用部门应准确掌握消毒灭菌器械、设备的使用范围、使用方法、保养及注意事项。掌握消毒灭菌药剂的使用浓度、配制方法、更换时间，影响消毒灭菌效果的因素，发现问题及时报告药剂科、医院感染管理科予以解决。

YG-ZD-021：医务人员手卫生管理制度（附：实施规范）

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023年4月24日

生效日期：2023年9月1日

修 订 人：张 慧

页 码：第1页，共1页

- 一、严格执行《医疗机构医务人员手卫生规范》及手卫生管理制度。
- 二、医务人员严格掌握洗手指征、洗手方法及正确的干手方法，保证洗手与手消毒的效果。
- 三、各科按要求配备完整的洗手设施，包括水龙头、水池、洗手液及干手设施等。
- 四、各科按要求配足领用速干手消毒液，掌握速干手消毒液的正确使用目的与方法，并督促执行。
- 五、不同环境下工作的医务人员，手的卫生应达到相应要求。
- 六、医院手术室、ICU、血液净化室、产房、检验科、口腔科、新生儿病房等重点部门及门急诊科室，采用非手触式水龙头开关，流动水洗手，洗手液和干手设施，避免二次污染。
- 七、进行外科手消毒时，指甲清剪干净，禁止戴假指甲、戒指等饰物。
- 八、每季度对医务人员特别是重点部门及临床科室进行手卫生消毒效果的监测，当怀疑流行暴发与医务人员手有关时，及时进行监测。

附件：

医务人员手部卫生实施规范

一般手卫生方法

（一）下列情况医务人员应洗手和/或使用手消毒剂进行卫生手消毒：

- （1）接触患者前
- （2）清洁、无菌操作前，包括进行侵入性操作前。
- （3）暴露患者体液风险后，包括接触患者黏膜、破损皮肤或伤口、血液、体液、分泌物、排泄物、伤口敷料等之后。
- （4）接触患者后。
- （5）接触患者周围环境后，包括接触患者周围的医疗相关器械、用具等物体表面后。

（二）下列情况应洗手：

- （1）当手部有血液或其他体液等肉眼可见的污染时。
- （2）可能接触艰难梭菌、肠道病毒等对速干手消毒剂不敏感的病原微生物时。

（三）手部没有肉眼可见污染时，宜使用手消毒剂进行卫生手消毒。

（四）下列情况时医务人员应先洗手，然后进行卫生手消毒。

- （1）接触传染病患者的血液、体液和分泌物以及被传染性病原微生物污染的物品后。
- （2）直接为传染病患者进行检查、治疗、护理或处理传染患者污物之后。

（五）医务人员洗手方法：

- （1）在流动水下，淋湿双手。
- （2）取适量肥皂（洗手液），均匀涂抹至整个手掌、手背、手指和指缝。
- （3）认真揉搓双手至少 15 秒钟，应注意清洗双手所有皮肤，包括指背、指尖和指缝，具体揉搓步骤为（步骤不分先后）：
第一步 掌心相对，手指并拢，相互揉搓。
第二步 手心对手背，沿指缝相互揉搓，交换进行。
第三步 掌心相对，双手交叉指缝相互揉搓。
第四步 弯曲手指使关节在另一手掌心旋转揉搓，交换进行。

第五步 右手握住左手大拇指旋转揉搓，交换进行。

第六步 将五个手指尖并拢放在另一手掌心旋转揉搓，交换进行。

(4) 在流动水下彻底冲净双手，擦干，取适量护手液护肤。

(六) 医务人员卫生手消毒方法：

(1) 取适量手消毒剂于掌心，均匀涂抹双手。

(2) 严格按照洗手法揉搓步骤进行揉搓。

(3) 揉搓至手部干燥。

【注意事项】

(1) 接触具有传染性的血液，体液和分泌物以及被传染性致病微生物污染的物品后，直接为传染病病人进行检查、治疗、护理或处理传染病病人污物之后，应先洗手，然后进行卫生手消毒。

(2) 检查，治疗，护理免疫功能低下的病人之前，实施手消毒。

(3) 出入隔离病房、重症监护室等医院感染重点部门前后，实施手消毒。

(4) 进行侵入性操作时应当戴无菌手套，戴手套前后应当洗手。一次性无菌手套不得重复使用。

(5) 戴手套不能代替手卫生，摘手套后应进行手卫生。

外科手消毒方法

(一) 医务人员进行外科手消毒应达到以下目的：

(1) 消除指甲、手前臂的污物和暂居菌；

(2) 将常居菌减少到最低程度；

(3) 抑制微生物的快速再生。

(二) 外科手消毒应当遵循以下原则：

(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。

(三) 洗手方法与要求

(1) 洗手之前应该先摘除手部饰物，并按要求剪指甲，长度应不超过指尖。

(2) 取适量清洁剂清洗双手、前臂和上臂下 1/3。并认真揉搓，清洁双手时，应注意清洁指甲下的污垢和手部皮肤的褶皱处。

(3) 流动水冲洗双手、前臂和上臂下 1/3。

(4) 使用干手物品擦干双手、前臂和上臂下 1/3。

(四) 外科手消毒方法

(1) 冲洗手消毒方法：取适量的手消毒剂涂抹至双手的每个部位、双手、前臂和上臂下 1/3。，并认真揉搓 2min—6min，用流动水冲净双手、前臂和上臂下 1/3，无菌巾彻底擦干。

(2) 免冲洗手消毒方法 取适量的免冲洗手消毒剂涂抹至双手的每个部位，前臂和上臂下 1/3，并认真揉搓至消毒剂干燥。

【注意事项】

不得戴假指甲、装饰指甲，保持指甲和指甲周围组织的清洁。

(1) 在外科手消毒过程中应保持双手位于胸前并高于肘部，使水由手部流向肘部。

(2) 洗手与消毒可使用海绵、其他揉搓用品或双手相互揉搓。

(3) 术后摘除手套后，应用洗手液清洁双手。

(4) 用后的清洁指甲用品、揉搓用品如海绵、手刷等，放到指定的容器中；揉搓用品、清洁指甲用品应一人一用一消毒或者一次性使用。

YG-ZD-022：多重耐药菌管理制度

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

一、监测范围

包括耐甲氧西林金黄色葡萄球菌（MRSA），耐万古霉素肠球菌（VRE），耐碳青霉烯类肠杆菌科细菌（CRE），耐碳青霉烯类抗菌药物鲍曼不动杆菌（CR-AB），耐碳青霉烯类抗菌药物铜绿假单胞菌（CR-PA）等。微生物实验室应加强对多重耐药菌的检测及其对抗菌药物敏感性，耐药模式的监测，根据监测结果指导临床对多重耐药菌医院感染的控制工作。

二、报告及流行病学调查

医院感染管理科定期查看院感系统多重耐药菌情况，并根据情况督导管理措施落实及流行病学调查，具体步骤如下：

（一）微生物实验室发现 MRSA、VRE 等多重耐药菌株时，做好登记，并将多重耐药菌报告单电脑系统发送临床科室或电话告知（按危急值报告），同时报告医院感染管理科。

（二）医院感染管理科通过院感系统查看到多重耐药菌或在接到报告后，对病例进行调查，并监督消毒隔离及防护措施的执行情况。

（三）分管医师应立即向科主任及护士长报告，由科主任及护士长晨会交班通知全体医护人员，做到人人知晓。

（四）在医院感染管理科的指导下实施单间隔离或同种病原同室隔离（无条件时实施床边隔离），在床头牌，病历夹、手腕带上放置蓝色隔离标识，护士站记事栏记录。

（五）多重耐药菌感染病人如需手术，应在《手术通知单》及《麻醉通知单》上标注“多重耐药菌感染”字样，提前一天通知手术室，并在指定手术间实施手术，术后严格消毒。

（六）做好工作人员及家属的健康宣教，严格按照流程处置。

三、其它耐药菌管理：根据我院细菌培养情况，除上述耐药菌外，其它耐药菌可参照上述规定执行。

YG-ZD-023：多重耐药菌感染预防控制制度

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

- 一、临床医生接诊感染病患者后，及时送检相应病原学标本，追踪检验结果。
- 二、微生物实验室对标本进行细菌培养、鉴定、药敏后，如发现多重耐药菌株，立即通知所在科室和院感科。
- 三、一旦检出（不论感染或定植），所在病区及时对患者进行接触隔离，并严格做好消毒隔离措施，对 MRSA, VRE, 泛耐药或全耐药感染的患者严格实施单间隔离，对其他多重耐药菌实行床边隔离。
- 四、设立醒目的蓝色隔离标志，通报全科医务人员，以防止耐药菌的交叉传播。
- 五、强化医务人员手卫生管理。在接触病人（感染和定植）破损部位时必须戴手套，接触患者前后，接触患者周围环境后，摘手套后立即洗手或卫生手消毒。
- 六、加强诊疗环境的卫生管理。使用专用的物品进行清洁和消毒，对患者经常接触的物体表面，设备设施表面，应当每班进行清洁和擦拭消毒。出现或者疑似有多重耐药菌爆发时，应当增加清洁和消毒频次，被患者血液、体液污染之处应立即消毒。
- 七、患者转诊之前应通知接诊科室，以便采取相应传播控制措施。
- 八、患者标本连续两次（间隔时间大于 24 小时）耐药菌培养阴性和感染已经痊愈无标本可送，方可解除隔离。
- 九、在有流行病学证据显示多重耐药菌的传播与环境来源相关时，对环境如物品表面、公用设施进行采样培养。
- 十、如果采取以上控制措施，但传播仍然继续时，该病区应暂停收治患者，对环境进行彻底清洁消毒和评估。

YG-ZD-024：多重耐药菌管理联席会议制度

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023年4月24日

生效日期：2023年9月1日

修 订 人：张 慧

页 码：第1页，共1页

一、分管副院长每季度至少召开一次由医院感染管理科、医务科、护理部、药学部、检验科、重症监护病房和相应临床科室负责人参加的多重耐药菌感染管理协调会议，及时了解医院多重耐药菌流行趋势和控制与协调管理情况；及时解决多重耐药菌控制与协调管理中的问题，使医院的多重耐药菌感染管理得到持续改进。尽可能减少和避免多重耐药菌感染，尤其是耐甲氧西林金黄色葡萄球菌（MRSA）、耐万古霉素肠球菌（VRE）医院感染的爆发流行。

二、分管副院长一旦接到医院感染管理科多重耐药菌感染爆发流行报告，应及时召开由医务科、护理部、药学部、检验科、重症监护病房和相应临床科室负责人参加的紧急多重耐药菌分析控制会诊会议，及时查找分析引起多重耐药菌感染流行爆发的原因，制定及时有效的紧急控制措施，使多重耐药菌医院感染流行爆发得到及时有效的控制。

三、医院感染管理科负责报告和请示分管副院长会议相关内容，通知参会科室人员，记录会议内容，根据会议情况下发会议简讯或整改通知，并进行效果评价，直到整改效果好，多重耐药菌医院感染爆发流行得到及时有效控制为止。

YG-ZD-025：多重耐药菌医院感染监测报告制度

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

一、各临床科室一旦收治细菌性感染病人，在抗生素使用前，采集相应感染部位标本，送微生物室做细菌涂片与培养，以便及时发现多重耐药菌感染患者或定植患者。

二、微生物室一旦检出多重耐药菌立即电话通知相关临床科室和医院感染管理科，随后发出书面检测报告。

三、临床科室一旦接到通知，立即对该多重耐药菌感染病人进行相关隔离治疗，并做好相应记录，避免多重耐药菌医院感染爆发流行。

四、医院感染管理科人员一旦接到微生物室通知，应及时、定期和随机地到相关临床科室进行消毒隔离督导和记录，必要时报告医务科和主管院长。

五、医院对多重耐药菌感染采取紧急控制措施，如果确诊多重耐药菌医院感染例数超过 5 例，应按国家卫生健康委员会标准及时上报。

YG-ZD-026：多重耐药菌管理多部门协作制度

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023年4月24日

生效日期：2023年9月1日

修 订 人：张 慧

页 码：第1页，共1页

一、医院感染管理科、微生物实验室、药学部、医务科、护理部及临床科室负责人等多学科共同参与，针对医院多重耐药菌感染的现状，定期召开会议，研究多重耐药菌感染现状及防控对策，采取有效措施，预防控制多重耐药菌的传播。

二、微生物实验室应加强对耐甲氧西林金黄色葡萄球菌等多重耐药菌的检测及其对抗菌药物敏感性、耐药模式的监测，并在联席会议上进行通报。

三、院感科加强对多重耐药菌防控措施如手卫生、隔离措施、无菌技术等、的指导、检查与考核，并在联席会议上对存在的问题进行通报。

四、临床药学室参加临床科室多重耐药菌患者临床会诊并对其用药合理性进行指导、监督，对不合理用药情况在联席会议上进行通报。

五、医务科、护理部和各临床科室负责人必须重视和加强多重耐药菌的医院感染控制工作，严格执行抗菌药物临床应用的基本原则及消毒隔离规范，及时总结工作中存在的问题，在联席会议上协调解决。

YG-ZD-027：多重耐药菌感染预防知识培训制度

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

为加强多重耐药菌医院感染防控工作，使全院医护人员都掌握多重耐药菌的相关知识，提高多重耐药菌的诊断、监测、预防和控制的技术水平，强化医护人员对多重耐药菌的感控意识，及时了解多重耐药菌防控相关国内外新观点、新方法，制定全院员工多重耐药菌医院感染防控知识培训制度如下：

一、医院感染管理人员

医院感染管理专职人员应采取外出参观学习，本科培训和自学多种形式的培训，使本科人员熟知多重耐药菌控制相关法律、法规、监控指南和标准；学习了解多重耐药菌监控新进展、耐药新机制、相关的消毒、隔离方法、防控措施；掌握多重耐药菌的流行病学、感染危险因素、耐药机制、诊断、预防与控制的方法；了解本院多重耐药菌的流行趋势、危险因素等相关知识，为指导我院多重耐药菌感染预防与控制工作作好充分准备。

二、微生物室工作人员

微生物室工作人员应通过外出参观学习、本科培训、自学和接受医院感染管理科有关手卫生、职业防护、多重耐药菌报告、防控制度和措施等多种形式的培训，掌握多重耐药菌最新的检测技术、正确判定方法及实验室生物安全知识，熟知多重耐药菌流行病学、感染危险因素，掌握职业卫生防护与职业暴露处置相关知识。

三、医护人员

医护人员应通过接受医院感染管理科、本科培训和自学的多种形式，了解多重耐药菌流行病学、感染危险因素、耐药机制方面的知识；掌握手卫生、职业防护、消毒隔离、医疗废物处置等相关知识和多重耐药菌的报告与防控制度与措施；掌握多重耐药菌的诊断、治疗、预防和控制措施，合理使用抗菌药物。

四、工勤人员

工勤人员应通过接受医院感染管理科、后勤管理中心和主管保洁公司的培训，以及自学等多种形式，掌握多重耐药菌感染（定植）病人所住环境的消毒、清洁流程、医疗废物处置、手卫生知识、职业防护等相关知识和管理制度，并严格执行。

YG-ZD-028：耐甲氧西林金黄色葡萄球菌和耐万古霉素肠球菌医院感染防控措施

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

一、微生物室负责对耐甲氧西林金黄色葡萄球菌（MRSA）、耐万古霉素肠球菌（VRE）的监测，一旦发现 MRSA 或 VRE 耐药模式，立即以“危急值”通知相应患者所在临床科室和医院感染管理科。

二、临床科室立即把该患者隔离于单间病房，进行隔离诊治、护理操作，并尽可能尽量集中进行，减少与病人接触次数。

三、在床头卡、手腕带和病历夹上贴蓝色隔离标识。

四、严格按照多重耐药菌感染防控措施中的手卫生管理、消毒隔离、环境清洁消毒措施执行，避免 MRSA 或 VRE 在科内爆发流行。

五、主管医生应根据药敏结果及时使用 MRSA 或 VRE 相应的最有效的抗菌药物。

六、医务科和药学部要加强对抗菌药物临床合理应用的督导管理，提高抗菌药物临床应用管理质量。

七、医院感染管理科及时到相应临床科室督导检查耐甲氧西林金黄色葡萄球菌（MRSA）或耐万古霉素肠球菌（VRE）的控制措施的落实情况。发现问题及时发出整改通知，并及时进行效果评价。保证耐甲氧西林金黄色葡萄球菌（MRSA）或耐万古霉素肠球菌（VRE）的控制措施有效落实。

八、严格执行手卫生、环境清洁消毒、抗菌药物合理使用、医疗废物管理和职业防护等措施。

YG-ZD-029：医院多重耐药菌医院感染管理预防、无菌操作及消毒隔离制度与措施

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

多重耐药菌（MDRO）已经逐渐成为医院感染的重要病原菌，主要包括耐甲氧西林金黄色葡萄球菌（MRSA）、耐万古霉素金黄色葡萄球菌（VRSA）、耐万古霉素肠球菌（VRE）、泛耐药的鲍曼不动杆菌[MDR（PDR）-AB]、铜绿假单胞菌[MDR（PDR）-PA]和其他肠杆菌科细菌等，为加强对多重耐药菌的医院感染管理，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，特制定多重耐药菌医院感染预防控制措施如下：

一、多重耐药菌的监测、诊断与报告

（一）诊断主要依赖于病原微生物的检验结果。临床科室应及时送检相应的病原学标本，及时发现、早期诊断。

（二）微生物实验室检测到多重耐药株，应及时发出报告，并按危急值处理。

（三）临床科室接到“多重耐药菌株”的报告或感染监控专职人员信息反馈后，立即报告科主任、护士长、采取相应的预防控制措施。如确诊为医院感染的，必须在 24 小时内填卡上报医院感染管理科。

（四）医院感染管理科进行有关流行病学调查，当发现有多重耐药菌株医院感染暴发流行可能时，立即向分管院长报告，进行有关相应处置。

（五）微生物实验室必须加强对多重耐药菌的监测，每季度向全院公布细菌耐药性监测分析及耐药趋势记录。

（六）医院感染管理科每季对医院感染多重耐药菌株分布情况进行分析并向临床科室反馈。

二、加强全院医务人员手卫生管理

（一）在医院所有诊疗场所设置洗手、干手、速干手消毒剂等手卫生实施，保证医护人员在诊疗每个病人前后都能及时消除手上的微生物。

（二）医护人员在直接接触患者前后、接触患者体液、分泌物后、摘掉手套后、接触患者使用过的物品后以及从患者的污染部位转到清洁部位实施操作时，都应当实施手卫生。手上有明显污染时，应当洗手；无明显污染时，可使用速干手消毒剂进行手部消

毒。

三、严格实施消毒隔离、保洁与环境消毒制度

(一) 多重耐药菌感染者或者定植患者首选单间隔离，也可同种病原同室隔离。隔离病房确实不足时考虑床边隔离，当感染较多时，应保护性隔离未感染者。

(二) 护士站记事栏有多重耐药菌患者记录，病员床头卡、病历夹、手腕带有蓝色接触隔离标识；设置隔离病房时，应在门上挂接触隔离标识，防止无关人员进入；进行床边隔离时，在床栏上挂接触隔离标识；当实施床边隔离时，应先诊疗护理其他病人，多重耐药菌感染病人安排在最后进行。

(三) 应严格限制人员出入，医护人员相对固定，专人诊疗护理，包括护工和保洁员。

(四) 不能将多重耐药菌感染者或者定植患者与气管插管、深静脉置管、有开放伤口或免疫功能有抑制的患者安置在同一房间。

(五) 对收治多重耐药菌感染患者和定植患者的病房，必须采取以下多重耐药菌传播防控消毒措施：

1. 医护人员应严格执行标准预防：实施诊疗护理操作中，有可能接触多重耐药菌感染患者或者定植患者的伤口、溃烂面、粘膜、血液和体液、引流液、分泌物、痰液、粪便时，应戴手套；有可能污染工作服时应穿隔离衣；当实施可能产生气溶胶的操作（如吸痰或雾化治疗等）时，应戴标准外科口罩和防护眼镜。医疗护理前后、脱去手套后及接触病人前后必须标准六步洗手或手消毒。

2. 完成诊疗护理操作，离开房间前必须及时脱去手套和隔离衣至黄色垃圾袋中。

3. 尽量使用一次性医疗用品，用后的一次性医疗用品密封专包移交医院医疗废物暂存间。

4. 接触病人的体温表、血压计、压脉带、听诊器、换药弯盘等必须专人专用，定点放置，并设有明显标识。

5. 使用后需要回收的可复用手术器械，应严格按消毒隔离措施进行处理，避免对其它物品的污染。

6. 接触多重耐药菌感染者或者定植患者的所有物品均应进行严格消毒隔离；病人的病房采取严格隔离措施，病人家属尽量减少与病人接触，且不得进入其他病房。

7. 诊疗护理操作尽量集中进行，减少与病人接触次数。

8. 加强诊疗环境的卫生管理：使用专用物品进行清洁和消毒，患者接触的物体表面、医疗设备设施表面，每班用 500mg/L 含氯消毒剂进行清洁和擦拭消毒，抹布、拖布专用，使用后进行消毒清洗处理晾干备用；出现或者疑似有多重耐药菌医院感染暴发时，应增加清洁和消毒频次；被患者血液、体液污染之处应立即消毒；不能专用的物品如轮

椅、担架等，在每次使用后必须经过清洗及消毒处理。

9. 标本需用防渗漏密闭容器运送。

10. 加强医疗废物管理：锐器置入锐器盒，其余医疗废物均放置黄色医疗废物袋中、耐万古霉素肠球菌感染者的医疗废物均放置双层黄色医疗废物袋中，才能置入转运箱，规范运送至医院医疗废物暂存间。

11. 患者转诊之前应通知接诊科室(接诊科室核对病人信息时亦可发现腕带上的 MDR 标识)以便采取相应的接触隔离预防措施。

12. 临床症状好转或治愈，连续两次培养阴性(每次间隔>24 小时)方可解除隔离，病人出院做好终末消毒处理。

13. 凡有多重耐药菌感染的病人进行手术时，手术医生必须在手术通知单上注明，手术结束后按规定进行严格的终末处理。

14. 如果采取以上控制措施，但传播仍然继续时，该病区应暂时停止收治病人，对环境进行彻底清洁消毒与评估。

四、加强无菌技术操作规程管理，减少和避免医源性感染

(一) 医务人员无菌技术操作前应洗手或使用速干手消毒剂揉搓手。

(二) 医务人员应当严格遵守无菌技术操作规程，特别是实施各种介入操作，如中心静脉置管、气管切开、气管插管、留置尿管、放置引流管等操作时，应当避免污染，减少感染的因素。

五、加强抗菌药物合理使用管理

(一) 认真落实《抗菌药物临床应用指导原则》，根据细菌培养和药敏试验结果，正确合理地使用抗菌药物。

(二) 严格按照权限开处方，联合用药以及使用万古霉素、广谱头孢菌素、碳青霉烯类等必须严格掌握用药指征，避免由于抗菌药物的滥用而导致药菌的产生。

六、监督与考核

(一) 医院感染管理科定期对临床科室多重耐药菌感染者或定植患者防控措施的实施情况进行监督检查，对发现的问题进行反馈、指导，对多重耐药菌的患者进行追踪，直至解除隔离。

(二) 科室不执行或没有认真落实多重耐药菌传播防控措施造成医院感染暴发的。将根据医院感染暴发危害程度受到相应问责惩罚，触犯法律的将受到法律责任追究。

YG-ZD-030：消毒供应中心医院感染管理制度

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

一、周围环境应清洁、无污染源、区域相对独立；内部通风、采光良好。

二、建筑布局应分为辅助区域和工作区域。工作区域分去污区、检查包装及灭菌区、无菌物品存放区，三区划分清楚，区域间应有实际屏障，去污区和检查包装区设立人员出入缓冲间和物品传递窗。工作区域应遵循：物品由污到洁，不交叉不逆流；空气由洁到污，采用机械通风的，去污区保持相对负压，检查包装及灭菌区保持相对正压。

三、建立健全各项规章制度：包括工作管理、消毒隔离、监测、仪器与设备管理、职业防护、质量控制过程的记录和突发事件的应急预案等，并具体落实，确保医疗用品使用安全。

四、做好个人防护，戴口罩、帽子、手套等。供应室物品交换清单记录、回收日期、科室、物品名称、规格数量、回收者等。

五、按规定的路线由专人，用污物回收车进行回收，用具每日清洁。清点分类应在去污区的分类台上进行，不得出现洁污交叉或物品回流。

六、灭菌物品分类放置、位置固定、标识清楚，按有效期顺序排列，不得过期。存放架必须离地面 $\geq 20\text{cm}$ ，距离天花板 $\geq 50\text{cm}$ ，离墙 $\geq 5\text{cm}$ 处存放。

七、灭菌物品存放的有效期：普通棉布包装有效期为 7 天，医用一次性纸袋包装的无菌物品，有效期宜为 30d；使用一次性医用皱纹纸、医用无纺布包装的无菌物品，有效期为 180d；使用一次性纸塑袋包装的无菌物品，有效期为 180d；硬质容器包装的无菌物品，有效期为 6 个月。

八、一次性使用无菌医疗物品必须去除外包装后方能进入无菌物品存放区；入库时检查并记录入库日期、产品名称、规格、数量、生产厂家、生产批号、灭菌日期、失效日期等。棉球、棉签、纱布批号改变应送微生物实验室检测。

九、应记录无菌物品发放日期、名称、数量、物品领用科室、灭菌日期等；做好消毒灭菌的各项监测工作。

YG-ZD-031：手术室医院感染管理制度（附：感控措施）

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 3 页

- 一、根据功能和感染管理要求区域划分为限制区、半限制区、非限制区。
- 二、手术室内物品必须保持清洁、整齐，物体表面无尘埃，地面无碎屑、无污迹。
- 三、每日手术开始前和结束后，对手术间各种设施、仪器等物体表面及地面采取湿式打扫。术中被血液或体液污染应及时用含氯消毒剂擦拭。
- 四、不同区域、不同手术间的保洁工具（拖布、抹布）应分开使用。
- 五、接送病人应用交换车，并保持车辆清洁。
- 六、洁净手术室净化系统应在术前 30 分钟开启，接台手术前应自净 30 分钟。
- 七、洁净手术间每周清洗回风口及滤网，并有维护记录。
- 八、术中产生的废弃物严格按《医疗废物管理条例》及有关规定处理。
- 九、手术人员经专用通道、更衣换鞋，戴口罩、帽子后方可进入手术间。
- 十、患有上呼吸道感染、皮肤化脓性感染或者其他传染病的工作人员不得进入手术室。
- 十一、除参与手术的医生、护士、麻醉师外，应限制其他人员进入手术室。严格限制参观人数，且按指定手术间参观手术，不得随意走动和出入。
- 十二、特殊感染手术处置要求：气性坏疽、阮毒体等感染视为特殊感染性手术，安排在隔离手术间进行，门上悬挂隔离标识，禁止参观。手术人员进入必须穿隔离衣，戴手套。进入手术间后，不得随意出入。
- 十三、做好职业安全防护：遵守标准预防原则，配备医用防护口罩或眼罩等防护用品，掌握职业暴露及利器伤后紧急处理与报告制度。

附件：

手术室医院感染防控措施

（一）手术室管理的一般原则

- 1、进入手术室的工作人员必须明确手术室的循环路线，不得逆向行驶。
- 2、加强门户管理，严格限制进入手术室内的人员数量，非工作人员不得进入手术室。限制手术间人数，限制参观人数。手术交换车内、外不得交叉使用。
- 3、手术室内严格划分限制区、半限制区、非限制区，区域之间应标识醒目，有屏障隔开。
- 4、控制手术室内部人员的活动，相对固定区域工作，避免跨区域活动。
- 5、洁、污电梯应严格分开，不得混用。

（二）手术室内医院感染管理要求

- 1、手术室内应布局合理，符合功能流程和洁、污分开要求。
- 2、工作人员进入手术室人员必须执行更衣、换鞋制度。穿专用工作服与拖鞋，拖鞋每日清洗，外出时必须更换工作服。
- 3、手术间按需要分为无菌手术间，一般手术间，感染手术间；每一手术间置一手术台，按手术类别分别安排在相应的手术间进行，感染性手术间应设在手术部入口较近处。两台手术之间，应用消毒液湿式处理物表和地面，做好空气消毒、环境净化。
- 4、病人进入手术室前进行卫生处置，更换清洁衣裤。择期手术的患者术前应做 HBV、HCV、HIV 标记物检查，异常者按血液、体液隔离处理。接送病人的平车，应定期消毒，并设有明确的交换处。接送感染病人的平车应专车专用，用后严格消毒。
- 5、麻醉用器具应定期清洁、消毒与灭菌，接触病人的用品应一用一消毒或灭菌。
- 6、手术器械及物品必须一用一灭菌，并进行严格的生物监测与化学监测。手术包按日期顺序摆放，使用前应核对有效期。备用刀片、剪刀等小型器具采用小包装。干燥保存的无菌持物镊罐，应每 4 小时更换。
- 7、重复使用的医疗器械、器具、物品由消毒供应中心集中清洗、消毒、灭菌，集中供应。外来医疗器械必须送消毒供应中心经清洗、检查、包装、灭菌处理流程后才能进入手术室使用。
- 8、对感染和特异性感染的手术应固定手术间，重复使用的器械、器具、物品应进

行标识后送消毒供应中心集中清洗、消毒、灭菌，集中供应。手术后物表、地面、空气应严格消毒。

9、手术人员严格执行无菌技术操作规程，严格执行外科手消毒。手术人员避免戴手饰、擦亮甲油或戴假指甲等。

10、每月(季)对手术间的空气、工作人员手、物体表面、无菌物品、使用中的消毒剂、环氧乙烷柜等进行监测，资料完整、保存备查。

11、认真执行保洁措施，每日湿式清扫地面，用消毒液擦拭物表（手术床、器械车、麻醉器械、无影灯、桌、凳等），每日空气净化并有记录。保持地面、桌面、墙壁清洁无尘、无血迹。

12、每周有固定的消毒日，每周将室内物品、地面、空气彻底消毒一次并有记录。一般物品专人保管、定位放置、定区使用、标识清楚。

13、严格执行黄冈市中心医院《各类化学消毒剂使用规则》、《一次性医疗卫生用品、消毒药械管理制度》、《医疗废物管理制度》。手术废弃物品必须置有明显标识的黄色医疗废物袋内，封闭后由专用电梯运出，按感染性医疗废物处理。废弃的人体组织、器官、残肢等严格按感染性废物处理。

14、加强医院感染知识的学习，不断提高医务人员医院感染预防与控制的意识，落实医院感染防控措施，有效地预防和控制医院内感染的发生。

YG-ZD-032：接台手术医院感染预防与控制标准操作规程

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 2 页

一、物品

- 1、标本：由专人使用清洁的容器或标本袋运送至标本间。
- 2、废弃物：将分类收集的固体废弃物，通过污染走廊，运送到污物暂存处。将液体废弃物通过专用池直接倒入下水道，或者消毒后倒入下水道。每日清洁消毒容器。
- 3、医疗器械：重复使用的医疗器械应立即置于整理箱内，通过污染走廊和通道或采取隔离转移措施运送至消毒供应中心进行集中处理。
- 4、手术床单位：立即拆除床单、被套等织物，置于抗湿污物袋内，通过污染走廊或采取隔离转移措施，运出手术间。手术床、床栏等没有明显污染时，清水擦拭即可；被血液体液污染时，先用吸湿材料去除可见的污染物，再进行清洁与消毒。
- 5、仪器表面：如呼吸机、监护仪、输液泵、微量注射泵等，尤其是频繁接触的仪器表面如按钮、操作面板等，应用 75%乙醇擦拭或按照说明要求进行清洁、消毒处理。
- 6、常用诊疗用品：如听诊器、血压计等，没有明显污染时，清水擦拭即可；被血液体液污染时，还应消毒。

二、地面

当无明显污染时，采用湿式清洁。当受到患者血液体液等明显污染时，先用吸湿材料去除可见的污染物，再进行清洁与消毒。

三、人员

- 1、手术人员应在手术间内脱掉手套、手术衣，非接台手术人员洗手后方可离开手术室。接台手术人员应重新进行外科手消毒，再按要求更衣、戴外科手套。
- 2、接台麻醉师和巡回护士等应重新洗手，根据需要戴手套。
- 3、口罩：手术人员应戴一次性使用外科口罩，必要时戴一次性使用防护口罩、防护面罩，口罩潮湿或被血液、体液污染时应及时更换。

四、空气

1、普通手术室：有人情况下应使用对人体无毒无害且可连续消毒的方法，无人情况下可使用紫外线灯照射消毒。

2、洁净手术室：清洁工作应在净化系统运行下进行。负压手术间应在负压下持续运转 15 分钟后再进行。清洁工作完成后，不同级别手术间应运行一定时间达到自净要求后，方可进行下一台手术。

五、清洁用具

1、不同区域的清洁用具应专区专用，用后专池或专室清洗、消毒、晾干。

2、抹布应做到每清洁一个单位物品（物品表面）一清洗，不得一块抹布连续擦拭两个不同的物品表面。

3、每个拖布清洁面积不宜超过 20 m²，清洁过程中应随时清洗拖布或更换清洁的拖布，不得一把拖布连续擦拭两个不同手术间。

4、洁净手术间的清洁用具应使用不易掉纤维的织物材料制作。

六、特殊感染手术

1、安排手术次序时必须考虑患者感染的性质。

2、有特殊的感染应记录在常规手术单上，有感染性疾病患者通常安排在手术单上的最后位置

3、注意保护患者隐私，但参与手术的医务人员必须知道患者感染的状态和属性。

4、对术中不需要的设备术前要从手术室搬走，除参与手术的人以外其他人不得进入。

5、术中术后尽可能使用一次性医疗用品。

6、手术结束后要有足够时间来对手术室进行彻底的清洁消毒和正确处理污染物。

YG-ZD-033：感染手术间管理制度（附：标准操作规程）

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 3 页

- 一、对感染性手术（包括特殊感染手术）应设专门手术间，并有明显标识。
- 二、工作人员进入感染手术间操作时应更换衣、帽、拖鞋，穿隔离衣或防护服，做好个人防护，并防止交叉感染。
- 三、所有清洁工作均应湿式打扫，每周定期消毒，每月（季）进行空气、物体表面等监测并记录。
- 四、重复使用的器械、器具、物品应进行标识后送消毒供应中心集中处理，集中供应；手术后物表、地面、空气应严格消毒。
- 五、对污染的敷料及废弃标本，应置于双层黄色医疗废物袋，并标识，由专人经专用污物通道送医疗废物暂贮处。
- 六、凡参加手术的工作人员离开感染性手术间之前，应严格执行手卫生，脱下隔离衣，换鞋，更衣后方可离开。

附件：

感染性手术医院感染预防与控制标准操作规程

一、填写通知单

已知具有感染或传染性的手术患者，手术医师应在手术通知单上注明感染性疾病名称。

二、手术安排

1、感染性手术应安排在感染性手术专用手术间内实施，条件受限时则应安排在当日最后一台。

2、有条件的医院，患有空气或飞沫传播疾病的手术患者应安排在负压手术间内进行手术。

三、患者转送

1、患有飞沫或空气传播疾病的患者应戴外科口罩或医用防护口罩。

2、患有接触传播疾病的患者应更换清洁患服并使用敷料覆盖裸露的感染部位。转运过程中，应避免不必要的停留。

四、隔离措施

医务人员应在遵循标准预防的基础上，根据病原菌的传播途径遵循相应隔离技术标准操作规程。

（一）术前

1、普通手术间应开启动态空气净化器；负压手术间应查看负压表负压值并记录。

2、将手术间内本次手术不需要的物品移到室外。

3、若手术患者有烈性传染病，可准备一次性铺单、手术衣及卫材用品等。

4、患者转运床上粘贴隔离标识，手术间门口根据病原菌的传播途径悬挂相应的隔离牌，如接触隔离、空气隔离、飞沫隔离。

5、若为甲类传染病患者，手术人员在日常手术着装外应加穿抗湿的防护服；若为空气传播疾病的患者，手术人员应戴呼吸防护器（如 N95 口罩）；若可能发生血液、体液暴露，应穿抗湿隔离衣或防护服和鞋套，戴防护面罩。

6、手术间外应配备 1 名巡回护士，以便传递短缺物品。

（二）术中

应始终保持手术间房门关闭，负压手术间应经常观察其负压维持情况，必要时联系工程人员协助处理。

（三）术后

1、手术中未使用的物品使用清洁包布集中打包，由手术间外护士使用清洁污衣袋收纳，注明感染性标识后，由相关部门按照相应标准操作规程处理。

2、可重复使用的诊疗器械、器具和物品的处理操作流程应遵循国家卫计委消毒供应中心相关规范要求。

3、普通手术间，医务人员在手术间按照规定脱卸防护用品；负压手术间，医务人员在缓冲间脱卸防护用品。脱卸防护用品时应严格遵循个人防护用品（PPE）穿脱标准操作规程。

（四）环境清洁

1、空气：普通手术间动态空气净化器应继续开启 30min；负压手术间负压循环应继续开启至少 30min，并使用相应有效浓度的消毒剂喷洒消毒回风口过滤网，消毒时间达到 30min 以后再拆卸清洗。

2、物体表面：清洁消毒人员应按照相应隔离标准操作规程的相关要求做好个人防护。先使用清水擦抹各种物体表面，注意擦拭顺序应从污染较轻的表面到污染较重的表面；再使用相应浓度的消毒剂擦拭消毒，保留 30min 以后再使用清洁抹布清除残留消毒剂。

3、地面：地面有明显污染时，应先使用消毒剂覆盖消毒，再按照常规清洁消毒程序处理。

YG-ZD-034：重症监护室医院感染管理制度

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

一、工作人员应遵循标准预防原则，配备足量方便取用的个人防护用品。进入 ICU 需穿工作服，戴口罩，帽子，必要时可穿鞋套或更换专用鞋。

二、应严格执行手卫生制度。

三、患有呼吸道感染、腹泻等感染性疾病时，应避免接触病人。

四、医护人员应接受医院感染防控相关知识的培训，卫生保洁人员应接受消毒隔离知识和技能的培训。

五、应将疑似感染、感染与非感染病人分区安置。

六、多重耐药菌、泛耐药菌感染或定植患者，宜单间隔离，如房间不足，将同类耐药菌感染或定植者集中安置，并设醒目的标识。

七、尽量减少不必要的探视，进入病室探视病人前，和结束探视离开病室时，应洗手或用快速手消毒液消毒双手。

八、环境管理：保持空气清新，各类物表每日消毒擦拭，有血液或体液污时，立即使用消毒剂擦拭，各室抹布应分开使用，用后清洗消毒，晾干分类放置。

九、做好医院感染的各项监测及感染预防与控制工作。

十、严格执行 WS/T 509--2016《重症监护病房医院感染预防与控制规范》。

YG-ZD-035：新生儿科医院感染管理制度

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

- 一、工作人员身体健康，无传染病，定期进行健康体检。
- 二、凡患有急性呼吸道感染、胃肠炎、皮肤软组织感染等，应暂时避免接触患儿。
- 三、严格执行探视制度，探视者洗手或手消毒后方可接触婴儿。在感染性疾病流行期间，禁止探视。
- 四、环境管理：母婴室环境清洁、空气清新、通风良好，室内温度保持在 24-26℃，湿度 50%-60%。
- 五、每日用含氯消毒液或消毒纸巾擦拭室内物体表面。
- 六、病室每天上下午各开窗通风一次，同时用动态循环风消毒机进行空气消毒，每季对使用中的消毒液、物体表面和医护人员手卫生等进行微生物监测。
- 七、为婴儿哺乳前应洗手，哺乳用具一婴一用一消毒，隔离婴儿用具单独消毒灭菌，以防交叉感染。
- 八、婴儿用眼药水、扑粉、浴液、浴巾及治疗用品等应一婴一用，避免交叉感染。遇有医院感染流行时应严格执行分组护理的隔离技术。
- 九、所有人在接触婴儿前后均需认真洗手或快速手消毒剂进行消毒。
- 十、新生儿出院后，床单位、保温箱等应进行终末消毒。

YG-ZD-036：血透室医院感染管理制度

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

- 一、布局合理，设有普通病人血液透析间(区)、隔离病人血液透析间(区)。
- 二、医护人员进入血液净化室应着清洁工作服和工作鞋，戴帽子、口罩。
- 三、严格执行《医务人员手卫生规范》。
- 四、严格执行无菌操作，并按照标准预防的原则，落实个人防护措施。
- 五、在进行首次透析、转院透析治疗前及透析治疗后每半年对患者进行经血传播疾病相关标志物的检查，传染患者透析在隔离专区内进行，固定床位，专机透析，急诊患者应专机透析。
- 六、加强医护人员消毒灭菌知识和医院感染知识的培训，提高个人防护和医院感染控制意识。
- 七、保持室内清洁、干燥，室内每日通风换气不少于 2 次，每日用空气消毒机消毒空气 2 小时，限制流动人员，治疗和护理操作时禁止探视。
- 八、保持透析室地面、桌面等物体表面清洁、干燥，每班进行消毒；透析机表面每台每次进行消毒；有可见污染时用含氯消毒液擦拭，床单及被套一人一更换。
- 九、每透析一人根据透析机的型号和要求对透析机进行清洗消毒。
- 十、每月对透析用水、透析液等进行细菌学监测，每季度对内毒素进行检测并保存记录。
- 十一、禁止一次性使用的透析器、管路等重复使用。
- 十二、定期监测消毒剂有效浓度，消毒剂配制和保存方法适当，有效含量准确。盛放消毒剂的容器定期消毒或灭菌。
- 十三、定期对水处理系统进行维护与消毒并有记录。
- 十四、对透析中出现发热反应的患者，及时进行血培养和透析液培养，查找感染源，采取控制措施。
- 十五、医疗废物管理：按照医疗废物管理规范执行。

YG-ZD-037：内镜室医院感染管理制度

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

一、内镜室设立病人候诊室（区）、诊疗室、清洗消毒室、内镜储藏室、储存柜等，并保持室内通风良好。

二、不同部位内镜的诊疗工作必须分室进行；不同部位内镜的清洗消毒设备必须分开。

三、内镜及附件用后应严格按照规范进行清洗、消毒。

四、进入人体消化道、呼吸道或粘膜的内镜，如喉镜、气管镜、支气管镜、胃镜、肠镜、乙状结肠镜、直肠镜、阴道镜等，必须达到高水平消毒。

五、凡进入人体无菌组织或穿破粘膜的内镜附件，如活检钳、高频电刀、网篮等，必须灭菌；根据其特点采用压力蒸汽灭菌或低温灭菌。

六、每日诊疗工作结束后，内镜浸泡消毒时间应延长至 30 分钟。必须对吸引瓶、吸引管、清洗槽、酶洗槽、冲洗槽进行清洗消毒。

七、内镜室应做好每条内镜的使用及清洗消毒情况，包括诊疗日期、患者标识与内镜编号（均应具唯一性）、病人姓名、清洗起止时间、消毒起止时间、操作起止时间及操作人员姓名等。

八、操作和清洗内镜时应穿防渗围裙或外衣，戴橡胶手套，配备防护眼镜或面罩等。

九、消毒灭菌效果监测：每日监测使用中消毒剂的有效浓度，记录保存，消毒剂若低于有效浓度应立即更换。

十、每季对消毒后内镜进行细菌学监测。

十一、严格遵守《软式内镜清洗消毒技术规范 WS507--2016》。

YG-ZD-038：介入科(导管室)医院感染管理制度

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

- 一、建筑布局：布局合理，洁污分开。物品按照无菌、清洁、污染分开有序摆放。
- 二、人员管理：凡进入室内的工作人员，必须更换专用的衣、裤、帽、口罩、鞋等，帽子必须盖住头发，外出时应更换外出鞋，穿外出衣。手术完毕后，衣裤、口罩等须放到指定地点。
- 三、医护人员应严格消毒隔离措施和无菌操作规程。操作前应进行外科手消毒。
- 四、医护人员应做好自身防护。
- 五、各类物品消毒灭菌符合国家规范。
- 六、室内应保持清洁、整齐、干燥。
- 七、遵守一次性使用无菌器械用品的相关管理规定，产品证照齐全。
- 八、耗材按照相关要求进行管理，一次性使用耗材禁止重复使用。
- 九、可复用的器材、器具的清洁、清洗消毒灭菌由消毒供应中心统一集中规范处理。
- 十、严格执行《医疗废物管理条例》，认真做好医疗废物的分类、收集、转运、交接、登记等工作。

YG-ZD-039：产房医院感染管理制度

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

- 一、布局合理，严格区分限制区、半限制区、非限制区；物品洁污分开，摆放有序。
- 二、室内墙、天花板、地面无裂隙，表面光滑。
- 三、有普通分娩室及隔离分娩室。
- 四、严格参观、实习和陪护制度，最大限度的减少人员流动。
- 五、凡进入分娩室的工作人员，必须戴口罩、帽子、换鞋等。
- 六、患呼吸道感染性疾病或有感染性伤口时，暂停接产工作。
- 七、接产前必须外科手消毒。
- 八、严格执行无菌技术操作规程。
- 九、采用动态空气消毒机消毒空气。
- 十、保持分娩室内地面及物体表面的清洁、干燥。
- 十一、传染病产妇安置在隔离分娩室分娩，按消毒隔离技术规程助产，用后的一次性用品及胎盘必须放入双层黄色塑料袋内密闭运送，房间应严格进行终末消毒处理。
- 十二、为急诊产妇及传染病产妇接产应做好职业防护（如戴护目镜、穿防水围裙等）。

YG-ZD-040：口腔科医院感染管理制度

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

- 一、布局合理，诊疗区分区明确，物品按照无菌、清洁、污染分开有序摆放。
- 二、医护人员应遵守无菌操作规程，操作前后必须洗手。
- 三、工作人员操作时，必须戴口罩、帽子，必要时戴防护眼罩。
- 四、保持室内空气流通，每日紫外线空气消毒。
- 五、各类物品消毒灭菌监测符合国家规范。
- 六、室内应保持清洁、整齐、干燥，物表和地面每日消毒 2 次，如有血迹、排泄物、呕吐物等污染时，立即用 500mg/L 含氯消毒液擦拭。
- 七、遵守一次性使用无菌器械用品的管理规定，一次性物品不得重复使用。不得使用未经注册、无合格证明、过期、失效或者被淘汰的医疗器械。
- 八、严格执行《医疗废物管理条例》，认真做好医疗废物的分类、收集、转运、交接、登记等工作。
- 九、严格遵守《口腔器械消毒灭菌技术操作规范 WS 506--2016》

YG-ZD-041：检验科医院感染管理制度

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

一、布局合理，符合功能流程和洁污分离的要求，分为清洁区、潜在污染区和污染区。

二、天花板、墙壁、地面无裂隙，表面光滑，排水系统良好，便于清洁和消毒。设有流动水洗手设施，手卫生设施配备完善。

三、保持室内清洁，每天对空气、各种物体表面及地面进行常规消毒，抹布和拖把等清洁工具各室专用，不得混用，用后消毒清洗晾干。

四、对于有明显产生传染性气溶胶的操作，特别是可通过呼吸道传播又含有高度传染性微生物的操作，必须在生物安全柜内进行。

五、具有传染性的标本或培养基外溢、溅泼或器皿打破洒落于表面，应立即用消毒液擦抹，拖把用后浸于消毒液内消毒处理、清洗晾干备用。

六、若离心时出现离心管未密封、试管破裂、液体外溢的情况，应消毒离心机内部。

七、工作人员必须按“标准预防”原则做好防护，严格执行手卫生制度。

八、严格执行无菌技术操作规程，静脉采血必须一人一针一管一巾一带；对微量采血应做到一人一针一管一片；对每位病人操作前洗手或手消毒。重复使用的物品做到一用一消毒。检验人员结束操作后应及时洗手。

九、严格遵守有关的实验室生物安全规定，菌种、毒种按有关法规制度进行管理。需要存贮的标本严格按相应的隔离要求存放。

十、废弃标本、容器以及垃圾应用双层医疗废物袋包装，按感染性废物处理。

十一、医疗废物中病原体的培养基和菌种、毒种保存液等高危险废物在交医疗废物集中处置前必须就地进行压力蒸气灭菌，灭菌监测效果做好记录。

YG-ZD-042：输血科医院感染管理制度

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

一、布局合理，设清洁区、潜在污染区和污染区。

二、进入输血科的血液及试剂必须有国家卫生行政部门和国家药品监督管理部门颁发的许可证。

三、必须严格按卫生部颁布的《医疗机构临床用血管理办法(试行)》和《临床输血技术规范》规定和程序进行管理和操作。

四、工作人员接触血液必须戴手套，脱手套后必须洗手。一旦发现体表污染及刺伤，应该及时处理并及时报告感染管理科，科内亦做好记录。

五、储血冰箱应专用于储存血液及血液成分，定期清洁和消毒，防止污染。每季对冰箱的物表及空气进行生物学监测，不得检出致病性微生物和霉菌。

六、感染病人自体采集的血液应隔离储存，并设明显标识。

七、保持室内清洁，每天操作前后及时对工作台面、桌面用消毒液擦拭消毒，有污染时随时消毒，室内地面每天湿式拖地二次，有污染时立即用消毒液擦拭消毒，每周对环境进行一次彻底消毒。

八、一次性使用医疗用品、废血和血液污染物必须分类收集，统一按感染性医疗废物处理。

YG-ZD-043：病理科医院感染管理制度

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

一、布局合理，严格区分污染区、潜在污染区和清洁区。标本接收室、取材室应有紫外灯等消毒设备。标本取材室应设置洗手池、洗眼器等安全设备。

二、工作人员须穿工作服，操作时戴口罩、帽子、防护眼罩和手套，必要时穿隔离衣。

三、保持室内空气新鲜。标本取材室、制片室等的甲醛、康莱有害浓度应在规定范围内，定期检测。

四、工作中产生的康莱、甲醛等液体必须统一采用专用仪器回收处理，严禁随意倒入下水道，回收时应有回收处理记录。

五、检查标本前须戴手套、检查时不得触摸检查台以外之器具。工作后，各操作台用 500mg/L 含氯消毒液擦拭消毒，擦拭的抹布用后 500mg/L 含氯消毒液浸泡消毒，用流动水冲洗干净后晾干备用。

六、每日下班前室内用紫外线照射消毒 60 分钟，每半年检测紫外线强度一次，并记录在册。

七、废弃的组织标本放在标本固定液中保存，定期清理，用黄色垃圾袋封口后按病理性废物收集。

八、医疗废物按本院医疗废物管理制度执行及考核、做好交接登记，资料存档。

九、保持室内清洁卫生；每天对空气、各种物体表面及地面进行常规消毒；在进行特殊传染病检验后，应立即处理，防止扩散，各种器具应及时消毒、清洗，每周对各操作台面、各仪器设备进行一次彻底的清洁。

YG-ZD-044：感染性疾病科医院感染管理制度

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

- 一、病区布局合理，门诊独立设区，有明显标识。严格划分清洁区、潜在污染区、污染区，做到无交叉。
- 二、医务人员相对固定，并限制活动范围，减少医源性传播机会。
- 三、每日开窗自然通风，并对空气进行紫外线照射消毒。
- 四、地面及物体表面消毒：地面要湿式拖扫，其他物表、诊疗设备等常规消毒灭菌后，清洁干燥保存备用。
- 五、工作人员使用后的隔离衣装入双层污衣袋扎紧袋口，集中处置。
- 六、感染性疾病科所有垃圾均为医疗废物，必须用黄色垃圾袋收集。
- 七、病人出院、转院后，对空气、物体表面进行终末消毒。
- 八、感染性疾病科工作人员的着装应遵守隔离规范的要求。
- 九、病人近距离操作时戴护目镜，吸痰、气管切开、气管插管等操作时，要戴全面型呼吸防护器。
- 十、每接触一个病人后立即洗手或卫生手消毒。

YG-ZD-045：医院消毒隔离制度

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

- 一、医务人员要严格执行操作规程，衣帽整洁，接触患者前后要洗手。
- 二、病区要保持清洁，定时通风换气，患者出院后床单位要终末消毒。
- 三、无菌、清洁、污染物品要分开放置，无菌物品必须在有效期内使用。
- 四、使用中的消毒液浓度符合要求，消毒液按时更换，消毒设备定期保养维修。
- 五、疑似传染病和有特殊感染的病人应进行隔离，一切用品单独处理。
- 六、消毒药械、一次性医疗用品必须证件齐全。

YG-ZD-046：门诊、急诊消毒隔离制度

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

- 一、急诊与普通门诊、儿科门诊分开，设单独出入口和隔离室。
- 二、建立预检分诊制度，发现传染病或疑似传染病患者，应到指定隔离诊室就诊。
- 三、所有诊室必须设置流动水洗手设备，并配备速干手消毒剂。
- 四、各诊室应定时通风，诊疗桌、诊疗椅、诊疗床等每天清洁，被血液、体液污染后应及时进行擦拭消毒处理。
- 五、与病人皮肤直接接触的诊疗床单、诊疗巾要一人一用一消毒。听诊器每天用 75% 酒精进行擦拭消毒；血压计袖带保持清洁，每日更换，如有可见污染随时消毒处理。
- 六、所有急救器材必须在灭菌的有效期内使用，做到一人一用一消毒或灭菌。
- 七、所有工作人员在接诊过程中必须严格执行无菌操作规程并做好自我防护。每次诊疗操作前后必须认真洗手或手消毒。
- 八、传染病门诊(肝炎、肠道门诊等)应按相关规定做到诊室、人员、器械固定；肠道门诊应设立专用厕所。传染病患者离开诊室后，应视传染情况选择相对应的终末消毒措施。
- 九、诊疗过程中产生的医疗废物按感染性废物处理。

YG-ZD-047：注射室消毒管理制度

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

一、布局合理，清洁区、污染区分区明确，标志清楚，设置流动水洗手设备或速干手消毒液，每次注射前后应洗手或手消毒。

二、注射室工作人员必须严格执行无菌操作规程。

三、无菌物品存放柜应每日进行清洁，无菌物品按日期依次放入柜内，不得有过期物品；一次性使用无菌用品应除去中包装，分类存放。

四、注射时必须一人一针一管，用后必须按相关规定将注射针头放入锐器盒内，同时注意做好个人职业防护，防止被针头刺伤。

五、室内每日开窗通风，保持空气新鲜，每日用紫外线灯照射消毒，并做好登记。

YG-ZD-048：病房消毒隔离制度

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

一、病人的安置应实施标准预防的原则，根据疾病的传播途径采取相应的隔离措施；对已确诊的传染病人应立即转科或转院隔离治疗，在未转之前，必须采取相应的隔离治疗措施。

二、传染病人应在指定的范围活动。

三、凡遇有特殊感染的病人，应严密隔离，用过的房间要消毒，对其被褥、衣服必须消毒，医护人员出入病室必须穿隔离衣、帽、鞋。

四、病人的被套、床单、枕套做到随脏随换。禁止在病房、走道上清点衣被。

五、病室内要保持环境整洁，经常通风换气。必要时用紫外线或紫外线循环风动态消毒剂进行空气消毒，地面应湿式清扫，遇污染时及时清洁消毒。

六、病床每天湿式清扫一次，一床一套；床头柜等物体表面每天擦拭一次，一桌一抹布，用后消毒，有污染的物体表面随时消毒。

七、治疗室、病房、厕所等的拖把，应标识清楚，分开清洗，用后集中清洗、消毒，干燥保存。

八、血压计袖带应保持清洁，被污染时应及时进行清洗与消毒。听诊器保持清洁，接触病人后及时消毒。体温计用后放入消毒液内浸泡消毒，清水冲洗后晾干备用。

九、患者出院、转科或死亡后，必须进行床单元的终末消毒，其它物品按病室消毒隔离措施执行。

YG-ZD-049：检验科消毒隔离制度

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023年4月24日

生效日期：2023年9月1日

修 订 人：张 慧

页 码：第1页，共1页

- 一、布局合理，工作区与生活区分开。
- 二、工作人员进入工作区必须穿工作服，戴工作帽，操作时做好个人防护措施。
- 三、静脉采血一人一针一管一巾一止血带，微量采血一人一针一管一片。
- 四、室内定时通风，每天对物表及地面进行常规消毒。
- 五、各种器具应及时清洗、消毒，废弃标本分类处理。
- 六、定期对科内消毒灭菌设施进行维护与检修，并做好记录，确保使用安全。

YG-ZD-050：消毒供应中心消毒隔离制度

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

一、室内布局和人物流向合理，不得逆行，去污区、检查包装灭菌区、无菌物品存放区分区明确。

二、工作人员必须遵守各项规章制度和各种技术操作规程。按要求着装上岗，衣帽整齐，出入工作间要更衣换鞋。

三、污染物品、清洁物品、未灭菌物品、已灭菌物品及其清洗工具，装卸器具输送车辆必须严格分开，每日用前用后均应清洗消毒。

四、可重复使用的医疗器械、器具和物品使用科室必须进行去污处理后，交供应室清洗、消毒、灭菌和供应。

五、特殊污染器械如：被朊毒体、气性坏疽、突发原因不明的传染病病原体污染的器械、器具和物品按卫生部 WS310 标准执行。

六、工作人员严格执行手卫生规范，不得跨区工作，非操作人员不得进入工作间，灭菌物品按时间顺序摆放，灭菌后物品转送走无菌通道。

七、每季对空气、无菌物品、台面及工作人员的手等进行一次环境卫生学监测，结果存档。

八、对科内消毒灭菌器械进行常规监测，定期维修保养与检测，并做好记录，确保安全。

九、严格遵守 2016 版消毒供应中心三个规范。

YG-ZD-051：新生儿科消毒隔离制度

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

- 一、布局合理，每婴一床，每张床占地面积不少于 3 平方米，床间距不少于 1 米。
- 二、工作人员入室前，必须洗手更衣、换鞋、戴口罩、帽子。非室内工作人员无工作联系，未经允许不得入内；非本室新生儿不得入室进行护理治疗、喂养。
- 三、严格探视制度。
- 四、接触患儿前后要洗手或涂抹手消毒剂。
- 五、婴儿用具一婴一用一消毒，隔离患儿用品单独使用后双消毒。
- 六、室内应湿式清洁，空气每天定时消毒，每季对空气、物表及工作人员的手进行一次环境卫生学监测，结果存档。
- 七、工作人员定期进行体检，对患感染性疾病者，暂时调离岗位。
- 八、定期对科室消毒灭菌设备进行维护保养与检修，并作好记录，确保使用安全。

YG-ZD-052：手术室消毒隔离制度

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

一、布局合理，分限制区、半限制区和非限制区，洁污分开，分区明确，每一手术间限置 1 张手术台，在靠近入口处设隔离手术间。

二、手术室工作人员必须严格遵守无菌操作原则，保持室内肃静和整洁。进入手术室必须更衣换鞋，外出必须更换外出衣和鞋，病人入室需更衣、戴帽。

三、工作人员患上呼吸道感染者或其他感染性疾病暂不进行手术室工作。

四、患感染性疾病患者的手术应在隔离手术间内进行，术后及时进行清洁消毒，术后用品一律单独处理。

五、严格控制参观人数，参观人员不可任意进入其他手术间。进手术室见习、参观，必须经科主任、护士长同意。

六、一切清洁工作均应湿式打扫。各手术间物体表面及地面每日晨用消毒液擦拭，每周手术间彻底清扫消毒 1 次，每季对空气、物体表面和灭菌后的物品进行一次环境卫生学监测，结果存档。

七、手术室所有灭菌物品必须每日检查 1 次，按灭菌日期先后排序依次使用。

八、洁净手术间的净化设备应专人进行维护与保养并记录，各项技术指标符合标准。

九、对科内消毒灭菌器械进行常规监测，定期进行维护保养与检测并做好记录，确保使用安全。

YG-ZD-053：感染性疾病科消毒隔离制度

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

- 一、病区内三区明确，设污染区、潜在污染区、清洁区，标志醒目，设置合理。
- 二、保持室内清洁，病房定时通风，每日空气消毒，拖洗地面，床头柜及椅子每日擦拭，抹布专用，定期消毒。
- 三、洁污物品分开放置，有消毒设备，并定时对设施、设备、医用物品及环境进行消毒。
- 四、工作人员衣帽整洁，采取标准预防措施，在诊疗、护理每个病人和接触污染物品后，应严格按照手卫生规范，及时进行洗手和消毒，工作人员应有必备的防护用品。
- 五、不同传染病应分区安置，特殊感染病人必须置单独的房间，所有用物单独处置。
- 六、病人用过的医疗器械、用品等做好消毒处理，病人出院后终末消毒。
- 七、传染病人在规定范围内活动，不互串病房和随便外出，防止交叉感染。
- 八、每季对物表、消毒液及工作人员的手等进行一次环境卫生学监测，结果存档。
- 九、定期对科室消毒灭菌设备进行维护、保养与检修，并做好记录，确保使用安全。

YG-ZD-054：分娩室消毒隔离制度

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023年4月24日

生效日期：2023年9月1日

修 订 人：张 慧

页 码：第1页，共1页

- 一、布局合理，严格划分三区：清洁区、潜在污染区、污染区，区域之间标志醒目。
- 二、工作人员进入产房应更衣、换鞋，戴帽子、口罩，非产房工作人员严禁入内，限制产房内工作人员数量。
- 三、产房内应湿式清扫，空气每天定时消毒，每季对空气、物表及工作人员的手进行一次环境卫生学监测，结果存档。
- 四、对患有或疑似传染病的产妇，应隔离待产及分娩，所有用物单独处置。
- 五、无菌物品摆放整齐，所有接生用品一用一灭菌，一人一份使用。
- 六、接送病人的平车每日清洗，保持清洁，接送隔离病人后严格消毒，并做好记录。
- 七、工作人员定期进行体检，对患感染性疾病者，暂时调离岗位。
- 八、对科室消毒灭菌设备定期进行维修保养与检修，并做好记录，确保使用安全。

YG-ZD-055：内镜室消毒隔离制度

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

- 一、室内布局合理，清洗消毒室和内镜诊疗室分开，清洗消毒室通风良好。
- 二、进入人体无菌组织、器官或者经外科切口进入人体的内镜及附件和穿破粘膜的内镜附件、活检钳、高频电刀必须灭菌。凡进入人体消化道、呼吸道的内镜必须达到高水平消毒。
- 三、工作人员清洗内镜时应穿专用工作服，防渗透的围裙，戴口罩、帽子、手套等。
- 四、内镜清洗在专用清洗设备内进行，不同位置内镜的清洗消毒设备分开，标识明确。
- 五、配备与工作量相应的内镜、活检钳，内镜清洗消毒记录齐全。一次性活检钳禁止重复使用。
- 六、室内打扫必须采用湿式清扫，每日开窗通风，空气消毒。每日诊疗工作结束后必须对工作环境及器械清洗消毒。
- 七、每季对内镜进行一次环境卫生学监测，结果存档。
- 八、对科内消毒灭菌设施进行定期维护保养与检修，并做好记录，确保使用安全。
- 九、严格遵守《软式内镜清洗消毒技术规范 WS507--2016》。

YG-ZD-056：介入（导管室）消毒隔离制度

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

一、布局合理，限制区、半限制区、非限制区分开。

二、凡是进入导管室人员必须更衣，换鞋，戴工作帽。未经允许，谢绝参观。室内禁止吸烟及大声喧哗。

三、导管室每天进行地面、手术床、墙壁及机器擦拭清洁二次，室内保持空气流通，保持一定的温度和湿度，每个工作日都要进行空气消毒，每周大扫除一次。

四、无菌物品和非无菌物品应分别放在固定位置，不能混放。无菌物品按灭菌日期先后顺序摆放整齐。

五、手术器械按规范送供应室清洗、消毒、灭菌。

六、凡规定一次性使用的物品不可回收再用，应放入黄色医疗废弃专用包装袋内，按医疗废物处理。

七、导管室每季对手术间空气，物体表面、医务人员手等采样进行一次环境卫生学监测，结果存档。

八、对科内消毒灭菌设施做好定期维护保养与检修，并做好记录，确保使用安全。

YG-ZD-057：口腔科消毒隔离制度

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

一、布局合理，诊疗区和器械清洗消毒区域分开。

二、医务人员治疗操作时戴口罩、帽子，操作前后必须洗手或手消毒，必要时戴防护眼罩。

三、凡接触病人伤口、血液、破损粘膜的口腔器械使用前必须灭菌，接触完整粘膜皮肤的口腔器械使用前必须消毒。

四、无菌物品和非无菌物品应分开放置，每天检查无菌器械的消毒时间，并按消毒灭菌日期先后顺序摆放整齐。

五、器械消毒灭菌按冲洗→ 洗涤→ 漂洗→ 终末漂洗→ 消毒→ 润滑→ 干燥→ 灭菌的程序进行。

六、室内每天用紫外线灯管照射一次。

七、每天操作结束后对治疗台、桌面、器械台等物体表面用消毒液擦拭消毒。每季对消毒灭菌物品、物体表面、医务人员手等进行一次环境卫生学检测，结果存档。

八、对科内消毒灭菌设备进行常规检测，定期进行维护保养与检修并作好记录，确保使用安全。

YG-ZD-058：血液透析室消毒隔离制度

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

一、布局合理，设普通病人血液净化间、隔离病人血液净化间、治疗室、水处理室等。

二、血液透析工作人员必须严格遵守无菌操作原则。

三、血液透析治疗室是每日早、中、晚（每班患者透析前后）开窗对流通风 30 分钟，每日治疗结束后紫外线照射消毒 1 小时。

四、传染病患者血液净化在隔离间进行，固定床位，专机透析后终末消毒。急诊病人专机透析。

五、血液透析机定期消毒，透析器管路应一次性使用。

六、血液透析治疗室一切清洁均应湿式打扫，地面及物体表面每日擦拭 2 次。

七、每月对透析室进行一次环境卫生学监测，结果存档。

八、定期对工作人员进行体检。

YG-ZD-059：重症医学科消毒隔离制度

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

一、重症监护病房布局合理，洁污分开，医疗区、医疗辅助用房区域、污物处理区域等应相应独立。按规定配备洗手设施设备，每床单位配备速干手消毒剂。

二、工作人员进入 ICU 时，要穿专业工作服、带帽子、口罩和洗手。患有感染性疾病的工作人员不得进入 ICU。

三、严格执行各项技术操作规程和工作人员手卫生规范，做每一项操作要洗手或手消毒，必要时做好个人防护措施。

四、洁净 ICU 空气压力、湿度及温度达到规定要求，并进行日常维护登记。

五、医疗区域的物体表面每天清洁消毒 1-2 次。

六、每个床单位所用的血压表、听诊器、床头物品、供氧装置等必须经过清洁、消毒后方能转给他人使用。

七、严格限制探视人数，探视者宜穿专用工作服，探视服专床专用，探视日结束后清洗消毒，探视结束后做好洗手或手消毒。

八、每季对室内空气、物表、工作人员手、消毒液等进行一次环境卫生学监测，结果存档。

九、感染病人与非感染病人分开安置，特殊感染病人单独安置。

十、对科内消毒灭菌设备做好定期维护保养与维修，并做好记录，确保使用安全。

十一、严格遵守《重症监护病房医院感染预防与控制规范 WS/T509--2016》。

YG-ZD-060：治疗准备室消毒隔离制度

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

一、治疗准备室布局合理，仅允许本岗位医务人员佩戴口罩进入，操作前应洗手，凡私人用物不得带入。

二、治疗准备室无菌与非无菌物品严格分开放置，使用无菌物品时应严格执行无菌操作原则。

三、室内物表每日用消毒液擦拭，地面湿式清扫，用紫外线消毒室内空气，自然通风每日两次，每次 30 分钟，保持室内空气新鲜。

四、抽出的药液、开启的静脉输注无菌液必须注明启用时间，超过 2 小时不得使用。

五、各种治疗注射应一人一针一管一用，用后针头立即放入锐器盒内，针管及一次性输液器应放专用容器内。

六、取用无菌物品时必须用持物钳或持物镊，碘酒、酒精等消毒液开启后注明开启日期与时间，密闭存放，尽快用完。

七、对特殊感染病人应与一般病人分开注射，所用物品器械单独处理。

YG-ZD-061：外科换药室消毒隔离制度

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

- 一、换药前必须按要求认真洗手、戴口罩和帽子。
- 二、碘酒、酒精等消毒液开启后注明开启日期和时间，密闭存放，尽快用完。
- 三、保持室内清洁，室内物品每日用消毒液擦拭消毒；地面湿式清扫，有专用拖把及抹布，用后消毒。空气每日紫外线或循环风紫外线消毒机照射消毒；每季做环境物表卫生学检测一次。
- 四、室内禁止存放与工作无关物品。
- 五、无菌伤口与污染伤口必须分区或分时段换药，各种治疗、护理及换药操作应按清洁伤口、感染伤口、隔离伤口依次进行，特殊伤口如气性坏疽、破伤风等应就地（诊室或病房）处置，严格隔离处置后，严格进行终末消毒，此类病人不得进入换药室。
- 六、感染性敷料等污物应放入黄色医疗废物袋内，每日作为医疗垃圾及时清运。

YG-ZD-062：婴儿护洗室消毒隔离制度

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

一、工作人员进入室内接触婴儿前后应洗手，非工作用品禁止携带入室，婴儿所用的被褥、衣物、尿布和浴巾以及婴儿游泳所用物品，必须经过消毒处理后一婴一用，避免交叉感染。

二、遇有医院感染流行时，必须严格执行分组护理的隔离技术。

三、严格执行一人一针一管一用一消毒制度。

四、婴儿患有感染性疾病时，应及时与其他正常婴儿隔离，如脓包疮、新生儿眼炎、鹅口疮等。

五、患有皮肤化脓及其他感染性疾病的工作人员，应及时停止与婴儿的接触。

YG-ZD-063：医院医用织物洗涤消毒隔离制度

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

一、医院洗涤公司布局合理，清洁区、污染区分开，两区之间应由完全隔离屏障，各区域及功能用房标识明确，通风采光良好，在对使用后医用织物实施收集、分拣、洗涤消毒、整理、储存时应由污到洁，不交叉，不得逆流，防止发生交叉污染。污染区有空气消毒设施，室内地面和工作台应坚固平整，装饰材料耐水、耐腐蚀性，排水实施完善，有防有害生物防制设施。

二、衣物、被服应在指定的清洁间内进行收集清点，严禁在病房、走廊内收集清点，专车专线运送，运送车辆洁、污分开、标识明确，每日清洗消毒。

三、洗涤设备、用水及用品质量符合有关规定并满足工作需要。有医用织物洗涤消毒工作流程、分类收集、洗涤消毒、卫生质量监测检查、清洁织物储存管理、安全操作、设备与环境卫生保洁及从业人员岗位职责、职业防护等制度。清洗质量符合清洁织物卫生质量要求。医用织物分类收集、运送、储存、洗涤与消毒均按《医院医用织物洗涤消毒技术规范》的要求落实。

四、对所有工作人员的衣物、收回的无菌包布，每次要单独消毒处理，先用消毒剂浸泡，后进行清洗。清洗后的衣物、包布应单独管理发放。

五、使用过的污衣袋应随污染衣物进行清洗、消毒。污物车每天必须用消毒液擦拭，并严格区分使用。

六、保持工作环境整洁，室内门、窗、桌、椅以及地面每日上班前必须用清水进行擦拭，污染区内有空气消毒设施，下班后要用消毒液擦拭或冲洗一次，每周大扫除。对收回未洗的被服应放置规范，不准随地乱扔、乱放。

七、工作人员必须做好个人防护，工作时必须穿戴好工作衣帽、口罩及鞋，每次工作完毕后，必须做好手的清洗、消毒工作。

八、洗衣房有专职质检员，落实日常性质检工作，质检有记录，科室与洗衣房之间对使用后医用织物和清洁织物有收集与交接记录，记录的保存期 ≥ 6 个月。

YG-ZD-064：营养食堂消毒隔离制度

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

一、营养食堂的配置、卫生及管理要求，食品与餐具的卫生要求以及对从业人员的管理要求，都必须严格执行《中华人民共和国食品卫生法》的规定。

二、营养食堂的布局合理，设专用的交通通道和出入口，设置有洗涤、消毒、更衣、通风、冷藏、防蝇、防尘、防鼠、污水排放和废弃物存放等设施。操作间、厨房入口必须设置洗手装置。

三、从业人员每年必须进行健康检查，取得健康证后方可从事该职业，科室必须建立健康档案。

四、从业人员必须注意个人卫生，工作人员穿工作服，戴工作帽、口罩，洗净双手后方可进入操作间，外出不得穿工作服，非营养食堂工作人员不得随意进入工作间。

五、保持室内卫生，操作台、各种物表及地面每日必须进行常规清洁，必要时用消毒液消毒，有污染时立即消毒。

六、凉菜间、裱花间以紫外线灯作为空气消毒装置，专间内紫外线灯应分布均匀。每天用紫外线消毒 30-60 分钟。

七、餐具清洗消毒要严格执行“一洗、二清、三消毒、四保洁”的工作程序，消毒后的餐具存放于消毒保洁柜内，用餐前 30 分钟才能摆上餐桌。

八、食品加工必须做到清洁、无毒，必须注意凉菜加工环节的管理，防止食源性疾病的发生。

YG-ZD-065：消毒隔离多部门与科室协作管理制度

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

- 一、各科室要严格执行医院消毒隔离制度和本科室消毒隔离制度，每月进行质控。
- 二、院感科对临床科室消毒隔离制度落实情况进行督导检查，并落实质量控制。
- 三、医务科督查医生消毒隔离制度落实情况。
- 四、护理部督导各科护理人员做好消毒隔离工作。
- 五、总务科督导保洁员清洁卫生与消毒隔离工作落实。
- 六、检查结果要反馈给相关科室。

YG-ZD-066：医疗废物管理制度

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

- 一、各科人员掌握医疗废物的分类方法，严格分类收集，不得混放。
- 二、医疗废物包装物与容器应符合国家规定，外标识明确。
- 三、医疗废物分类收集并做好登记，与后勤部回收人员双方签字，内容完善，登记资料保存三年。
- 四、配备好必备的防护用品，如：手套、胶鞋、口罩、帽子、防渗漏围裙等，处理医疗废物时，做好个人防护，防止职业暴露。
- 五、使用后的医疗废物运送工具及时清洁、消毒。
- 六、不得买卖医疗废物，不得将医疗废物混入生活垃圾，不得露天堆放医疗废物，医疗废物暂存时间不得超过 2 天，贮存场所需防鼠、 防蝇、防蟑螂，防止渗漏和雨水冲刷。
- 七、发生因医疗废物处理不当导致环境污染，应及时采取必要的控制措施，上报卫生行政主管部门。
- 八、发生职业暴露时，应按职业暴露后的处理流程进行处理。

YG-ZD-067：医院污水管理制度

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

- 一、医院污水必须达到卫生部颁发的《医院污水排放标准》方可排放。
- 二、保持污水排放系统通畅，做好系统维修。
- 三、工作人员做好自身防护，采集污水时戴手套，操作后洗手。
- 四、做好日常监测工作，每日监测污水总余氯至少 2 次，每日测定水质、水量并做好记录。
- 五、在传染病流行期间，应增加污水处理消毒剂的投放量，保证污水处理的余氯含量>6.5mg/L。
- 六、污水处理原料妥善保管，合理配备。
- 七、保持污水处理站及周围环境的清洁。

YG-ZD-068：医疗废物分类收集制度（附：具体要求）

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 2 页

- 一、废物产生地点将医疗废物分类收集。
- 二、盛装医疗废物前，应当对废物包装物或者容器进行认真检查，确保无破损、渗漏和其它缺陷。
- 三、感染性废物、病理性废物、损伤性废物、药物性废物及化学性废物不能混合收集。
- 四、废弃的麻醉、精神、放射性、毒性等药品及其相关的废物管理，依照有关法律、行政法规和国家有关规定、标准执行。
- 五、化学性废物中批量的废化学试剂、废消毒剂由药剂科交由专门机构处置。
- 六、批量的含有汞的体温计、血压计等医疗器具报废时，应当由设备科交由专门机构处置。
- 七、医疗废物中病原体的培养基、标本和菌种、毒种保存液等高危险性废物，由检验科等产生单位首先在产生地点进行压力蒸汽灭菌或者化学消毒处理，然后按感染性废物收集处理。
- 八、隔离的传染病病人或者疑似传染病病人产生的具有传染性的排泄物，应当按照国家规定严格消毒，达到国家规定的排放标准后方可排入污水处理系统。
- 九、隔离的传染病病人或者疑似传染病病人产生的医疗废物应当使用双层黄色医疗废物袋包装，并及时密封。
- 十、盛装医疗废物的每个包装物、容器外表面有警示标识，放入包装物或者容器内感染性废物、病理性废物、损伤性废物等不得取出。

附件：

分类收集具体要求

1. 医疗废物分类收集方法见《湖北省医疗卫生机构医疗废物分类收集清单》。根据医疗废物的类别，将医疗废物分置于符合 HJ421-2008《医疗废物专用包装袋、容器和警示标志标准》的包装物或者容器内。
2. 医疗废物桶：放置于感染性废物和病理性废物产生地且方便收集的地方。

(1) 除了在处置室、换药室等常规放置医疗废物桶外，治疗室（仅限于治疗室内产生的医疗废物）、多重耐药菌感染患者床旁、感染性疾病科病室应放置医疗废物桶。

(2) 医疗废物桶在非使用状态时应加盖放置。

(3) 盛装的医疗废物达到包装物或者容器的 3/4 时，采用医疗废物收集的专用胶带扎口。

3. 利器盒：放置于损伤性废物产生地，方便使用。

(1) 根据临床科室需要选择合适大小的利器盒，采血器或抽血的注射器应不分离针头全部放入利器盒，利器盒装满 3/4 时 封口后转运。

(2) 治疗车上配备利器盒置于方便使用处，治疗过程中产生的锐器即刻放入利器盒，不应二次分拣。

4. 受条件所限配药与处置同室的（老病房）应分区管理，污染区摆放医疗废物桶和利器盒。

5. 医疗废物不需要毁形和浸泡消毒。

6. 集中处置方法为非焚烧方法，病理性废物应送殡仪馆焚烧处置。

7. 批量废弃的过期一般性药品，废弃的细胞毒性药物和遗传毒性药物、疫苗及血液制品，收集后交危险废物处置中心处置。少量的药物性废物可以混入感染性废物。

8. 使用后废弃的消毒剂和化学试剂排入医院污水系统；废弃的过期消毒剂、化学试剂原液和使用后的甲醛等化学性废液应交给获得《湖北省危险废物经营许可证》的单位（回收 HW49 类废物的单位）集中处置；二甲苯等化学性废液也可使用病理性废液回收处理。

9. 实验室废弃的尿液、引流液、脑脊液等标本直接排入污水处理系统。

10. 软包装输液袋（瓶）不属于医疗废物，可以交给有资质的回收公司（回收后不用于原用途、不做影响人民身体健康类的产品）。无法回收的应毁形后处理。玻璃输液瓶、一般性药物的小药瓶不属于医疗废物，可以交给有资质的回收公司（回收后不用于原用途、不做影响人民身体健康类的产品）。

11. 非感染性患者使用的尿不湿、纸尿裤、卫生巾、卫生纸、B 超耦合剂擦拭纸等接触患者完整皮肤的用品、各种器材、各种用品的外包装、药盒等不属于医疗废物。

YG-ZD-069：医疗废物储存制度

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

一、建立医疗废物暂时贮存设施、设备，不得露天存放医疗废物；医疗废物暂时贮存的时间不得超过 2 天。

二、必须与生活垃圾存放地分开，有防雨淋的装置，地基高度确保设施内不受雨水冲击或浸泡。

三、应有严密的封闭措施，设专人管理，避免非工作人员进出，以及防鼠、防蚊蝇、防蟑螂、防盗以及儿童接触等安全措施。

四、地面和 1 米高的墙裙须进行防渗处理，地面有良好的排水性能，易于清洁和消毒，产生的废水应采用管道直接排入医院污水处理系统，禁止将产生的废水直接排入外环境。

五、暂存间外宜设有水龙头，以供暂时贮存间用物清洗清洁。

六、避免阳光直射室内，应有良好的照射设备和通风条件。

七、室内张贴“禁止吸烟、饮食”的警示标识，室外的明显处张贴危险废物和医疗废物的警示标识。

八、医疗废物转交出去后，应当对暂时贮存地点、设施及时进行清洁和消毒处理。

九、暂时贮存病理性废物应当具备低温储存或防腐条件。

十、临床科室医疗废物暂存间：临床科室的治疗室、换药室、实验室等产生的医疗废物集中放置于科室医疗废物暂存间（污洗间或单独房间），便于回收人员及时转运。未设置的应及时转运到医院集中暂存间暂存，周转箱应密闭并采取安全措施，如加锁和固定装置，做到无关人员不可移动，外部设置警示标识。

YG-ZD-070：医疗废物交接登记制度（附：具体要求）

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

一、各科室在医疗废物产生时即按医疗废物种类进行分类收集，专用轧带严密扎口置入专用医疗废物周转箱内。

二、医疗废物运送人员按我院“医疗废物管理制度”的要求，用专用的车辆，按指定的时间及路线，将各科室医疗废物运送到医疗废物暂存间，并分类放入暂存间的周转箱内，严禁将医疗废物放在地面上。

三、运送员必须与科室及存放处做好医疗废物交接登记工作，填写“医疗废物交接记录本”，科室和回收人员核对并双签字。

四、后勤部人员督导存放处工友做好与黄冈市医疗废物集中处置中心人员交接登记工作，按要求填写医疗废物转移记录。

五、医疗废物交接登记的所有资料至少保存三年。

附件：

医疗废物交接登记具体要求

一、交接登记

包括科室与回收人员的交接登记、回收人员与暂存间人员的交接登记、暂存间人员与黄冈市医疗废物集中处置中心的交接登记。

二、特殊废物的登记：

（1）胎盘登记：产妇分娩后胎盘应当归产妇所有。传染病产妇的胎盘、产妇放弃或者捐献的胎盘，按照医疗废物处置。应建立胎盘处理登记本，并使医疗废物登记本和暂存间登记本记录每天的数量保持一致。

（1）取出的植入物登记：取出的植入物如钢钉、钢板等按照医疗废物处置。

YG-ZD-071：医疗废物包装运送制度

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

一、盛装的医疗废物达到包装物或者容器的 3/4 时，应使用专用轧带进行有效的封口，使包装物或者容器的封口严实、紧密。

二、包装物或者容器的外表面被感染性废物污染时，应对被污染处进行消毒处理或者增加一层包装。

三、盛装医疗废物的每个包装物、容器外表面应当有警示标识，在每个包装物、容器上应当系中文标签，中文标签的内容应当包括：医疗废物产生单位、产生日期、类别、重量及需要的特别说明。

四、运送人员在运送医疗废物前，应当检查包装物或者容器的标识、标签及封口是否符合要求，不得将不符合要求的医疗废物运送至暂时贮存地点。

五、医疗废物运送员使用专用医疗废物运送车，到各科室污物间内收集医疗废物，按规定的的时间和路线密闭运送到医疗废物暂存处，并与科室做好交接登记工作。在运送时，应当防止造成容器破损和医疗废物的流失、泄露和扩散，每天对运送工具及时进行清洁和消毒。

六、工人在处理、运送医疗废物时必须做好个人防护工作，穿工作服、戴口罩、帽子及橡胶手套，存放站工作人员还应穿水鞋。注意严禁戴着手套直接按电梯按键，工作完毕用洗手液及流动水认真清洗双手。

七、运送人员在运送医疗废物时，应当防止造成包装物或容器破损和医疗废物的流失、泄露和扩散，并防止医疗废物直接接触身体。

八、运送医疗废物应当使用防渗漏、防遗撒、无锐利边角、易于装卸和清洁的专用运送工具。

九、每天运送工作结束后，应当对运送工具及时进行清洁和消毒。

YG-ZD-072：医疗废物暂存间管理制度

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

一、暂存间需设置废物储存室和更衣办公室。暂存间应远离医疗区、食品加工区、人员活动区和生活垃圾存放场所。有严密的封闭措施，有专人负责管理，防止非工作人员接触医疗废物。

二、暂存间需防鼠、防蝇、防蟑螂，防止渗漏和雨水冲刷；地面易于清洁和消毒；避免阳光直射；应有医疗废物警示标识和“禁止吸烟、饮食”的警示标识。达到规范设置要求。

三、不得在非暂时贮存场所堆放或存放医疗废物；不得将医疗废物自行运出本院，不得接受非本院产生的医疗废物。

四、贮存的医疗废物要及时清运，贮存时间最长不得超过 48 小时，由专人管理，贮存时间超过时限集中处置单位仍未前来收集的，应当及时向后勤部报告。

五、收集、运送医疗废物的人员要有严格的防护措施，穿工作服、戴手套、工作帽等。

六、医疗废物每次清运后应当对暂时贮存场所和设备、设施进行清洁和消毒，污水应排入医院污水处理系统。

七、每天用紫外线灯管空气消毒 1 次，每次消毒时间为 1 小时。

八、紫外线灯管表面要保持干净，每周用含有 95%的酒精的纱布擦拭一次。

九、掌握在医疗废物分类收集、运送、暂存及处置过程中预防被医疗废物刺伤、擦伤等损害措施及发生后的处理措施。

十、在收集、运送、暂存医疗废物的过程中，要防止医疗废物流失、泄露、扩散和意外事故情况的发生；一旦出现医疗废物流失、泄露和扩散的意外事故，按我院《医疗废物流失、泄露、扩散和意外事件的应急预案》处理。

十一、严禁转让、买卖医疗废物。

YG-ZD-073：医疗废物处置职业安全防护制度

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

一、医疗废物相关工作人员应掌握有关医疗废物管理的相关法律、法规、规章等制度。

二、对医疗废物进行分类收集、运送、暂时贮存，掌握正确操作方法和操作程序，减少或杜绝意外事故发生。

三、执行医疗废物处理工作时应做好职业防护，穿工作服，戴长橡胶手套，穿长筒胶靴，戴口罩、帽子。医疗废物处理完成后立即按六步洗手法清洗双手。

四、医疗废物收集、运送、储存过程应当严防造成包装物或容器破损和医疗废物的流失、泄漏和扩散，并防止医疗废物直接接触身体，一旦泄露应及时更换盛放容器，并对污染区域彻底消毒处理。

五、医疗废物收集、运送、储存及处置过程中应注意预防被医疗废物刺伤、擦伤，如不慎发生刺伤、擦伤等须立即采取紧急处理措施并根据伤员情况进行预防接种。

六、职业暴露后，立即进行局部处理，向医院感染管理科报告备案、登记，感染性疾病科负责咨询和处置。

七、医疗废物相关工作人员需每年进行一次健康检查。

YG-ZD-074：非结核分枝杆菌感染控制制度

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

一、耐高温、耐高压的医疗器械、器具和用品应当首选压力蒸汽灭菌，尽量避免使用液体化学消毒剂进行浸泡灭菌。

二、消毒药械、一次性医疗器械、器具和用品应当符合国家有关规定。

三、一次性使用的医疗器械、器具和用品不得重复使用。

四、进入人体组织和无菌器官的相关医疗器械、器具及用品必须达到灭菌水平，接触皮肤、粘膜的相关医疗器械、器具和用品必须达到消毒水平。

五、医疗机构应当遵循无菌技术操作规程，规范使用医疗用水、无菌液和液体化学消毒剂等，防止二次污染。

六、湿化器、雾化器、呼吸机、婴儿暖箱的湿化装置应当使用无菌水。

七、抽吸的输注药液或者溶媒等开启后应当注明时间，规范使用，并避免患者共用。无菌液体开启后超过 24 小时不得使用。

八、使用液体化学消毒剂时，要保证其使用方法、浓度、消毒时间等符合有关规定。同时加强对使用中的液体化学消毒剂的浓度监测。

九、执行无菌技术操作规程，医务人员实施手术、注射、插管及其他侵入性诊疗操作技术时，应当严格遵守无菌技术操作规程和手卫生规范，避免因医务人员行为不规范导致患者发生感染，降低因医疗用水、医疗器械和器具使用及环境和物体表面污染导致的医院感染。

十、聚集性、难治性手术部位或注射部位感染时，应当及时进行非结核分枝杆菌的病原学检测及抗菌药物敏感性、耐药模式的监测，根据监测结果指导临床及时应用抗菌药物，有效控制非结核分枝杆菌医院感染。

十一、医疗机构发生非结核分枝杆菌感染的暴发时，应当按照《医院感染管理办法》、《医院感染暴发报告及处置管理规范》等有关规定进行报告。

YG-ZD-075：呼吸机相关肺炎预防控制制度（附：防控措施）

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 3 页

一、对 VAP 高危因素的患者，做好口腔护理。

二、如无禁忌症，应将床头抬高 30° - 45° 。

三、手术后患者（尤其是胸部和上腹部手术患者）早期下床活动。

四、患者正确咳嗽，必要时给予翻身、拍背、以利于痰液引流。

五、规范监测血糖，血糖过高时及时调节血糖水平。

六、不常规采用选择性消化道脱污染（SDD）来预防 VAP。

七、使用呼吸机的患者，还应考虑以下几点：

（一）严格掌握气管插管或切开适应症，使用呼吸机辅助呼吸的患者应优先考虑无创通气。

（二）如需插管，尽量使用经口的气管插管。

（三）每日停用镇静剂和停用呼吸机评估，是否撤机和拔管，减少插管天数。

（四）采用密闭式吸痰装置，吸痰时应严格遵循无菌操作原则，吸痰前后，医务人员应做好手卫生。

（五）呼吸机螺纹管和湿化器应每周更换 1—2 次，有明显分泌物污染时应及时更换，螺纹管冷凝水应及时倾倒，不可使冷凝水流向患者气道，湿化器添加水应使用无菌水，每天更换。

八、医务人员包括护工，定期进行有关预防措施的教育培训。

附件：

呼吸机相关性肺炎预防与控制措施

一、呼吸机相关肺炎（Ventilator-associated pneumonia, 简称 VAP）

建立人工气道（气管插管或气管切开）并接受机械通气时发生的肺炎，包括发生肺炎 48h 内曾经使用人工气道进行机械通气者。是医院获得性肺炎（HAP）的一个类型。

二、基本要求

1. 将呼吸机相关肺炎的预防与控制工作纳入医疗质量管理。
2. 确定呼吸机相关性肺炎预防与控制相关管理制度和操作流程。
3. 从事呼吸机相关工作的医务人员，应当掌握呼吸机相关肺炎预防与控制方面的知识，落实医院感染管理规章制度、标准操作规程和要求。
4. 医院感染管理科、医务科、护理部及其它医疗质量管理部门应督促临床科室严格执行呼吸机相关肺炎的各项预防与控制措施。
5. 开展重症监护病房呼吸机相关性肺炎的目标性监测，每季度进行分析、总结、反馈及持续改进。

三、医务人员

1. 开展呼吸机相关诊疗工作的有关部门的医护人员，应熟知所配类型的呼吸机操作规程。
2. 医务人员应严格遵守《医务人员手卫生规范》，执行手卫生制度。
3. 医务人员应在实施各项操作时，在标准预防的基础上，严格遵守《医院隔离技术规范》。
4. 医务人员出现呼吸道感染综合征，应避免直接接触患者。

四、患者管理

1. 若无禁忌症，患者床头应抬高，以 30-45° 为宜，并应协助患者翻身拍背及振动排痰。
2. 应使用有消毒作用的口腔含漱液进行口腔护理，每 6-8h 一次。
3. 实施肠内营养时，宜采用远端超过幽门的鼻饲管，避免胃过度膨胀，注意控制容量和输注速度，条件许可时应尽早拔除鼻饲管。
4. 应积极预防深静脉血栓形成。

5. 多重耐药菌感染应采取接触隔离措施。

7. 应规范人工气道患者抗菌药物的预防性使用。不宜常规使用口服抗菌药物进行选择性消化道脱污染。

五、气道管理

1. 严格掌握气管插管指征。对于需要辅助通气患者，应尽量采用无创正压机械通气（NIPV）。

2. 每日评估呼吸机及气管插管的必要性，尽早脱机或拔管。

3. 应定时抽吸气道分泌物。

4. 连续使用机械通气的患者，每周更换1次管路。

5. 呼吸机管路集水杯中的冷凝水，应及时倾倒。

6. 应在管路中常规应用气道湿化装置，加热湿化器内应为无菌水。

7. 雾化器应一人一用一消毒，宜使用一次性雾化器。

六、医用物品的清洁、消毒管理

1. 应遵循医疗卫生机构消毒、灭菌基本要求。

2. 使用中的呼吸机外壳、按钮、面板应保持清洁。

3. 无菌物品应一人一用一灭菌。

4. 对呼吸机内部不必进行常规消毒，除非有明显污染。

5. 严格进行呼吸机终末处理。

6. 患者周围环境中频繁接触的物表，如床头桌、床栏杆、呼叫按钮等，应常规清洁消毒。

七、监测管理

1. 应开展呼吸机相关肺炎的目标性监测，定期对监测资料进行分析、总结和反馈。

2. 出现疑似医院感染暴发时，特别是多重耐药菌或不容易清除的耐药菌、真菌感染暴发以及发生军团菌医院感染时，应针对特定环境进行目标微生物监测，以寻找感染源和评价控制措施的效果。

YG-ZD-076：下呼吸道感染预防与控制制度与措施

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

一、感染病人与非感染病人应分开安置，同类感染病人相对集中，特殊感染病人单独安置，并根据病原体、疾病的传播途径采取相应的消毒隔离措施。

二、保持病室环境清洁，定时开窗通风，定期对空调通风系统进行清洗。

三、如无禁忌证，应将床头抬高 30-45°，使病人处于半卧位，以减少胃内容物的返流和误吸。

四、积极治疗基础疾病（如糖尿病、COPD、血液病等），严格掌握机械通气指征，尽量采用无创通气，限制插管的留置时间。对建立人工气道的病人，应严格执行无菌技术操作规程。

五、重复使用的呼吸机外置管路、雾化器等附件应达到灭菌或高水平消毒，并做到一人一用一消毒或灭菌。呼吸机管路每周更换 1-2 次，如有明显分泌物污染时应及时更换。吸氧和雾化治疗时湿化器用水应使用无菌水，每天更换。集水器应处于管路最低处，螺纹管冷凝水应及时倾倒，不可使冷凝水逆流回患者气道。

六、保持呼吸道通畅，及时清除气道分泌物。定时翻身拍背，以促进排痰。手术病人术前应戒烟，术后鼓励病人有效咳嗽排痰，尽早起床活动，避免使用镇静剂。

七、医务人员接触病人和操作前后应洗手或进行手消毒。诊疗护理操作时应戴口罩、帽子。接触病人血液、体液、分泌物时应戴手套。对可能发生血液、体液飞溅的操作时应戴防护面罩，必要时穿戴具有防渗透性能的隔离衣或围裙。

八、有呼吸道感染的医护人员不应直接护理高危病人。

九、不宜常规使用抗菌药物预防肺部感染。

YG-ZD-077：手术部位感染预防控制制度（附：防控措施）

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023年4月24日

生效日期：2023年9月1日

修 订 人：张 慧

页 码：第1页，共3页

一、严格执行无菌技术操作规范。

二、手术室环境清洁，符合卫生学标准。不同类别的手术安置在相应级别的洁净环境下进行；传染病人手术安置在隔离手术间进行，医务人员严格执行隔离预防技术。

三、出入手术室应当严格遵循手术室管理规定和 workflows，尽量减少人员出入，避免不必要的走动和交谈。进入手术室人员按要求更换手术室专用工作衣、鞋、帽和口罩。手术过程中手术室的门应当关闭。

四、认真执行外科手消毒程序，戴无菌手套，必要时戴双层手套；手术过程中手套意外破损、手术衣、口罩、帽子潮湿应立即更换。

五、手术使用的医疗器械、器具以及各种敷料必须达到灭菌水平；接触病人的麻醉用品应当一人一用一消毒。

六、术者应努力提高手术技巧。避免在手术者背后传递器械和物品，坠落在手术床边缘以下或者手术器械台平面以下的器械和物品应当视为污染。

七、换药应严格遵守换药原则，先换清洁伤口、再换感染伤口、最后换隔离伤口。特殊感染病人如炭疽、气性坏疽、破伤风等应严格进行隔离并做好自我防护。必须进行的伤口引流，应首选闭合式引流。

八、择期手术患者应当尽可能待手术部位以外感染治愈后再行手术。

九、正确准备手术部位皮肤，彻底清除手术切口部位和周围皮肤的污染。术前备皮应当在手术当日进行，确需去除手术部位毛发时，应当使用不损伤皮肤的方法，避免使用刀片刮除毛发。

十、进入手术室洁净区域的物品、药品应当拆除外包装后存放，设施、设备应当进行表面的清洁处理。

十一、合理使用抗菌药物。

附件：

手术部位感染防控措施

一、手术前

（一）尽量缩短患者术前住院时间，择期手术患者应当尽可能待手术部位以外感染治愈后再行手术。

（二）有效控制糖尿病患者的血糖水平。

（三）正确准备手术部位皮肤，彻底清除手术切口部位和周围皮肤的污染。术前备皮应当在手术当日进行，确需去除手术部位毛发时，应当使用不损伤皮肤的方法，避免使用刀片刮除毛发。

（四）消毒前要彻底清除手术切口和周围皮肤的污染，采用卫生行政部门批准的合适的消毒剂以适当的方式消毒手术部位皮肤，皮肤消毒范围应当符合手术要求，如需延长切口，做新切口或放置引流时，应当扩大消毒范围。

（五）如需预防用抗菌药物时，手术患者皮肤切开前 30 分钟-2 小时内或麻醉诱导期给予合理种类和合理剂量的抗菌药物。需要做肠道准备的患者，要需术前一天分次、足剂量给予非吸收性口服抗菌药物。

（六）有明显皮肤感染或者患感冒，流感等呼吸道疾病，以及携带或感染多重耐药菌的医务人员，在未治愈前应当停止参加手术。

（七）手术人员要严格按照《医务人员手卫生规范》进行外科手消毒。

（八）重视术前患者的抵抗力，纠正水电解质的不平衡、贫血、低蛋白血症等。

二、手术中

（一）保证手术室门关闭，尽量保持手术室正压通气，环境表面清洁，最大限度减少人员数量和流动。

（二）保证使用的手术器械、器具及物品等达到灭菌水平。

（三）手术中医务人员要严格遵循无菌技术原则和手卫生规范。

（四）若手术时间超过 3 小时，或者手术时间长于所用抗菌药物半衰期的，或者失血量大于 1500 毫升的，手术中应当对患者追加合理剂量的抗菌药物。

（五）手术人员尽量轻柔地接触组织，保持有效的止血，最大限度地减少组织损伤，

彻底去除手术部位的坏死组织，避免形成死腔。

（六）手术中保持患者体温正常，防止低体温，需要局部降温的特殊手术执行具体专业要求。

（七）冲洗手术部位时，应当使用温度为 37 摄氏度的无菌生理盐水等液体。

（八）对于需要引流的手术切口，术中应当首选密闭负压引流，并尽量选择远离手术切口，位置合适的部位进行置管引流，确保引流充分。

三、手术后

（一）医务人员接触患者手术部位或者更换手术切口敷料前后应当进行手卫生。

（二）为患者更换切口敷料时，要严格遵守无菌技术操作原则及换药流程。

（三）术后保持引流通畅，根据病情尽早为患者拔除引流管。

（四）外科医师、护士要定时观察患者手术部位切口情况，出现分泌物时应当进行微生物培养，结合微生物报告及患者手术情况，对外科手术部位感染及时检测、诊断和治疗。

YG-ZD-078：导管相关血流感染预防控制制度（附：防控措施）

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 3 页

一、导管相关血流感染（CRBSI）是指带有血管内导管或者拔除血管内导管 48 小时内的患者出现菌血症或真菌血症，并伴有发热（ $>38^{\circ}\text{C}$ ）、寒颤或低血压等感染表现，除血管导管外没有其他明确的感染源，实验室微生物学检查显示：外周静脉血培养细菌或真菌阳性，或者从导管段和外周血培养出相同种类、相同药敏结果的致病菌。

二、建立控制导管相关性血流感染的标准技术操作规程并落实。

三、严格掌握留置血管内导管的指征，必须时使用，并尽早拔除。一次性血管导管不得重复使用。

四、医务人员应掌握有关血管内导管尤其是中心静脉导管和周围动脉导管的使用、插入方法、维护以及相关感染的控制方法，接受相关知识培训，操作中严格执行无菌操作规程和手卫生，接触病人和操作前后应进行手卫生。

五、严格消毒穿刺部位的皮肤，选择合适的导管和静脉置管穿刺点，成人中心静脉置管时，应当首选锁骨下静脉，尽量避免使用颈静脉和股静脉。

六、妥善固定导管，妥善处置穿刺部位皮肤，保持局部皮肤清洁，当覆盖纱布或敷贴变湿、污染时应及时更换。

七、开展导管相关性血流感染的监测（发病率、病原菌及其耐药性）、分析与反馈。密切观察病情，一旦出现感染征象，应立即拔除导管，严禁原位更换导管。

八、积极治疗和处理患者原发感染病灶。

附件：

导管相关血流感染预防与控制措施

一、医务人员应当接受关于血管内导管的正确置管、维护和导管相关血流感染预防与控制措施的培训和教育，熟练掌握相关操作规程。医务人员应当评估患者发生导管相关血流感染的危险因素，实施预防和控制导管相关血流感染的工作措施。

二、置管时

（一）严格执行无菌技术操作规程。置管时应当遵守最大限度的无菌屏障要求，置管部位应当铺大无菌单（巾），置管人员应当戴帽子、口罩、无菌手套、穿无菌手术衣。

（二）严格按照《医务人员手卫生规范》，认真洗手并戴无菌手套后，尽量避免接触穿刺点皮肤，置管过程中手套污染或破损应当立即更换。

（三）置管使用的医疗器械、器具等医疗用品和各种敷料必须达到灭菌水平。

（四）选择合适的静脉置管穿刺点，成人中心静脉置管时，应当首选锁骨下静脉，尽量避免使用颈静脉和股静脉。

（五）采用卫生行政部门批准的皮肤消毒剂消毒穿刺部位皮肤，自穿刺点由内向外以同心圆方式消毒，消毒范围应当符合置管要求，消毒后皮肤穿刺点应当避免再次接触。皮肤消毒待干后，再进行置管操作。

（六）患疖肿、湿疹等皮肤病或患感冒、流感等呼吸道疾病，以及携带或感染多重耐药菌的医务人员，在未治愈前不应当进行置管操作。

三、置管后

（一）应当尽量使用无菌透明、透气性好的敷料覆盖穿刺点，对于高热、出汗、穿刺点出血渗出的患者应当使用无菌纱布覆盖。

（二）应当定期更换置管穿刺点覆盖的敷料。更换间隔时间为：无菌纱布 1 次/2 天，无菌透明敷料为 1-2 次/周，如果纱布或敷料出现潮湿、松动、可见污染时应当立即更换。

（三）医务人员接触置管穿刺点或更换敷料时，应当严格执行手卫生规范。

（四）保持导管连接端口的清洁，注射药物前，应当用 75%酒精或含碘消毒剂进行消毒，待干后方可注射药物，如有血迹等污染时，应当立即更换。

（五）告知置管患者在沐浴或擦身时，应当注意保护导管，不要把导管淋湿或者浸入水中。

（六）在输入血制品、脂肪乳剂后的 24 小时内或者停止输液后，应当及时更换输液管路。外周及中心静脉置管后，应当用生理盐水或肝素盐水进行常规冲管，预防导管内血栓形成。

（七）严格保证输注液体的无菌。

（八）紧急状态下的置管，若不能保证有效的无菌原则，应当在 48 小时内尽快拔除导管，更换穿刺部位后重新进行置管，并作相应处理。

（九）怀疑患者发生导管相关感染，或者患者出现静脉炎、导管故障时，应当及时拔除导管。必要时应当进行导管尖端的微生物培养。

（十）医务人员应当每天对保留导管的必要性进行评估，不需要时应当尽早拔除导管。

（十一）导管不宜常规更换，特别是不应当为预防感染而定期更换中心静脉导管和动脉导管。

YG-ZD-079：导尿管相关尿路感染预防控制制度（附：防控措施）

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

一、导尿管相关尿路感染主要是指患者留置导尿管后，或者拔除导尿管 48 小时内发生的泌尿系统感染。

二、严格掌握导尿的指征，进行导尿操作时，应严格执行无菌操作技术规程。术前导尿宜在手术室进行。

三、严格手卫生管理，医务人员接触病人和操作前后应进行手卫生。

四、选择合适的导尿管，插管时应注意无菌操作，动作轻柔，避免损伤，正确固定导管，避免滑动或牵拉。

五、保持尿液引流装置密闭、通畅和完整，活动或搬运时夹闭引流管，防止尿液逆流。

六、留取小量尿标本进行微生物病原学检测时，应当消毒导尿管后，使用无菌注射器抽取标本送检。留取大量尿标本时（此法不能用于普通细菌和真菌学检查），可以从集尿袋中采集，避免打开导尿管和集尿袋的接口。

七、应当保持尿道口清洁，大便失禁的患者清洁后还应当进行消毒。留置导尿管期间，应当每日清洁或冲洗尿道口。

八、长期留置导尿管患者，不宜频繁更换导尿管。若导尿管阻塞或不慎脱出时，以及留置导尿装置的无菌性和密闭性被破坏时，应当立即更换导尿管。

九、每天评估留置导尿管的必要性，不需要时尽早拔除导尿管，尽可能缩短留置导尿管时间。

附件：

导尿管相关尿路感染预防与控制措施

一、导尿管相关尿路感染的定义与判断

导尿管相关尿路感染主要是指患者留置导尿管后，或者拔除导尿管 48 小时内发生的泌尿系统感染。

临床诊断：患者出现尿频、尿急、尿痛等尿路刺激症状，或者有以下触痛、肾区叩痛，伴有或不伴有发热，并且尿检白细胞男性 ≥ 5 个/高倍视野，女性 ≥ 10 个/高倍视野，插导尿管者应当结合尿培养。

病原学诊断：在临床诊断的基础上，符合以下条件之一

（一）清洁中段尿或者导尿留取尿液（非留置导尿）培养革兰阳性球菌菌落数 $\geq 10^4$ cfu/ml，革兰阴性杆菌菌落数 $\geq 10^5$ cfu/ml。

（二）耻骨联合上膀胱穿刺留取尿液培养的细菌菌落数 $\geq 10^3$ cfu/ml。

（三）新鲜尿液标本经离心应用相差显微镜检查，在每 30 个视野中有半数视野见到细菌。

（四）经手术、病理学或者影像学检查，有尿路感染证据的。

患者虽然没有症状，但在 1 周内有以下检查或导尿管置入，尿液培养革兰阳性球菌菌落数 $\geq 10^4$ cfu/ml，革兰阴性杆菌菌落数 $\geq 10^5$ cfu/ml，应当诊断为无症状性菌尿症。

医务人员应当接受关于无菌技术、导尿操作、留置导尿管的维护以及导尿管相关尿路感染预防的培训和教育，熟练掌握相关操作规程。医务人员应当评估患者发生导尿管相关尿路感染的危险因素，实施预防和控制导尿管相关尿路感染的工作措施。

二、置管前

（一）严格掌握留置导尿管的适应症，避免不必要的留置导尿。

（二）仔细检查无菌导尿包，如导尿包过期、外包装破损、潮湿，不应当使用。

（三）根据患者年龄、性别、尿道等情况选择合适大小、材质等的导尿管，最大限度降低尿道损伤和尿路感染。

（四）对留置导尿管的患者，应当采用密闭式引流装置。

（五）告知患者留置导尿管的目的、配合要点和置管后的注意事项。

三、置管时

（一）医务人员要严格按照《医务人员手卫生规范》，认真洗手后，戴无菌手套实施导尿术。

(二) 严格遵循无菌技术操作原则留置导尿管，动作要轻柔，避免损伤尿道粘膜。

(三) 正确铺无菌巾，避免污染。要使用合适的消毒剂棉球消毒尿道口及其周围皮肤粘膜，棉球不能重复使用。男性：先洗净包皮及冠状沟，然后自尿道口、龟头向外旋转擦拭消毒。女性：先按照由上至下，由内向外的原则清洗外阴，然后清洗并消毒尿道口、前庭、两侧大小阴唇，最后会阴、肛门。

(四) 导尿管插入深度适宜，插入后，向水囊注入 10-15 毫升无菌水，轻拉尿管以确认尿管固定稳妥，不会脱出。

(五) 置管过程中，指导患者放松，协调配合，避免污染，如尿管被污染应当重新更换尿管。

四、置管后

(一) 妥善固定尿管，避免打折、弯曲，保证集尿袋低于膀胱水平，避免接触地面，防止逆行感染。

(二) 保持尿液引流装置密闭、通畅和完整，活动或搬运时夹闭引流管，防止尿液逆流。

(三) 应当使用个人专用的收集容器及时清空集尿袋中尿液。清空集尿袋中尿液时，要遵循无菌操作原则，避免集尿袋的出口触碰到收集容器。

(四) 留取小量尿标本进行微生物病原学检测时，应当消毒导尿管后，使用无菌注射器抽取标本送检。留取大量尿标本时（此法不能用于普通细菌和真菌学检查），可以从集尿袋中采集，避免打开导尿管和集尿袋的接口。

(五) 不应当常规使用含消毒剂或抗菌药物的溶液进行膀胱冲洗或灌注以预防尿路感染。

(六) 应当保持尿道口清洁，大便失禁的患者清洁后还应当进行消毒。留置导尿管期间，应保持尿道口及会阴部的清洁。

(七) 患者沐浴或擦身时应当注意对导管的保护，不应当把导管浸入水中。

(八) 长期留置导尿管患者，不宜频繁更换导尿管。若导尿管阻塞或不慎脱出时，以及留置导尿装置的无菌性和密闭性被破坏时，应当立即更换导尿管。

(九) 患者出现尿路感染时，应当及时更换导尿管，并留取尿液进行微生物病原学检测。

(十) 每天评估留置导尿管的必要性，尽早拔除导尿管。

(十一) 对长期留置导尿管的患者，宜持续关闭，定时开放。

(十二) 医护人员在维护导尿管时，要严格执行手卫生。

YG-ZD-080：皮肤软组织感染预防控制制度（附：防控措施）

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 2 页

- 一、重视皮肤卫生，保持皮肤清洁；尽量避免皮肤潮湿和摩擦刺激。
- 二、卧床病人加强护理措施，定期变换体位，避免局部长时间受压，防止压疮发生。
- 三、及时处理体表软组织的损伤，积极治疗皮肤病，减少抓破损伤，有效控制糖尿病患者的血糖水平。
- 四、产妇要预防脓肿或乳腺炎的发生，保持局部清洁卫生，做好手卫生，如发现局部红、肿、热、痛等炎症，及时做理疗等治疗。
- 五、进行腰穿、骨髓穿刺、活检、关节穿刺、静脉输液等有创操作时，严格执行无菌技术操作规程。
- 六、做好烧伤感染的预防与控制工作，做好环境、物表、医务人员手的管理，严格执行无菌技术操作规程，及时采集标本送检，合理使用抗菌药物。必要时做好保护性隔离。
- 七、合理选用抗菌药物。

附件：

皮肤与软组织感染的预防与控制措施

一、疖、痈、蜂窝织炎、急性淋巴管炎和淋巴结炎患者锻炼身体，增强体质，及早治疗糖尿病等。注意个人卫生，常洗手、洗头、洗澡，衣服干燥宽松柔软，减少皮肤摩擦和刺激。积极治疗皮肤病，减少抓破损伤。注意皮肤出现的浅表伤口，防止继发感染。及时处理体表软组织的损伤，积极治疗原发病，如扁桃体炎、龋齿及手足癣感染。对住院的危重症病人应加强皮肤护理，勤翻身，潮湿及时更换，防止压疮产生。

二、皮下坏疽新生儿护理应手法轻柔，更换尿布、内衣时要防止损伤皮肤。尿布应柔软，勤于更换。保持婴儿皮肤干燥，经常更换其体位，以防局部长受压。做好产房和婴儿室的消毒隔离工作，控制感染源。

三、压疮

1. 避免局部皮肤长期受压，勤翻身，保护骨隆起处和支持身体空隙处；
2. 尽量避免潮湿、摩擦及排泄物刺激；
3. 增进局部血液循环，对于易发生压疮的病人应经常检查受压部位；
4. 增加营养摄入，增强体质。

四、烧伤感染

严格隔离措施，准备有消毒隔离条件的病房，最好是单间，做好床旁隔离，减少或防止细菌的入侵；静脉输液时，避免或尽量远离创面做静脉切开；注意妥善保护创口，及时更换渗湿的敷料；采用屏障护理技术，防止经污染物传播病原菌；消除来自饮食中的潜在病原菌；病房器具专用；工作人员接触病人前后严格执行手卫生、换衣、戴手套；严格落实终末消毒制度。

YG-ZZ-001：医院感染管理委员会职责

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

一、贯彻医院感染相关法律、法规、标准、规范，制定医院感染预防与控制制度，并监督实施。

二、对本院的建筑、布局、流程进行审核并提出意见。

三、研究并确定医院感染预防与控制工作计划，并对实施进行考核。

四、研究并确定本院的医院感染重点部门、重点环节、危险因素以及采取的干预措施。

五、研究并制定本院院感暴发及出现不明原因传染性感染或特殊病原体感染等事件的控制预案。

六、建立会议制度，定期研究、协调医院感染预防与控制相关问题。

七、根据本院病原体特点和耐药现状，配合药事管理委员会提出合理使用抗菌药物的指导意见。

八、其他有关医院感染预防与控制管理的重要事宜。

YG-ZZ-002：医院感染管理科职责

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

- 一、对有关预防和控制医院感染管理规章制度的落实情况进行检查和指导。
- 二、对医院感染及其相关危险因素进行监测、分析和反馈，针对问题提出控制措施并指导实施。
- 三、对医院感染发生状况进行调查、统计分析，并向医院感染管理委员会或者医疗机构负责人报告。
- 四、对医院的清洁、消毒灭菌与隔离、无菌操作技术、医疗废物管理等工作提供指导。
- 五、对传染病的医院感染预防与控制工作提供指导。
- 六、对医务人员有关预防医院感染的职业卫生安全防护工作提供指导。
- 七、对医院感染暴发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。
- 八、对医务人员进行预防和控制医院感染的培训工作。
- 九、参与抗菌药物临床应用的管理工作。
- 十、对消毒药械和一次性使用医疗器械、器具的相关证明进行审核。
- 十一、组织开展医院感染预防与控制方面的科研工作。
- 十二、完成医院感染管理委员会或者医疗机构负责人交办的其他工作。

YG-ZZ-003：医院感染管理科主任（副主任）职责

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

- 一、检查并指导医院感染管理各项规章制度的落实情况。
- 二、对医院感染发生的危险因素、发生状况及暴发事件进行监测、分析、调查，及时上报，同时制定并落实好各项防控措施。
- 三、对医院清洁、消毒灭菌与隔离、无菌技术操作、医疗废物管理、传染病的感染控制等工作提供指导。
- 四、对医务人员进行预防和控制医院感染的培训工作，并做好医务人员职业防护指导工作。
- 五、参与抗菌药物临床应用管理工作，做好消毒药械和一次性使用医疗器械、器具相关资证的审核。
- 六、组织开展医院感染预防与控制方面的科研工作。
- 七、主任出差在外时由副主任履行主任职责。

YG-ZZ-004：医院感染管理科主任（副主任）职责

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023年4月24日

生效日期：2023年9月1日

修 订 人：张 慧

页 码：第1页，共1页

- 一、检查并指导医院感染管理各项规章制度的落实情况。
- 二、对医院感染发生的危险因素、发生状况及暴发事件进行监测、分析、调查，及时上报，同时制定并落实好各项防控措施。
- 三、对医院清洁、消毒灭菌与隔离、无菌技术操作、医疗废物管理、传染病的感染控制等工作提供指导。
- 四、对医务人员进行预防和控制医院感染的培训工作，并做好医务人员职业防护指导工作。
- 五、参与抗菌药物临床应用管理工作，做好消毒药械和一次性使用医疗器械、器具相关资证的审核。
- 六、组织开展医院感染预防与控制方面的科研工作。
- 七、主任出差在外时由副主任履行主任职责。

YG-ZZ-005：医院感染管理科干事/科员职责

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

- 一、在科主任领导下，做好有关医院感染预防与控制的各项工作。
- 二、定期检查各科室医院感染各项制度的执行情况。
- 三、对医院感染发病率、主要危险因素、抗菌药物使用和药敏情况进行检查，协助开展目标性监测。
- 四、有目标、有重点、有针对性地开展环境卫生学监测。
- 五、按时完成感染监测资料的收集、统计及上报工作。
- 六、开展医院感染相关知识培训工作，提高业务水平，完成科长交代的各项任务。
- 七、及时收集并分析全院各种感染信息，并提出防控措施，防止医院感染暴发流行。

YG-ZZ-006：临床科室医院感染管理小组职责

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

一、在科主任领导下开展工作，根据本科特点，制定医院感染管理制度并组织实施，负责本科室医院感染管理的各项工作。

二、负责对本科室的医院感染病例及感染环节进行监测，采取有效措施，降低本科室的医院感染发病率，发现感染流行趋势，及时报告医院感染管理科，并积极协助调查和控制。

三、督促本科医师提高选用抗菌药物前相关标本的送检率，合理使用抗菌药物。

四、组织本科医院感染预防与控制、职业防护等知识的培训。

五、督促全科工作人员手卫生、无菌技术、消毒与隔离的规范操作。

六、做好对保洁员、配膳员、陪护、探视者的卫生管理及相关知识的宣传教育。

七、合理配备职业防护用品，并监督工作人员规范使用。

八、负责每月的医院感染质量监督检查，并及时规范监测及质控记录资料，做好其他医院感染预防与控制管理的相关工作。

YG-ZZ-007：临床科室医院感染兼职监控护士职责

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

- 一、协助护士长负责本科室医务人员、实习及进修生预防控制医院感染知识学习教育。
- 二、参加本科室医院感染管理质量考评检查。
- 三、督促本科室人员严格执行无菌技术操作、消毒隔离制度和手卫生规范。
- 四、定期进行医院感染卫生学监测和紫外线监测，并做好登记留存备查。
- 五、发现或可疑医院感染病例时，积极协助配合医师查找感染源和感染途径并采用预防控制措施。
- 六、做好本科室医务人员职业暴露预防与职业防护。
- 七、准确执行医嘱，并观察病人用药后的反应，配合医师做各种标本的留取和送检工作等。

YG-ZZ-008：临床科室医院感染兼职监控医师职责

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

- 一、负责本科室医院感染监测和医院感染调查。
- 二、进行本科室预防、控制医院感染知识的培训。
- 三、督促管床医师及时上报医院感染病例。
- 四、督促本科室医师的无菌技术操作、消毒隔离制度的执行和手卫生规范。
- 五、发现医院感染流行趋势或医院感染暴发时，立即向科主任及医院感染管理科汇报，积极协助医院感染专业人员调查病因，寻找感染源和感染途径，并采取积极有效的治疗及预防控制措施。

YG-ZZ-009：临床医生职责

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

- 一、执行医院感染管理委员会制定的制度，支持医院感染管理科的工作。
- 二、严格执行医院感染预防与控制的各项规章制度，掌握自我防护知识。
- 三、掌握抗菌药物临床合理使用原则，执行医院感染管理委员会关于抗菌药物应用的建议。
- 四、掌握医院感染诊断标准。
- 五、发生医院感染或怀疑医院感染时，及时采集相应部位的微生物标本送检。
- 六、发现医院感染病例，24h 内在三佳系统处理上报医院感染管理科，并将感染病例登记在医院感染监测本上。
- 七、接受医院感染知识的培训及宣传工作。
- 八、对医疗废物进行正确分类、存放，严禁生活垃圾与医疗废物混放，防止锐器刺伤。
- 九、协助医院感染专兼职人员开展医院感染专项调查工作。
- 十、配合医院感染专兼职人员做好医院感染目标性监测、多重耐药菌监测等其他临时工作。

YG-ZZ-010：临床护士职责

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

- 一、执行医院感染管理委员会制定的制度，支持医院感染管理科的工作。
- 二、严格执行无菌技术操作规程、消毒隔离制度等医院感染管理的各项规章制度，掌握自我防护知识。
- 三、治疗护理过程中尽可能保护患者，避免感染。
- 四、接受医院感染知识的培训及宣传工作。
- 五、对医疗废物进行分类、存放和登记，严禁生活垃圾与医疗废物混放，防止锐器刺伤。
- 六、对本科室使用中消毒液浓度、消毒药械及环境卫生学及时监测、采样，针对存在问题进行原因分析、整改。
- 七、在诊疗护理病人的过程中，发现任何感染的征兆或病例具有传染病征象时应立即报告主治医师，及时隔离病人，收集培养标本。
- 八、协助医院感染专兼职人员开展医院感染专项调查工作。
- 九、配合医院感染专兼职人员做好医院感染目标性监测、多重耐药菌监测及其他临时工作。

YG-ZZ-011：医务人员在医院感染管理中应履行的职责

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

- 一、严格执行手卫生、无菌操作规程等医院感染管理的各项规章制度。
- 二、掌握抗菌药物临床合理使用原则，做到合理使用。
- 三、掌握医院感染诊断标准，发现医院感染病例后，及时进行病原学送检及药敏试验，控制蔓延，并积极治疗患者，如实报告。发现医院感染流行趋势时，及时报告医院感染管理科，并协助调查和控制。
- 四、参与预防、控制医院感染知识的培训。
- 五、掌握自我防护知识，正确进行各项技术操作，预防职业暴露。

YG-ZZ-012：医务科在医院感染管理中履行的职责

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

一、将医院感染管理作为医疗质量管理的重要内容，检查、实施、执行医院感染管理委员会通过的政策。监督检查医生及医技部门认真执行医院感染相关制度及落实情况。

二、负责组织医师和医技部门人员进行医院感染相关知识的培训。

三、监督、指导医师和医技人员严格执行无菌技术操作规程、抗菌药物的合理应用、一次性医疗用品的管理等有关医院感染管理的规章制度。

四、发生医院感染流行或暴发趋势时，组织相关科室协助感染管理部门开展感染流行病学调查与控制的工作，根据需要进行医师人力调配，组织对病人的治疗和善后处理。

五、完成上级赋予的其他职责。

YG-ZZ-013：护理部在医院感染管理工作中履行的职责

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

一、将医院感染管理作为护理质量管理的重要内容，督促护理人员认真执行相关工作制度。

二、负责组织全院护理人员参加医院感染相关知识的培训。

三、监督、指导、检查落实护理人员严格执行无菌技术操作规程，加强消毒灭菌与隔离、一次性使用无菌医疗用品的管理，正确处理医疗废物以及职业卫生防护等工作。

四、发生医院感染流行或暴发趋势时，根据需要进行护士人力资源的调配，参与医院感染的调查和处理工作。

五、加强对供应室、手术室等重点部门医院感染管理，完成上级赋予的其他职责。

YG-ZZ-014：门诊办公室在医院感染管理中履行的职责

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

- 一、负责门诊各科室医院感染管理的各项工作。
- 二、指导门诊医生、护士、医技人员严格执行无菌技术操作规程及消毒隔离制度。
- 三、督促落实《医务人员手卫生规范》。
- 四、发生医院感染流行或暴发趋势时，根据需要进行人力调配，协助组织门诊医务人员参加预防与控制医院感染知识的培训。

YG-ZZ-015：后勤保障部在医院感染管理中履行的职责

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

- 一、负责病媒生物的防治工作。
- 二、组织实施医院废弃物和污水的处理工作。
- 三、组织饮食、保洁、洗衣人员的有关业务培训工作，负责食堂的卫生监督管理工作。
- 四、负责对洗衣房的工作进行监督管理，加强医院医用织物清洗消毒工作的管理，使其符合医院感染管理要求。
- 五、监督保洁公司的工作质量，保证全院的环境清洁。
- 六、规划医院建筑改扩建工程时，应遵守医院感染管理规范，完成上级赋予的其他职责。

YG-ZZ-016：药剂科在医院感染管理工作中履行的职责

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

- 一、负责本院抗菌药物的应用管理，定期总结、分析和通报应用情况。
- 二、为临床提供抗菌药物信息，负责消毒剂的应用管理工作。
- 三、督促临床医务人员严格执行抗菌药物应用的管理制度和应用原则，定期检查，及时反馈。
- 四、参与医院感染管理委员会抗菌药物合理应用管理小组的活动，监督检查临床使用抗菌药物情况，指导临床合理使用抗菌药物。
- 五、完成上级赋予的其他职责。

YG-ZZ-017：检验科在医院感染管理工作中履行的职责

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

- 一、负责医院感染常规微生物学监测的病原学检测，承担医院卫生学监测工作。
- 二、开展临床标本病原微生物的培养、分离鉴定、药敏试验及特殊病原体的耐药性监测，定期总结标本阳性检出率、微生物种类排列、细菌耐药率等资料，定期总结、分析，及时向有关部门反馈，并向全院公布。
- 三、严格执行实验室操作规程，确保实验室生物安全。认真核对检验结果，填写报告单，做好登记，签名后发出报告。
- 四、发生医院感染流行或暴发时，承担相关检测工作。
- 五、负责医院感染控制培训中相关微生物学知识的培训。
- 六、参与医院感染管理委员会抗菌药物合理应用管理小组的活动，完成上级赋予的其他职责。

YG-ZZ-018：设备科在医院感染管理工作中履行的职责

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

- 一、依据相关法律法规对消毒药械、一次性医疗器械、器具索取相关证件并存档。
- 二、负责对医院中央空调、层流设备及其它感控设施等进行维护、消毒、定期更换保养。
- 三、遵守医院感染委员会制定的相关制度，完成上级赋予的其他职责。

YG-ZZ-019：医疗废物各部门管理职责

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

一、医院法定代表人或者主要负责人为医疗废物管理第一责任人，切实履行职责，确保医疗废物的安全管理。

二、制定与医疗废物安全处置有关的规章制度和在发生意外事故时的应急预案，明确责任部门和监督部门，设置专（兼）职人员负责检查、督促、落实本单位医疗废物的管理工作，防止违反医疗废物管理条例的行为发生。

（一）后勤保障部为医疗废物管理主管责任部门，负责医疗废物回收及运送人员职业防护的管理，负责医疗废物分类收集、运送、暂时贮存、登记、交接等工作流程的管理，负责组织医疗废物流失、泄漏、扩散和意外事故发生时的紧急处理工作。

（二）医院感染管理科为医疗废物管理监督和指导部门，负责制定医疗废物管理制度、应急预案、分类收集清单和流程并监督执行，负责全院医疗废物处置的技术指导和人员培训；参与医疗废物流失、泄漏、扩散和意外事故发生时的紧急处理工作，负责监督指导现场的规范处理和医务人员的职业防护。

（三）护理部为医疗废物管理监督执行部门，负责监督检查各临床科室执行医疗废物分类收集、暂时贮存、交接登记制度的落实情况，参与医疗废物流失、泄漏、扩散和意外事故发生时的紧急处理工作。

（四）医务、科研等管理部门负责监督医技部门和相关科研实验室的医疗废物分类、收集（规范使用收集容器）、交接登记等制度的落实，参与医疗废物流失、泄漏、扩散和意外事故发生时的紧急处理工作。

（五）科室负责人负责本科室医务人员医疗废物管理知识培训、防护用品配备和医疗废物分类、收集（规范使用收集容器）、交接登记等制度的落实。

YG-ZZ-020：医疗废物管理人员职责

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

- 一、医疗废物管理人员负责检查、督促、落实本单位医疗废物的管理工作。
- 二、对本单位从事医疗废物收集、运送、贮存、处置等工作和管理人员，进行医疗废物管理相关知识的培训。
- 三、采取有效的职业卫生防护措施，为从事医疗废物收集、运送、贮存、处置等工作和管理人员配备必要的防护用品，定期进行健康检查。
- 四、对医疗废物进行登记，登记内容应当包括医疗废物的来源、种类、重量或者数量、交接时间、处置方法、最终去向以及经办人签名等项目。
- 五、对医疗废物的暂时贮存设施、设备及转运工具消毒和清洁工作进行督导检查。

YG-ZZ-021：污水处理人员职责

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

- 一、污水站应设专人操作管理，认真执行国家污水排放的有关规定。
- 二、熟悉本站处理工艺，熟悉本岗设施、设备运行要求和技术指标，掌握操作规程及日常维护技术。
- 三、按要求巡视检查设备运行情况，发现故障及时排除，并向相关领导汇报。
- 四、操作人员必须做好每班运行记录。
- 五、非本站工作人员严禁操作动用及拆卸设备，未经允许谢绝参观、访问。
- 六、每月对污水站进行一次全面检查。

YG-ZZ-022：医疗废物回收人员职责

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

- 一、严格医疗废物分类管理，禁止生活垃圾混入。
- 二、使用专用医疗废物转运箱做好回收转运工作。
- 三、每日按时下科回收并做好称重登记。
- 四、运送过程中防止污染、渗漏、破损，医疗废物日产日清，做好相关登记。
- 五、认真交接登记，档案留存备查。
- 六、配备好必须的防护用品并按要求使用。
- 七、发生职业暴露时按应急程序处理。

YG-LC-001：医院感染爆发报告流程

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

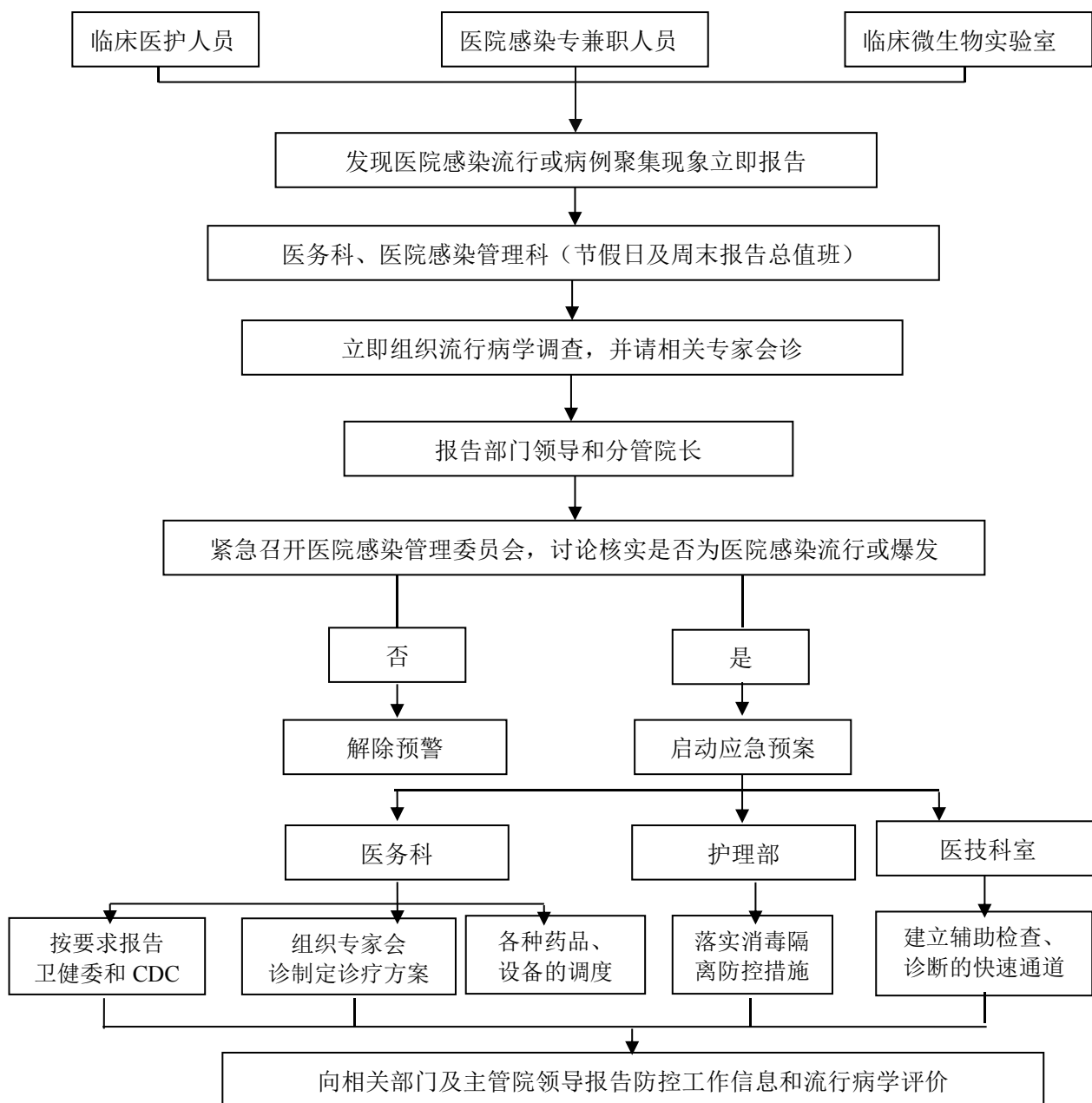
批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页



YG-LC-002：发生职业暴露后的处理流程

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

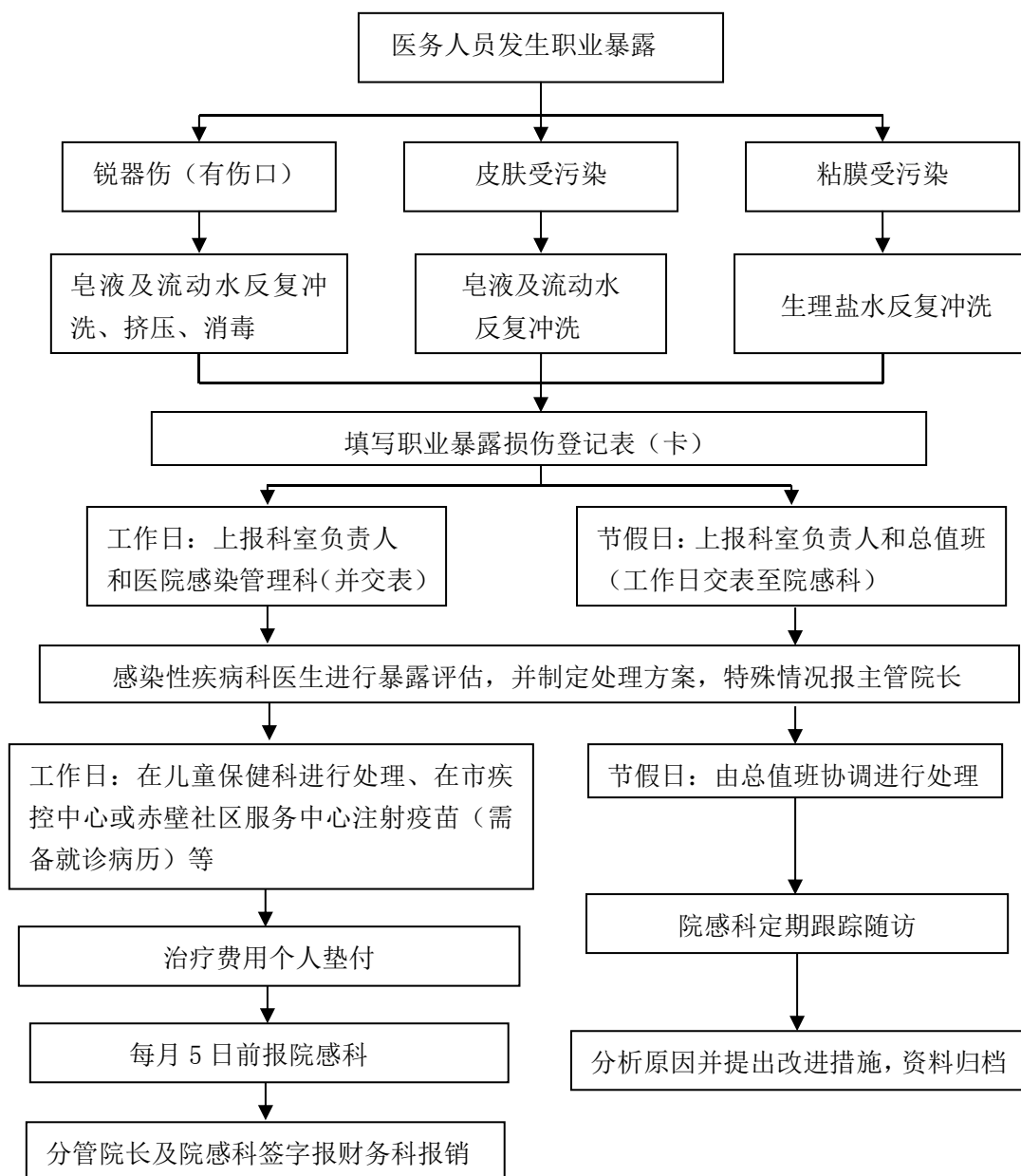
批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页



YG-LC-003：多种耐药菌感染控制流程

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

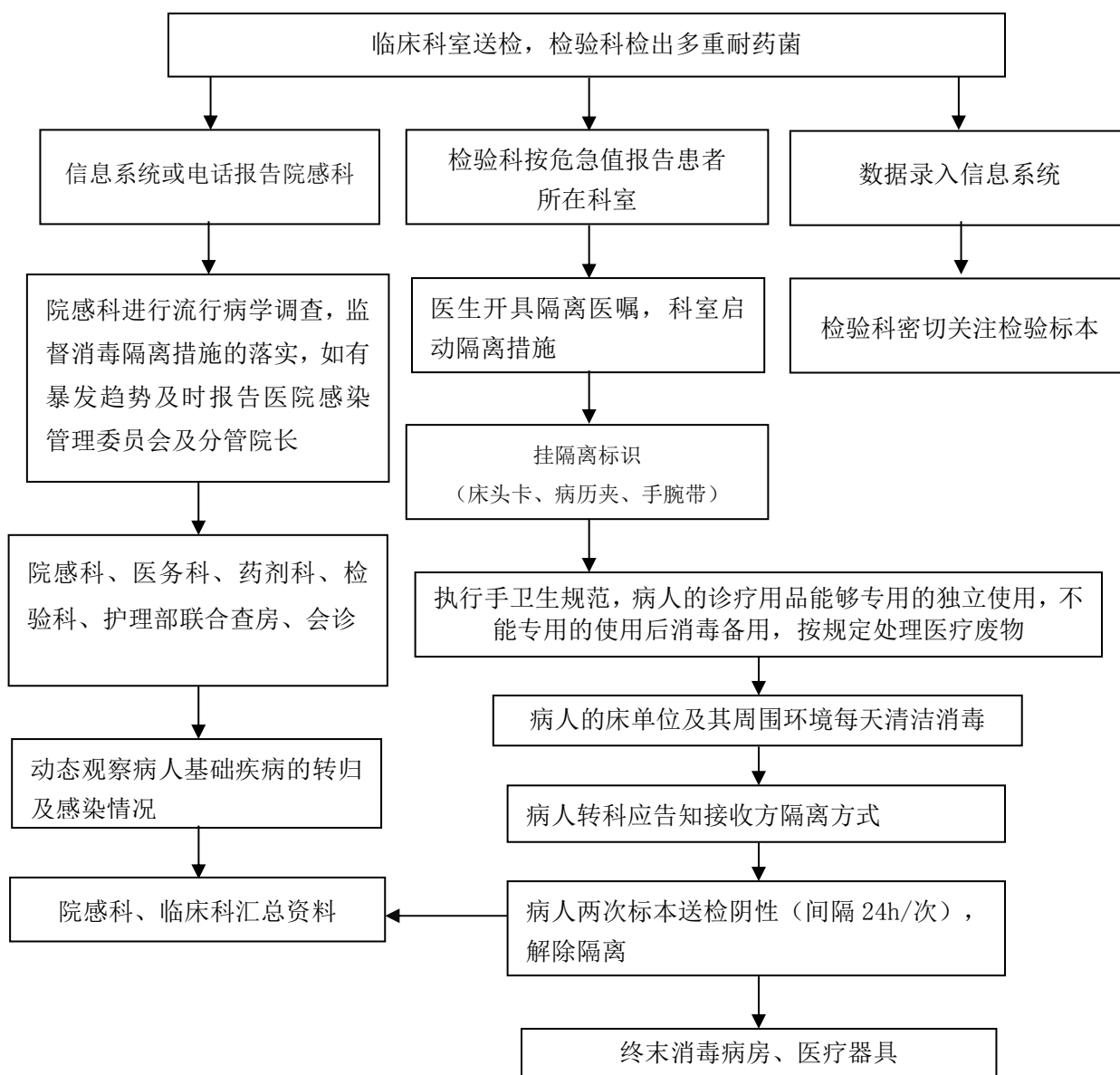
批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页



YG-LC-004：多重耐药菌报告程序、暴发预警及处理流程

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

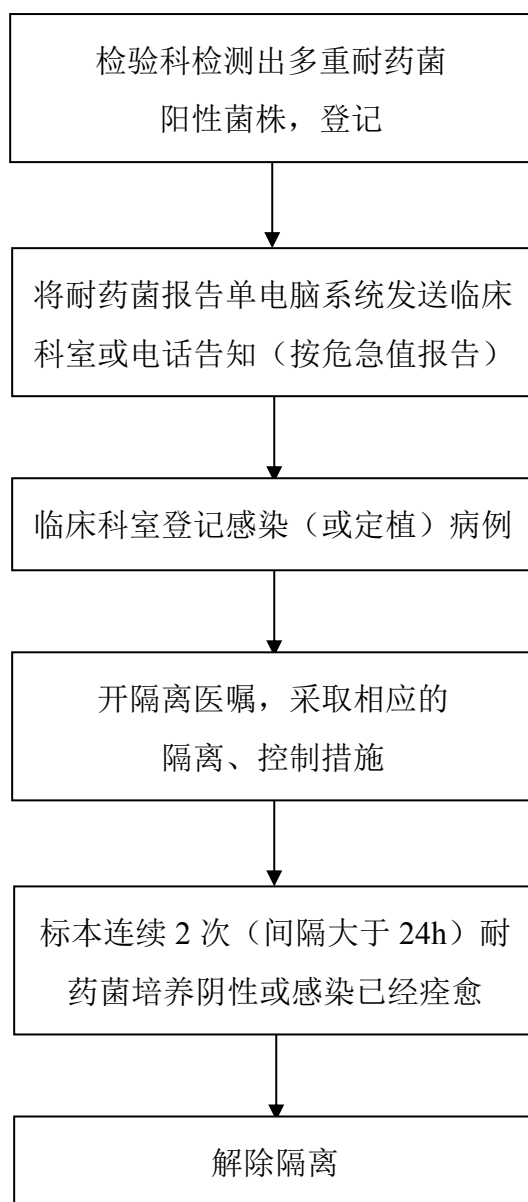
修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

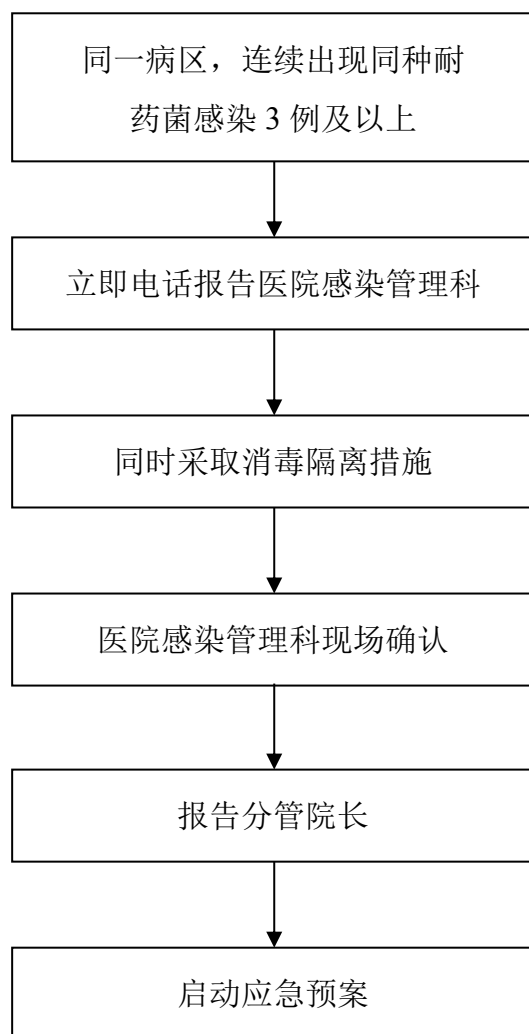
修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 2 页

多重耐药菌的报告程序：



多重耐药菌的暴发预警及处理：



YG-LC-005：多重耐药菌患者管理流程

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

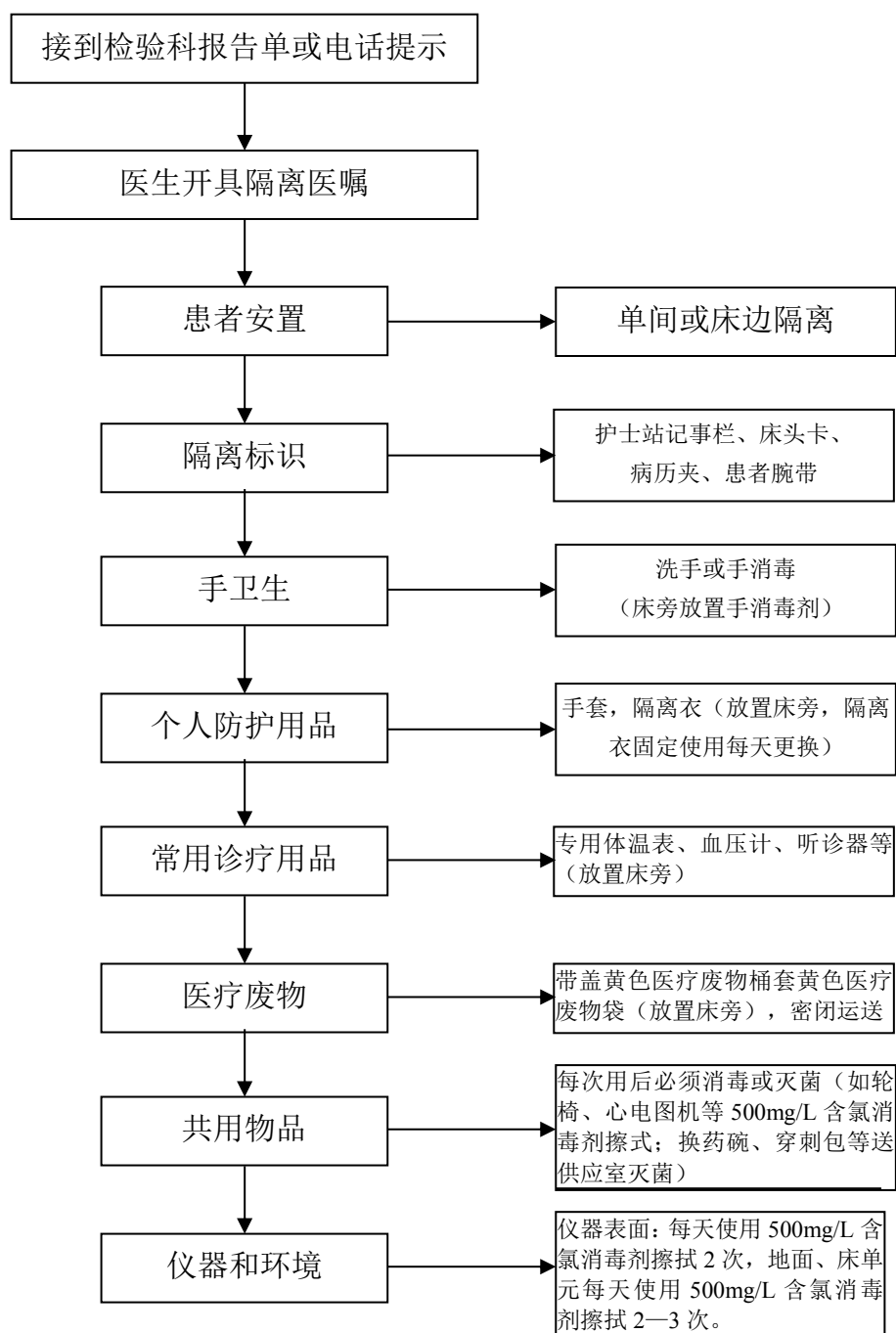
批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页



YG-LC-006：多重耐药菌多学科协作防控流程图

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

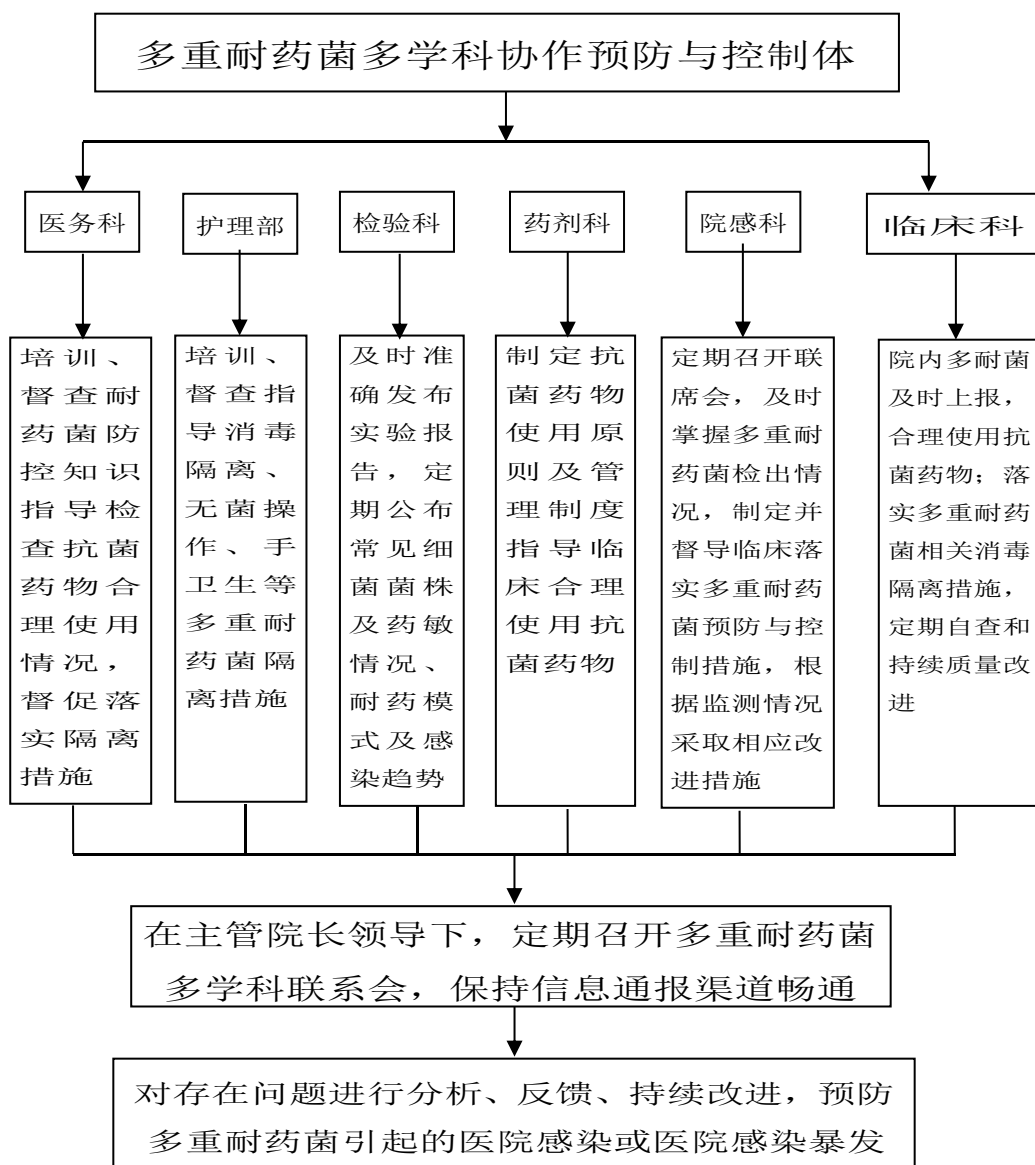
批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页



YG-LC-007：医疗废物回收流程

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

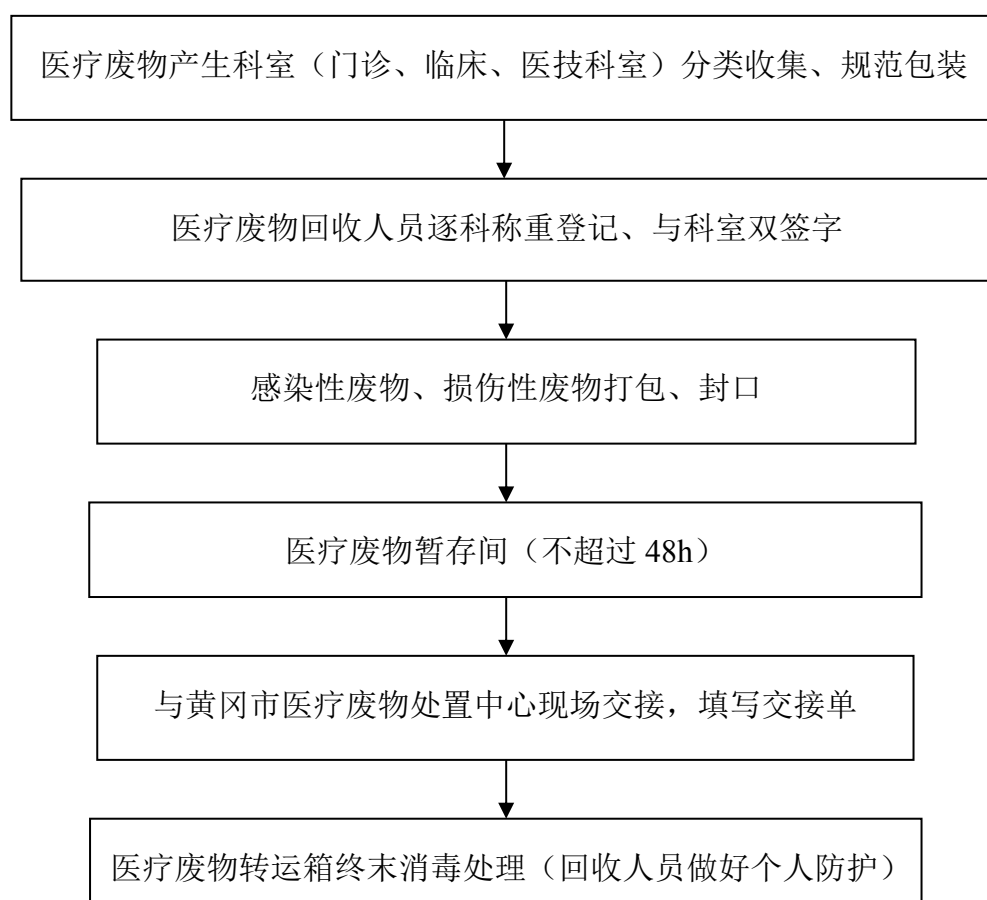
批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页



YG-LC-008：治疗室消毒隔离流程

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

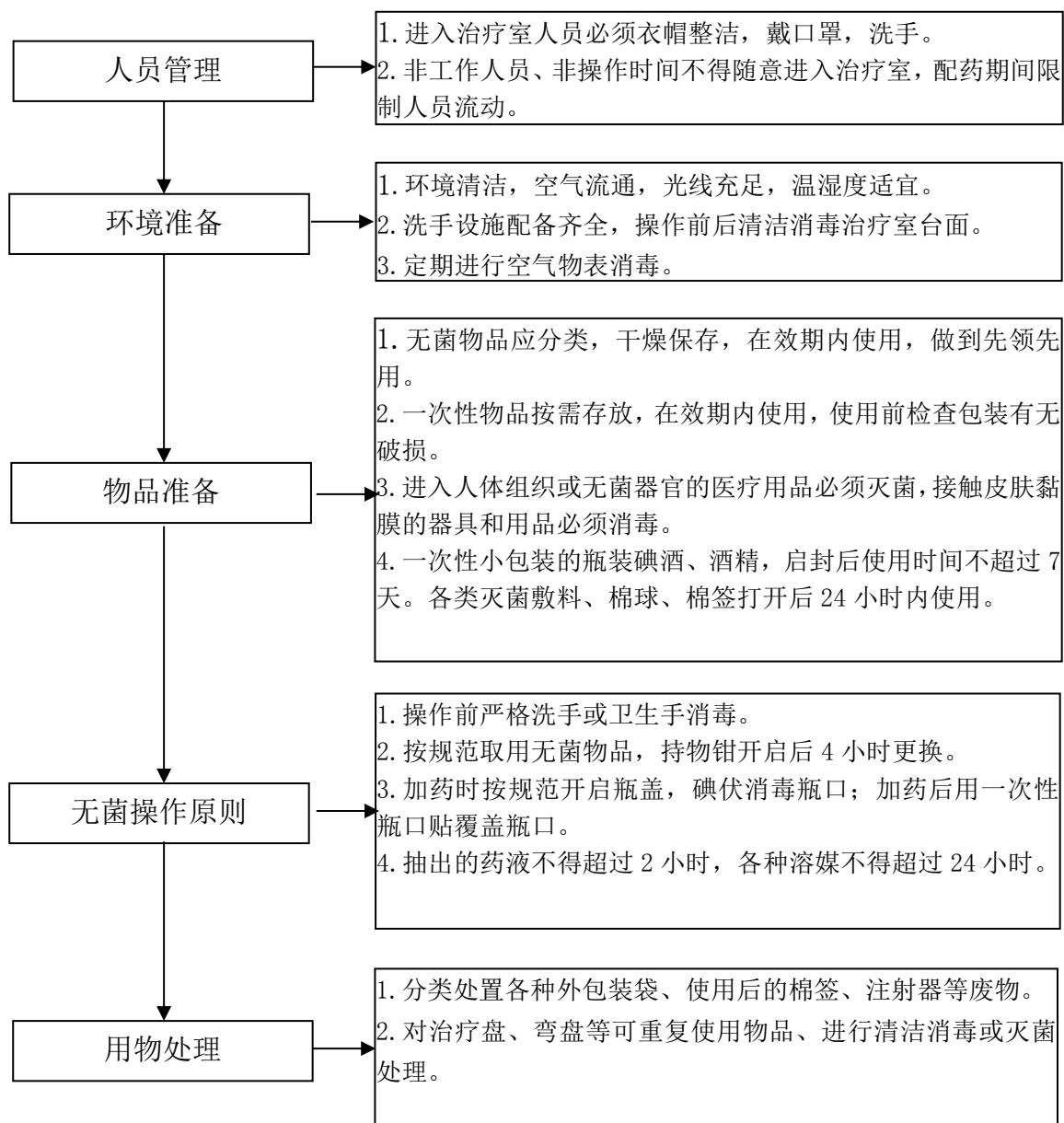
批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页



YG-LC-009：换药室消毒隔离流程

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

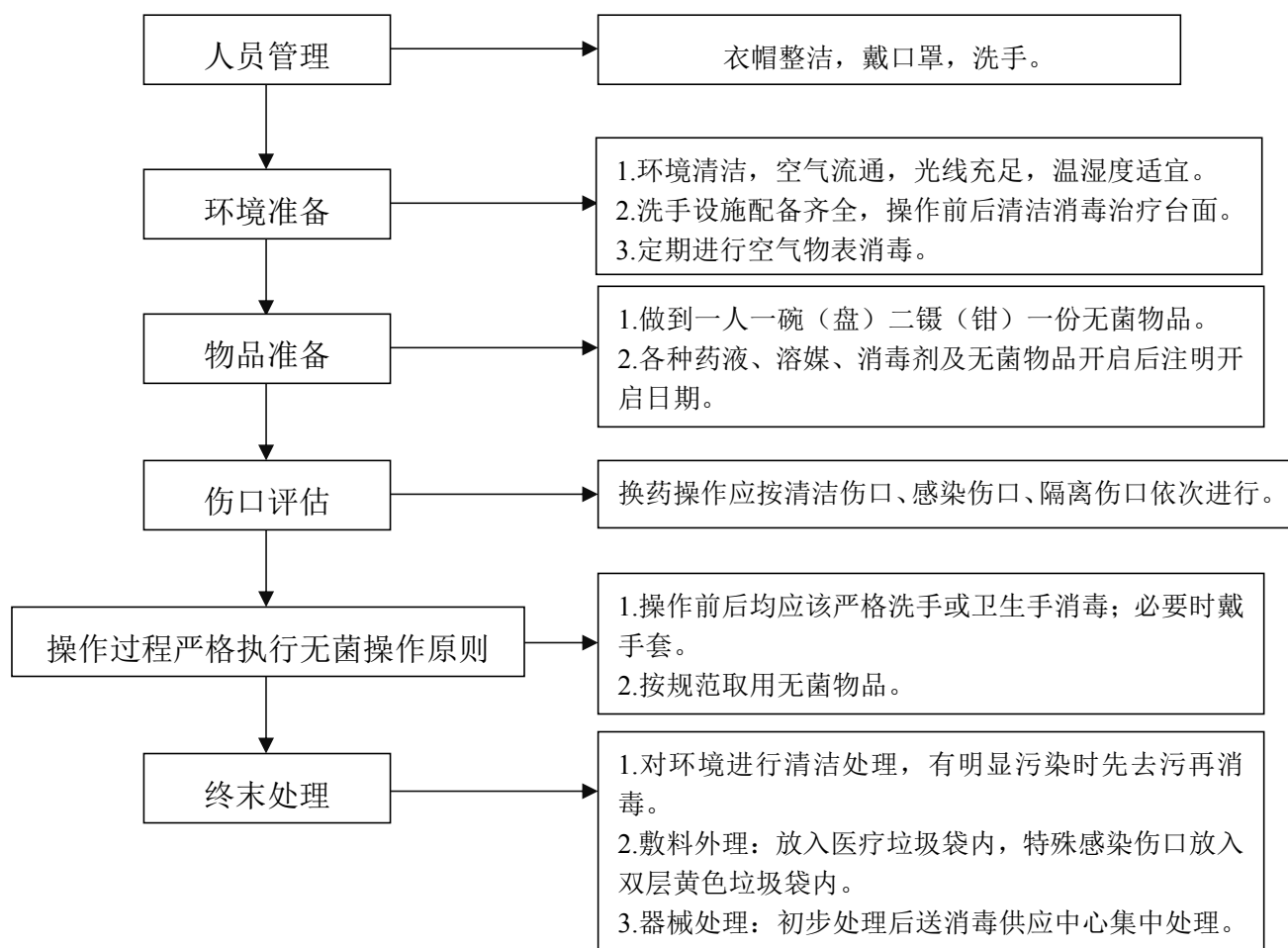
批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页



注：特殊感染伤口如：炭疽、气性坏疽、破伤风等应就地(诊室或病房)严格隔离，处置后进行终末消毒，不得进入换药室。

YG-LC-010：安全注射流程

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

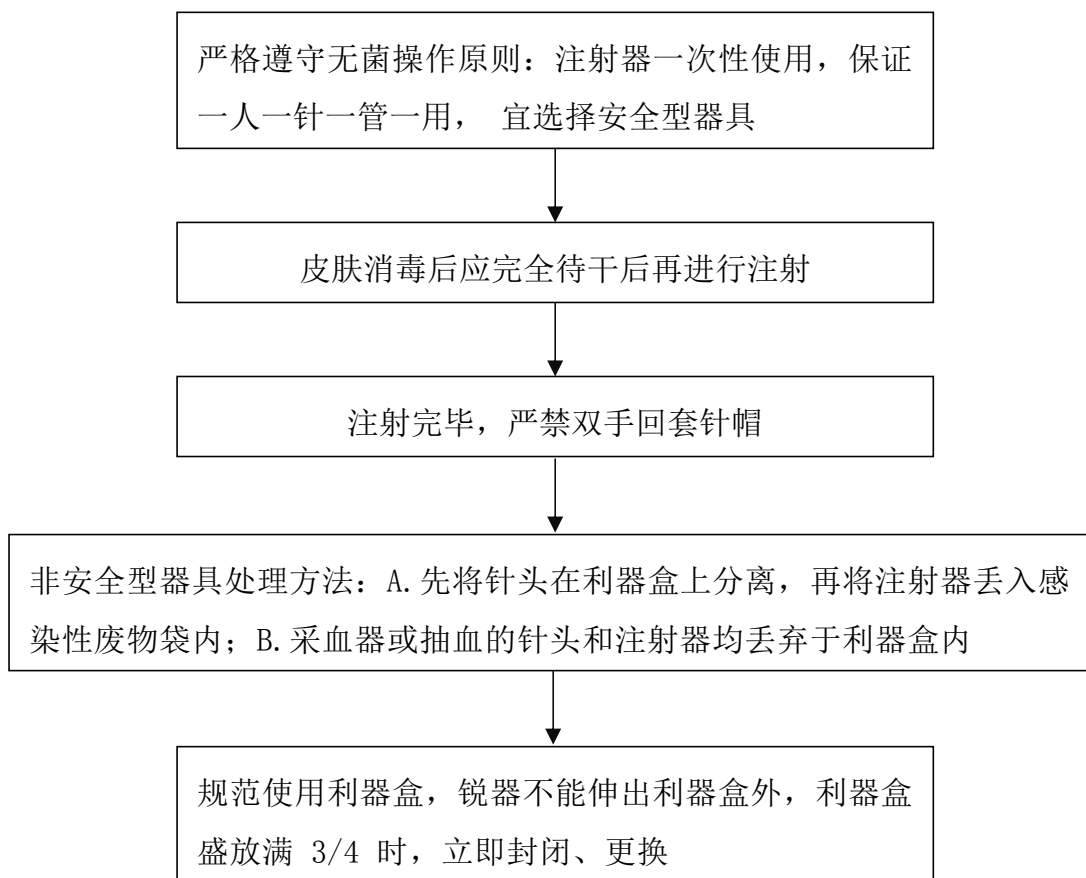
批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页



安全注射：

是指对接受注射者无害、实施注射操作的医务人员不暴露于可避免的风险、以及注射后的废弃物不对环境和他人造成危害。

安全注射原则：

1. 三防：人防、技防、器防
2. 四减少：减少注射相关医疗废物
 - 减少非必要的注射操作
 - 减少非规范的注射操作
 - 减少注射操作中的职业暴露

YG-LC-011：常用化学消毒剂配制流程

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

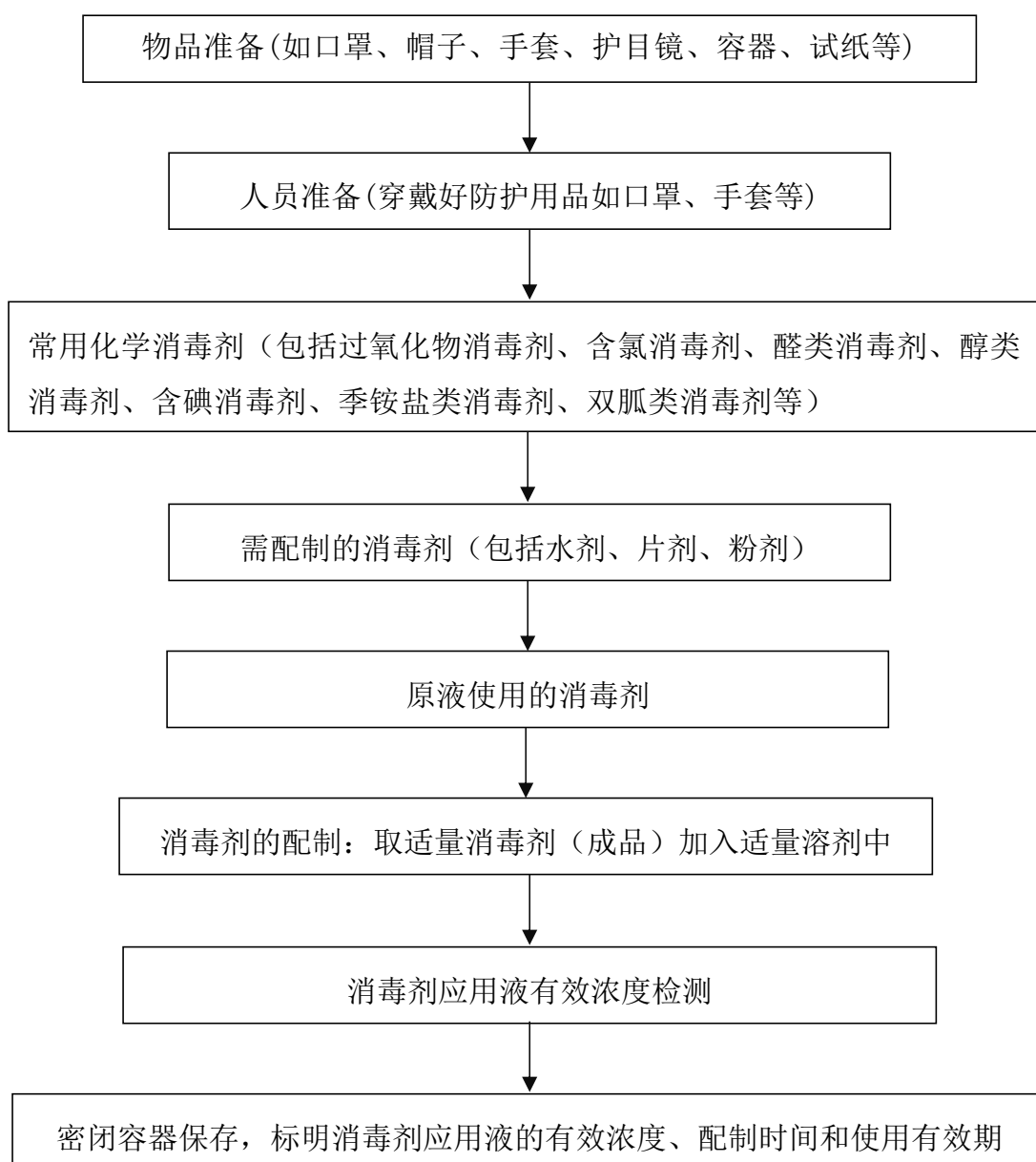
批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页



注：对某些使用有效期较长的消毒剂应用液（如戊二醛）应按国家相关规定定期进行浓度监测。

YG-LC-012：手术间、分娩室日常清洁、消毒流程

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

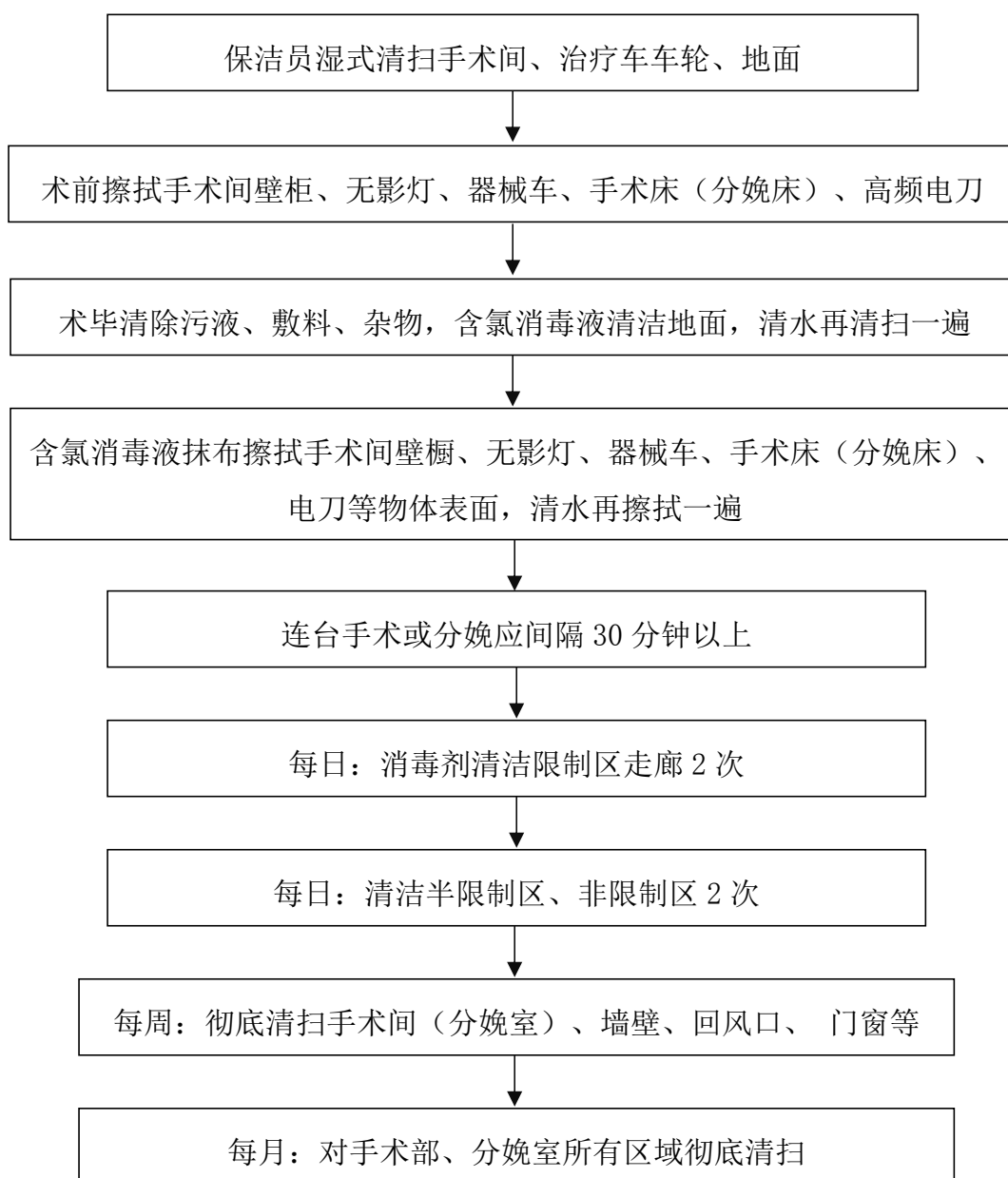
批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页



注：产房、人流室请参照执行。

YG-LC-013：医疗废物处置流程图

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

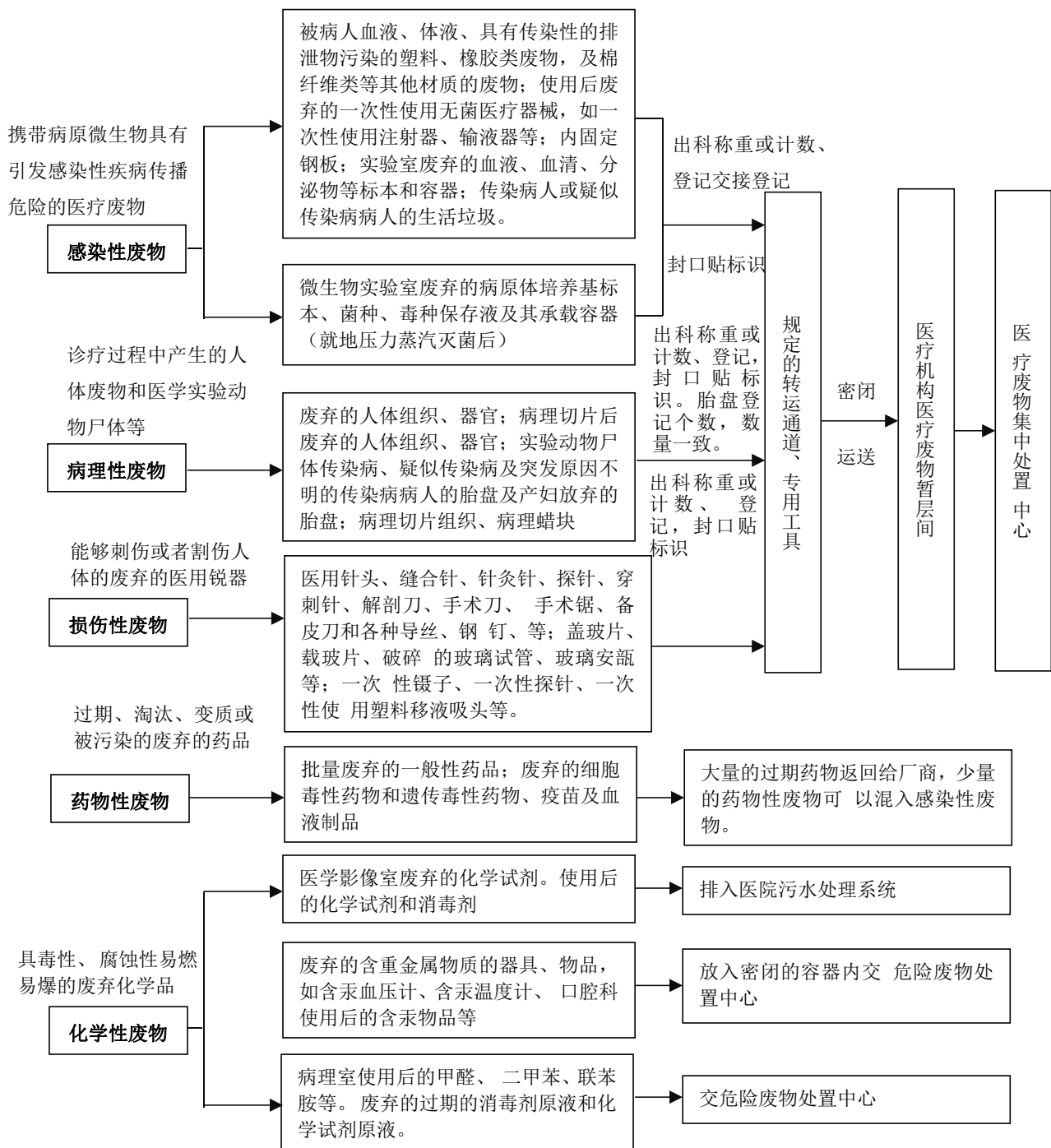
批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页



YG-LC-014：口腔诊疗医院感染控制流程

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

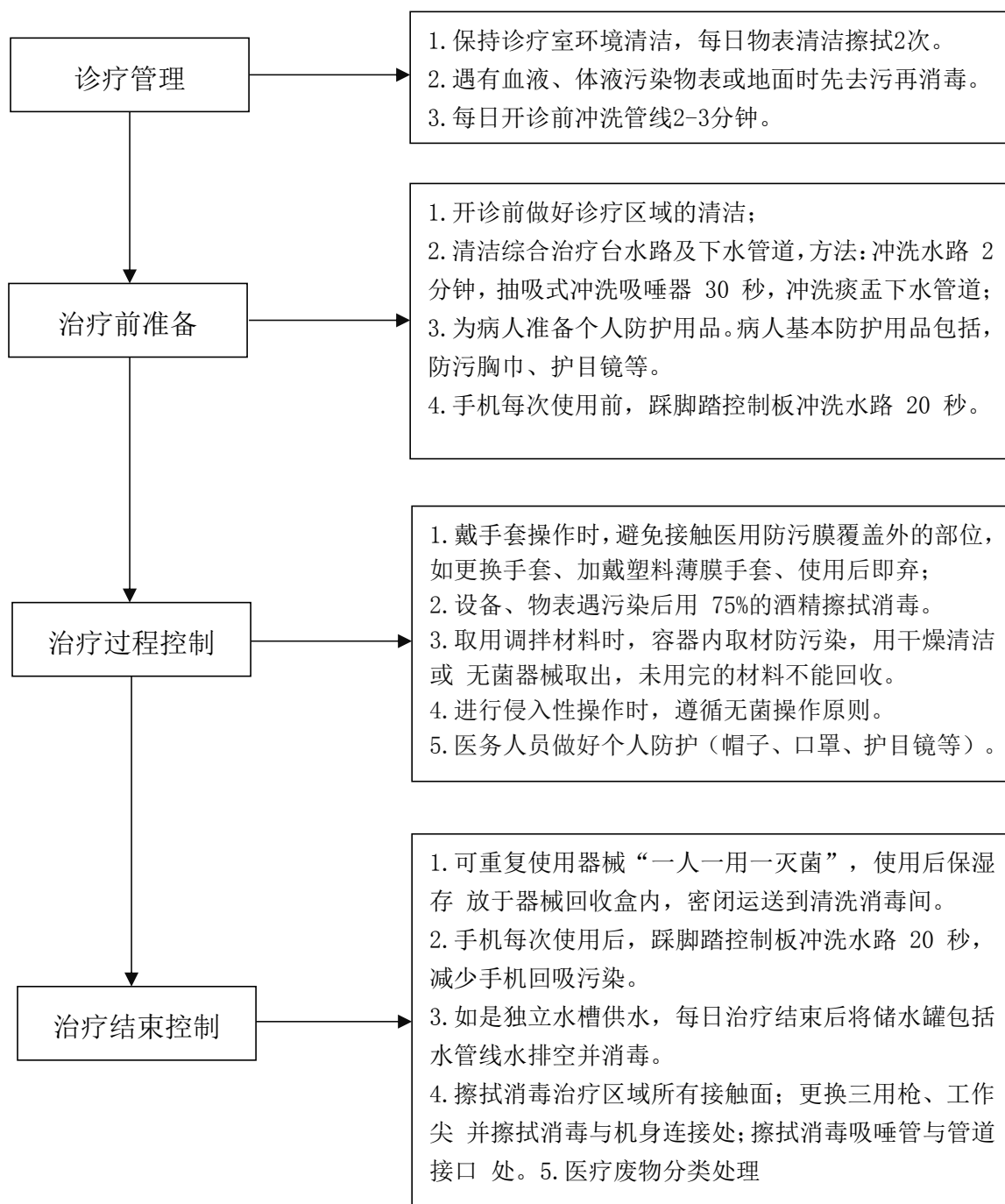
批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页



YG-LC-015：中医拔罐器具、刮痧器具清洁消毒流程

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

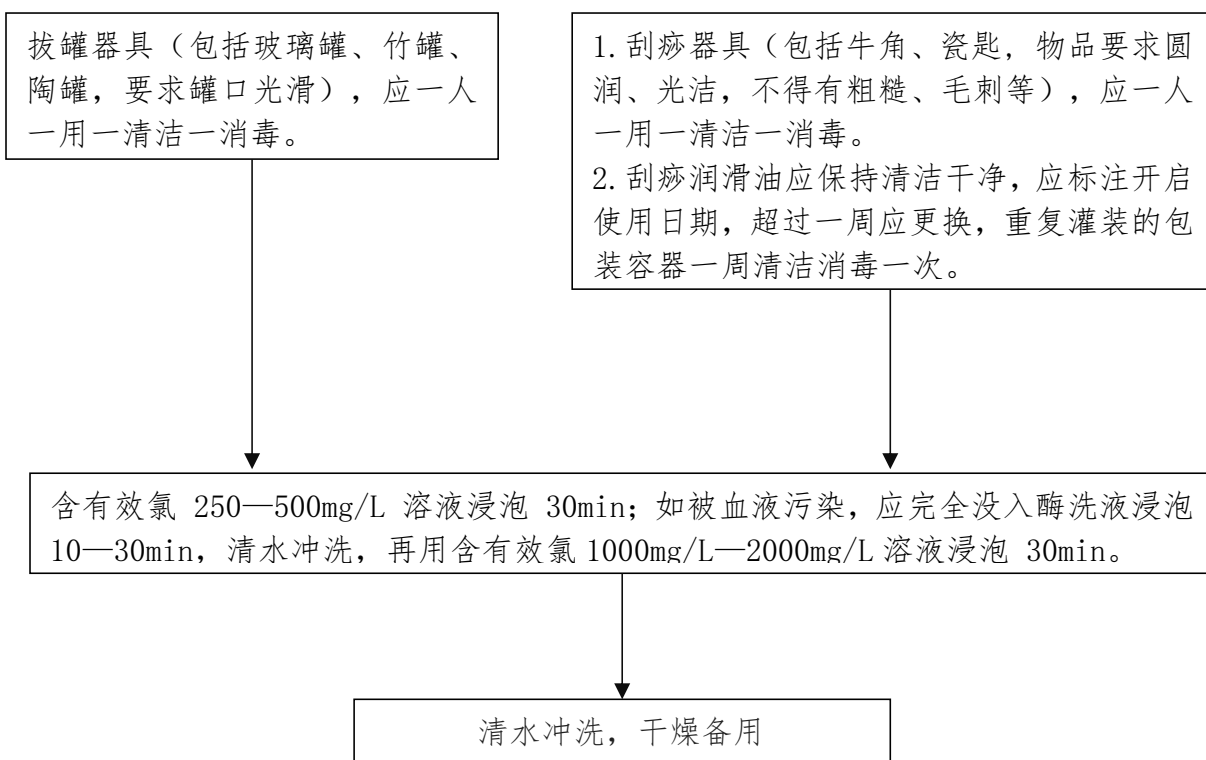
批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页



YG-LC-016：中医针灸针具清洁、消毒与灭菌流程

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

批准人：曾 勇

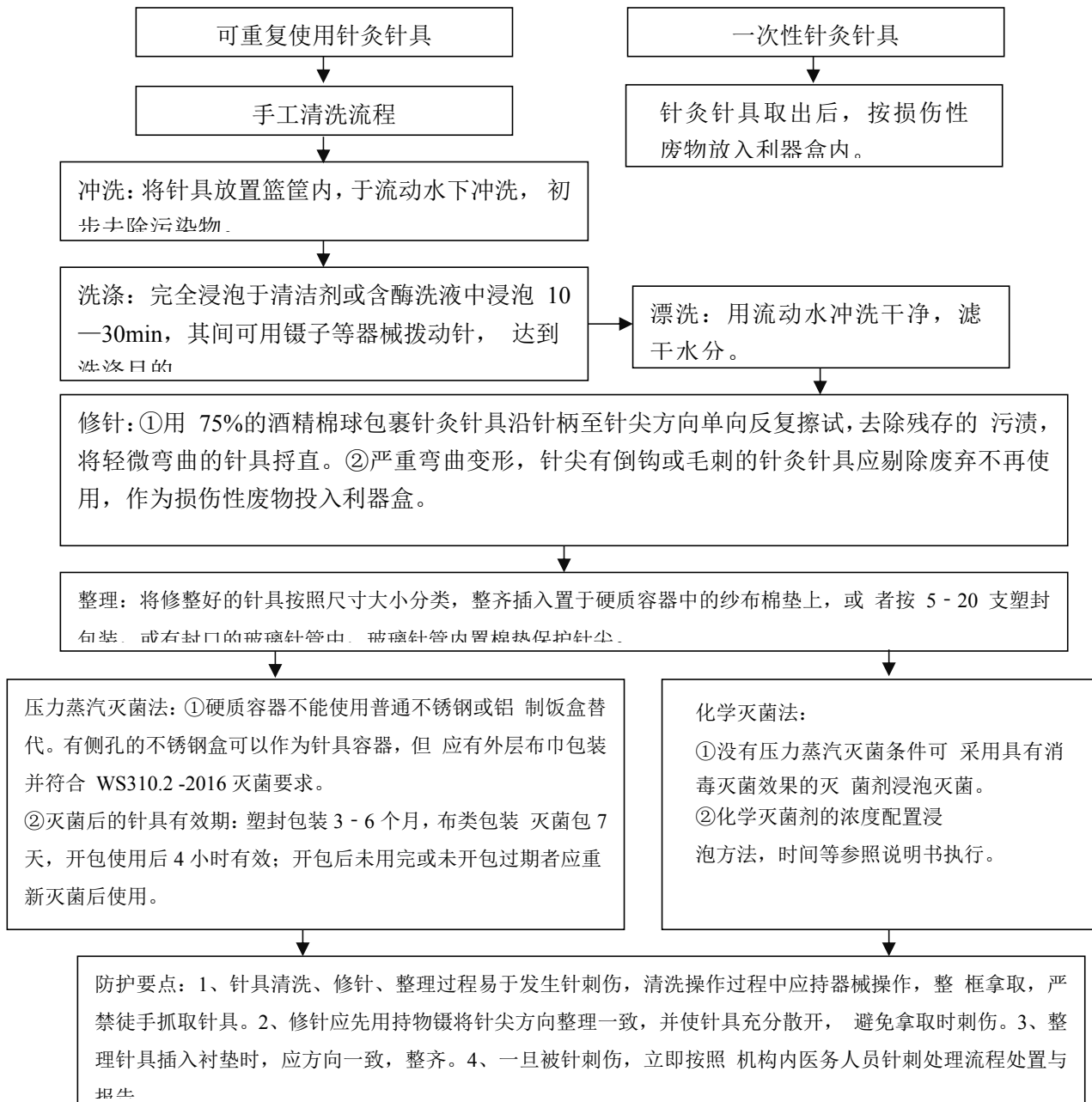
修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页

针灸针具：指中医诊疗中可重复使用的毫针、耳针、头针、梅花针、长圆针、小针刀、三棱针等。针灸针具进入人体组织或器官，应达到灭菌水平，严格一人一用一灭菌，按照“清洗—修针—整理—灭菌—无菌保存”程序处理或一次性使用。提倡使用一次性针灸针具。



YG-LC-017：外科手消毒流程图

版 本：5

修订部门：医疗质量管理委员会

审核人：夏光明

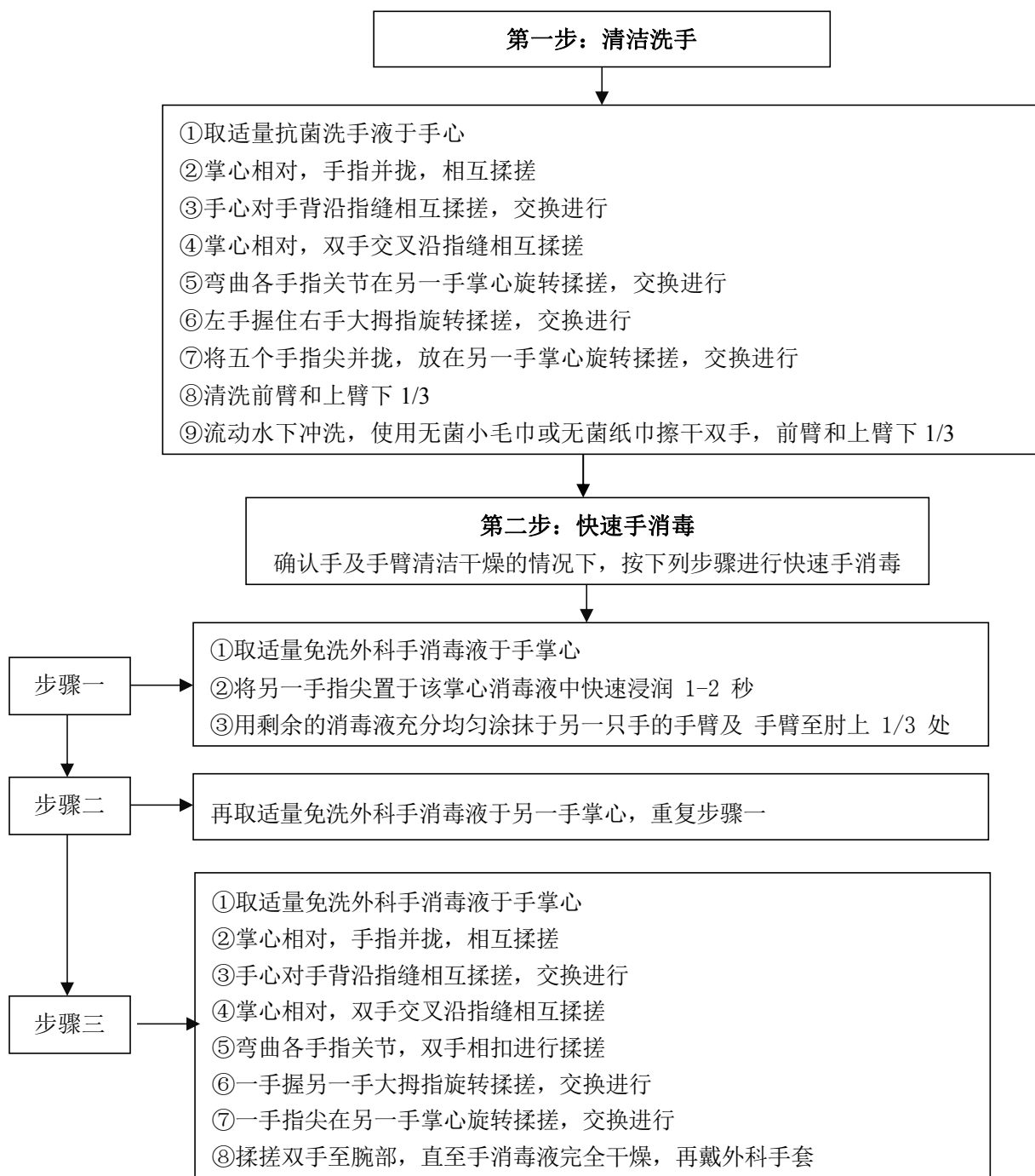
批准人：曾 勇

修订日期：2023 年 4 月 24 日

生效日期：2023 年 9 月 1 日

修 订 人：张 慧

页 码：第 1 页，共 1 页



团结 严谨 务实 创新

UNITE · RIGOROUS · PRAGMATIC · INNOVATE

