

目 录

第一部分 医院感染管理组织机构及各级人员职责.....	1
一、医院感染管理组织机构及任务	1
二、医院感染管理各级人员职责	2
（一）医院感染管理委员会职责	3
（二）院感办职责	4
（三）院感办主任职责	5
（四）医院感染专职人员职责	6
（五）科室医院感染管理小组职责	6
（六）科主任职责	7
（七）感控医生职责	8
（八）床位医生职责	9
（九）护士长职责	9
（十）感控护士职责.....	10
（十一）医务人员医院感染防控职责	10
（十二）医务科在医院感染管理中的职责.....	11
（十三）护理部在医院感染管理中的职责.....	12
（十四）药剂科在医院感染管理中的职责.....	12
（十五）检验科在医院感染管理中的职责.....	13
（十六）设备科在医院感染管理中的职责.....	13
（十七）总务后勤科在医院感染管理中的职责	14
（十八）总务后勤科在医疗废物管理中的职责.....	15
（十九）各科室在医疗废物管理中的职责.....	16

第二部分 医院感染管理工作制度	17
一、医院感染管理制度	17
二、感控分级管理制度	18
三、医院感染预防与控制制度	19
四、医院感染管理会议制度	20
五、院感办工作制度	21
六、医院感染培训制度	22
七、医院感染病例监测、报告与控制制度	25
八、环境卫生学及消毒灭菌效果监测与质量持续改进制度	27
九、医院感染综合性监测管理制度	29
十、消毒隔离制度	32
十一、安全注射管理制度	35
十二、手卫生管理制度	37
十三、无菌技术操作制度	39
十四、医务人员职业卫生防护制度	42
十五、新业务、新技术感染风险评估制度	44
十六、一次性使用无菌医疗用品管理制度	45
十七、消毒药械管理制度	46
十八、消毒产品进货检查验收制度	48
十九、感染风险评估制度	49
二十、诊疗器械/物品清洗消毒和/或灭菌制度	50
二十一、侵入性操作医院感染控制制度	51
二十二、传染病预检分诊制度	52

二十三、医院感染暴发及突发事件的监测、上报和控制制度·····	54
二十四、医院感染暴发责任追究制度·····	55
二十五、医院感染相关不良事件报告与处理制度·····	57
二十六、群发性原因不明疾病监测报告制度·····	58
二十七、医疗废物管理责任制·····	59
二十八、医疗废物管理制度·····	61
附录：医疗废物分类目录·····	63
二十九、医疗废物产生点工作制度·····	64
三十、医疗废物暂时贮存地点工作制度·····	66
三十一、医院生活垃圾分类管理工作制度·····	67
三十二、胎盘处置管理制度·····	69
三十三、死胎、死婴管理制度·····	70
三十四、废弃输液瓶（袋）处置管理制度·····	71
三十五、多重耐药菌医院感染预防与控制制度·····	73
三十六、多重耐药菌感染管理联席会议制度·····	82
三十七、多部门参与的多重耐药菌的管理合作机制·····	84
三十八、抗菌药物合理应用管理制度·····	88
三十九、医院环境清洁与消毒制度·····	92
四十、空气消毒机使用管理制度·····	96
四十一、紫外线消毒管理制度·····	97
第三部分 重点部门医院感染管理制度·····	99
一、手术室医院感染管理制度·····	99
二、感染手术管理制度·····	102

三、重症医学科医院感染管理制度	103
四、血透中心医院感染管理制度··	108
五、血透中心传染病管理制度	112
六、透析液和透析用水质量监测制度	114
七、产房医院感染管理制度	115
八、危重新生儿救治中心感染预防与控制制度	117
九、新生儿室医院感染管理制度	119
十、新生儿沐浴医院感染管理制度	123
十一、婴儿培养箱（保温箱）清洁消毒制度.....	123
十二、母婴同室医院感染管理制度	125
十三、人流室医院感染管理制度	127
十四、消毒供应中心医院感染管理制度	128
十五、植入物及外来手术器械管理制度	132
十六、麻醉科医院感染管理制度	133
十七、导管室医院感染管理制度	134
十八、输血科医院感染管理制度	135
十九、检验科医院感染管理制度	136
二十、生物安全管理制度	138
二十一、生物实验室意外事故紧急处理措施	139
二十二、实验室医疗废物处理制度	141
二十三、内镜中心医院感染管理制度	142
二十四、口腔科医院感染管理制度	146
二十五、眼科医院感染管理制度	147

二十六、感染性疾病科医院感染管理制度	149
第四部分 重点部位医院感染预防与控制制度	152
一、呼吸机相关肺炎感染预防与控制制度	152
二、导尿管相关尿路感染预防与控制制度	156
三、导管相关血流感染预防与控制制度	160
四、手术部位感染预防与控制制度	162
五、皮肤软组织感染预防控制制度	168
六、胃管感染预防与控制制度	171
七、引流管感染预防与控制制度	172
第五部分 其他科室医院感染管理制度	174
一、门、急诊医院感染管理制度	174
二、治疗准备室医院感染管理制度	176
三、处置室、治疗室、注射室医院感染管理制度	177
四、病区医院感染管理制度	179
五、病理科医院感染管理制度	183
六、放射科医院感染管理制度	184
七、针灸推拿科医院感染管理制度	186
八、超声诊断室医院感染管理制度	188
九、心电图室消毒隔离工作制度	190
十、急救转运医院感染管理制度	191
十一、救护车医院感染管理制度	192
十二、医院候诊区消毒隔离制度	194
十三、医用织物洗涤消毒管理制度	194

十四、食堂医院感染管理制度	196
十五、医院空气净化系统感染管理制度	197
十六、医院中央空调通风系统管理制度	199
十七、医院污水处理感染管理制度	202
十八、医院感染质量控制与考评制度	203
十九、不同传播途径疾病隔离与预防制度	204
二十、传染病相关医院感染预防与控制制度	207
二十一、发热门诊消毒隔离制度	209
二十二、肠道门诊消毒隔离制度	211
二十三、中医治疗室消毒隔离制度	213
第六部分 中医医疗技术感染防控制度	214
一、中医医疗技术感染预防与控制制度	214
二、中医针刺类技术相关性感染预防与控制制度	217
三、中医刮痧类技术相关性感染预防与控制制度	219
四、中医拔罐类技术相关性感染预防与控制制度	222
五、中医敷熨熏浴类技术相关性感染预防与控制制度	224
六、中医灸类和推拿类技术相关性感染预防与控制制度	226

第一部分 医院感染管理组织机构及各级人员职责

一、医院感染管理组织机构及任务

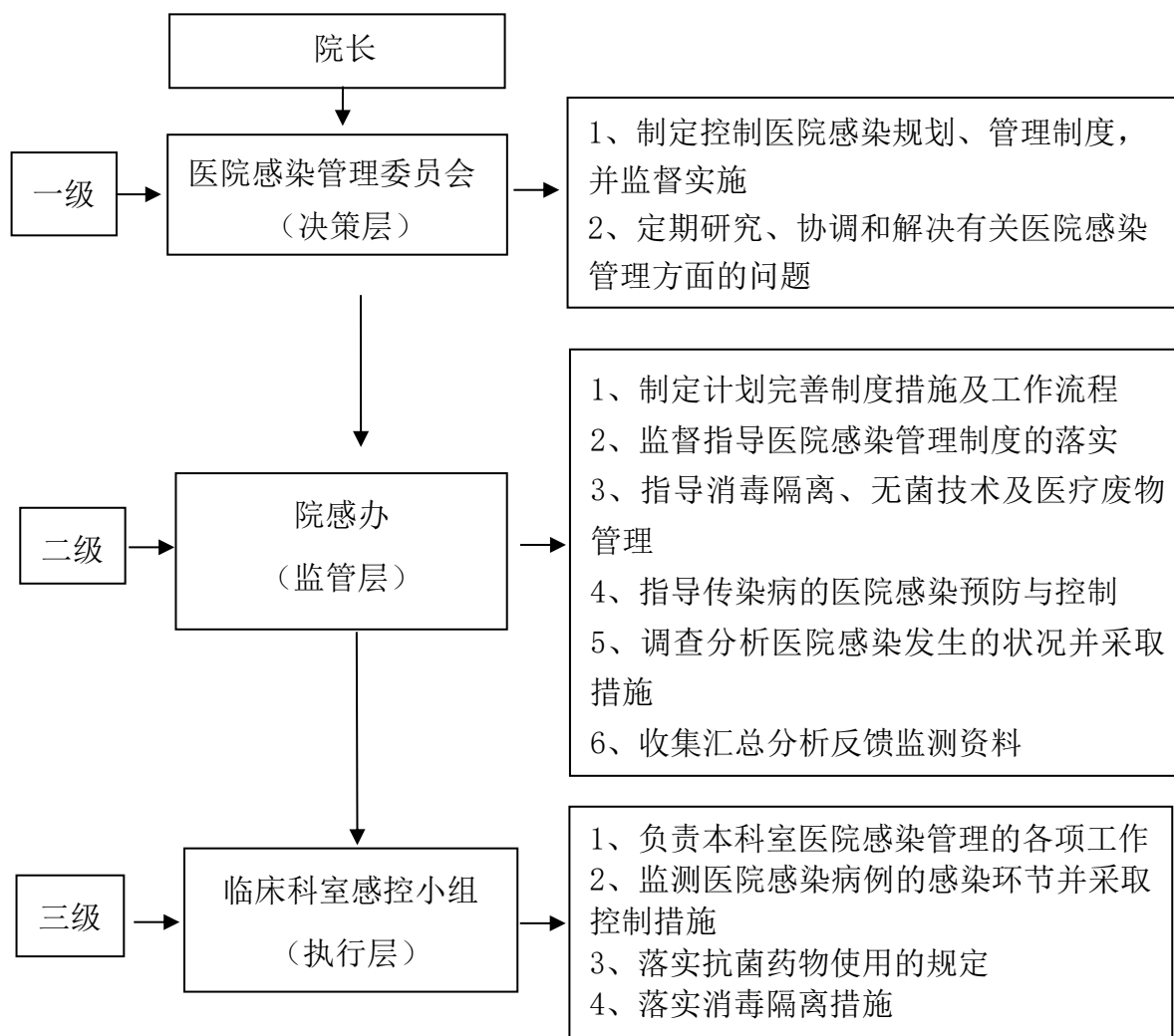
为了预防和控制医院感染，落实医院监控计划，系统地收集、整理、分析及报告有关医院感染信息资料，院内成立医院感染管理三级监控网组织，即医院感染管理委员会、院感办、科室医院感染管理小组。履行各级各类人员的职责，承担全院医院感染管理监测和质量管理工作。

1、医院感染管理委员会：主任委员由书记、院长担任，副主任委员由分管院长担任，委员由医务科、质控科、院感办、护理部、门诊部、临床相关科室、消毒供应中心、手术室、检验科、药剂科、设备科、总务科等科室主要负责人组成。

2、院感办：属于独立的职能管理部门，由科室负责人及医院感管理专职人员组成。按照医院规模和功能任务配备相应的专职人员，负责医院感染预防与控制方面的管理和业务工作，对因不履行职责，导致发生医院感染事件的，要按相关规定追究其责任。

3、科室医院感染管理小组：由科主任担任组长、护士长任副组长、成员由相对固定的监控医生和监控护士组成，科主任为本科室医院感染管理第一责任人。

医院感染防控组织结构及任务图



二、医院感染管理各级人员职责

（一）医院感染管理委员会职责

1、认真贯彻医院感染管理方面的法律法规及技术规范、标准，制定本医院预防和控制医院感染的规章制度、医院感染诊断标准实施意见并监督执行。

2、根据预防医院感染和卫生学要求，负责对本医院的建筑设计、重点科室建设的基本标准，基本设施和 workflows 进行审查并提出明确意见。

3、负责对全院使用的消毒灭菌药械进行监督管理。

4、研究并确定本医院的医院感染管理工作计划，按季度对计划的实施进行考核和评价，并纳入医院综合目标管理，

5、研究并确定本医院的医院感染重点部门、重点环节、重点流程、危险因素以及采取的干预措施，明确各有关部门、人员在预防和控制医院感染工作中的责任，

6、研究并制定医院发生医院感染暴发及出现不明原因传染性疾病或者特殊病原体感染病例等事件时的控制预案。

7、根据本省，本地区病原体特点和耐药现状，配合本院药事管理与药物治疗学委员会提出合理使用抗菌药物的指导意见。

8、建立会议制度，至少每季度一次研究、协调和解决有关医院感染管理方面的问题。

9、医院感染管理委员会成员应定期接受相关知识培训，加强继续教育。

10、其他有关医院感染管理的重要事宜。

（二）院感办职责

1、对各科室、各部门预防和控制医院感染的有关规章制度的落实情况进行检查和指导。

2、对医院感染及其相关危险因素进行持续监测、分析和反馈，针对问题提出控制措施并指导实施。

3、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。

4、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。

5、对传染病的医院感染控制工作提供指导。

6、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。

7、对医院感染暴发事件立即报告和进行调查分析，提出控制措施并协调、组织有关部门进行处理。

8、对医务人员进行预防和控制医院感染的培训工作。

9、参与对耐药菌的监测和抗菌药物临床应用的管理工作。

10、负责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，对存在问题及时汇报医院感染管理委员会。

11、组织开展医院感染预防与控制方面的科研工作。

12、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。

（三）院感办主任职责

1、在主管院长的领导下负责本科室的业务及行政领导工作。

2、根据国家和上级卫生行政部门的相关法律、法规、技术指南及部门规章，起草和修订本院预防与控制医院感染的相关制度、工作流程、医院感染质量控制标准和持续改进方案等，报医院感染管理委员会审批后，组织实施、监督管理和效果评价。

3、制定本院医院感染管理工作的年度、季度、月工作计划，并组织实施。

4、怀疑或被确定发生医院感染暴发、流行时，经核实后立即报告院长和感染管理委员会，并组织调查、分析，针对感染源、感染途径和感染人群提供专业控制建议，同时监督控制措施的实施并进行效果评价，写出调查控制报告。

5、每季度对医院感染监测结果汇总、分析并评价，向医院感染管理委员会报告，并向全院医务人员反馈；每年对监测资料进行汇总、分析及评估，特殊情况应及时汇报和反馈。

6、负责各级各类人员预防和控制医院感染知识与技能的培训并提供技术咨询。

7、负责组织本科室业务学习，提高专职人员医院感染管理能力。

8、制定医务人员职业暴露紧急处理程序，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。

9、参加医院感染学术交流活动，为临床医务人员提供最新、最有效的感染控制信息。

（四）医院感染专职人员职责

1、在科主任的领导下，负责医院感染流病学监测、对各科室的消毒隔离工作、医疗器械的消毒灭菌质量、无菌操作技术、环境卫生学监测、医务人员职业防护以及医疗废物管理等情况进行督导检查，并对检查结果进行分析和评价，发现问题及时纠正，防止医院感染的暴发流行。

2、进行医院感染漏诊、漏报调查，漏报调查样本量不少于年监测病人数的 10%。

3、开展医院感染的前瞻性及目标性监测、重点感染部位、重点环节、重点人群及高危因素的监测，怀疑发生医院感染流行、暴发时，立即报告科主任，并参与调查、提出控制建议，同时现场督导医院感染控制措施的落实。

4、每月、季、年对全院各科室的监测资料进行汇总，并以书面形式对资料进行分析评价，提出改进措施，为质量考评与《医院感染管理简报》提供依据和稿件。

5、对医院感染管理制度的落实情况进行检查和指导。

6、对消毒药械、一次性医疗用品的相关证明进行审核。

7、参与医院感染管理知识的培训和医院感染的专题研究。

（五）科室医院感染管理小组职责

1、根据医院感染管理工作总体规划，结合本科室医院感染的特点，制定各项管理制度，并负责组织实施。

2、持续开展医院感染病例的监测，填写医院感染病例调查表。及时监控各类感染环节，采取有效措施，降低本科室医院感染发病率。

3、发现医院感染病例及时送验病原学检查，查找感染源、感染途径，以控制感染的蔓延，做好感染病例的登记工作，并于 24 小时内填写“医院感染监测上报卡”上报院感办；发现有医院感染流行趋势时，及时报告院感办，积极协助调查，并妥善诊治患者等。

4、监督检查本科医师合理用药和合理使用抗菌药物，抗菌药物使用率力争控制在 50%以下。护士应根据各种抗菌药物的药理作用、配伍禁忌和配置要求，准确执行医嘱，观察病人用药后的反应，必要时向经治医师报告。

5、督促本科室人员执行无菌技术操作，落实消毒隔离和标准预防各项措施，保障医疗安全。

6、按规定进行消毒灭菌效果和环境卫生学监测，符合有关标准要求。

7、组织本科室人员积极参加预防和控制医院感染知识的培训，每人每年不少于 6 学时。

8、做好对其他工作人员和病人、陪护、探视人员的卫生学管理。

（六）科主任职责

1、在科范围内组织执行监控计划，并根据本科室特点制定感染监控措施及质控方法。

2、组织本科室人员开展医院感染专题讲座宣传感染预防知识。

3、从预防医院感染角度改进诊疗操作技术。

4、一旦发现本科室有感染暴发苗头，立即向医院感染管理委员会报告，并采取有效措施及时控制感染流行，同时应将感染流行情况书面报告院感办。

（七）感控医生职责

1、检查督促本科感染监近期计划的落实，全面了解科内医院感染动态。

2、负责管理、检查住院医师填写《医院感染调查表》，出现感染病人时，应及时填写《医院感染病例登记表》，对出现的医院感染病例，及时了解病情转归、有无流行趋势，并制定防范措施，有流行暴发趋势或发生流行暴发时，应立即上报科主任和医院感染管理委员会、院感办，以便采取综合措施，有效控制医院感染。

3、掌握本科室每月住院病人医院感染发生情况，总结本月医院感染相关情况加强持续改进措施，并将信息资料按要求上报院感办，发生暴发流行时随时报告。

4、掌握合理使用抗菌药物的原则，避免在本病区滥用抗菌药物的现象出现。

5、组织全科学习医院感染相关信息资料，使医院感染的知识普及到每位医务人员。

（八）床位医生职责

1、感染性疾病病人入院时应作病原学检查，并在 72 小时后作病原学对照检查以了解菌种变化，对新发生的感染病例应按《医院感染诊断标准》要求作相应的检查和处理。

2、非感染性疾病患者，应注意有无医院感染的高危因素，凡存在易感因素（如营养不良、免疫功能低下等）或需进行侵袭性操作者无论是否发生病区内的医院感染均应逐项填写《医院感染调查表》；发生医院感染病例应重点管理，采取相应的措施，避免其在病区内造成流行；对发生医院感染病例应及时进行细菌学培养和抗菌药物体外药物敏感试验，并报告病区感控医生，同时填写“医院感染监测上报卡”上报院感办，严格执行各项防控措施。

（九）护士长职责

1、在科主任的领导下落实科内监控计划，并根据本科室制定感染防控措施及质控计划，管理督促执行消毒隔离措施的实施。

2、督促并支持感控护士完成医院环境卫生学、消毒灭菌效果的监测工作。

3、对护士、实习生、进修生、科内工勤人员等进行无菌技术操作和消毒隔离方法的培训。

4、按照临床感控小组要求，做好医院感染病例及临床耐药菌的监测工作，做好临床医疗废物的管理。

5、发现有关医院感染问题及时向科主任汇报，一旦发现本科室有

感染暴发苗头，立即向院感办报告，并采取有效措施及时控制感染流行，同时就将感染流行情况书面报告科主任及院感办。

6、就有关院感控制的临床问题向院感办反映并提出建议。

7、做好院感管理方面的工作总结和工作计划。

（十）感控护士职责

1、在护士长领导下和医院感染专职工作人员的业务指导下，做好本病区预防医院感染的管理工作。

2、督促检查本病区预防医院感染各项制度的落实，防止因护理不当造成的医院感染，督促和本病区人员做好消毒隔离工作。

3、加强治疗室、治疗准备室、抢救室、处置室等重点区域的医院感染防控工作。

4、协助床位医生按时填写好《医院感染调查表》，对疑有医院感染者督促其留取标本送细菌学检查及药物敏感试验。

5、负责对本科室病人进行预防医院感染等健康教育和宣传工作。

（十一）医务人员医院感染防控职责

1、严格执行无菌技术操作规程、消毒隔离和标准预防等各项规章制度。

2、遵照卫健委《抗菌药物临床应用指导原则》和本省相关规定，做到正确、合理使用抗菌药物。

3、掌握医院感染诊断标准，持续进行住院病人医院感染监测，若

发现医院感染病例应及时送检病原学检查及药敏试验，积极救治患者并如实填报。

4、发现有医院感染流行趋势时立即报告院感办，并协助调查；发现法定传染病，按《传染病防治法》的规定上报；并做相应的消毒隔离工作。

5、正确进行各项技术操作，掌握自我防护知识，遵循手卫生管理规范。

6、正确执行医疗废物的无害化处置和管理工作。

7、参加预防和控制医院感染知识培训，每人每年不少于 6 学时。

8、做好病人及陪护人员的卫生宣教工作。

（十二）医务科在医院感染管理中的职责

1、将医院感染管理工作作为医疗质量管理的重要内容，督促医务人员认真执行医院感染管理的各项规章制度。对医院感染管理工作的考评，其分值比例不低于医疗质量分值的 10%。

2、协助组织医师和医技部门人员进行医院感染预防和控制知识的培训。

3、监督、指导医师和医技部门人员严格执行无菌技术操作规程，坚持合理治疗、合理用药、合理使用抗菌药物，执行一次性使用**无菌**医疗用品的管理。

4、发生医院感染流行或暴发趋势时，统筹协调、组织相关科室、部门开展医院感染调查与控制工作；根据需要进行医师人力调配，积

极组织对病人的治疗和善后处理。

（十三）护理部在医院感染管理中的职责

1、将医院感染管理工作作为护理质量管理的重要内容，督促护理人员认真执行医院感染管理的各项规章制度。对医院感染管理工作的考评，其分值比例不低于护理质量的 20%。

2、协助组织全院护理人员进行医院感染预防和控制知识的培训。

3、监督、指导护理人员严格执行无菌技术操作、消毒灭菌与隔离、一次性使用无菌医疗用品的管理、医疗废物处置以及职业暴露防护等规章制度。

4、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，协助开展医院感染的调查与控制工作。

5、严格消毒供应中心、手术室标准化管理。内部布局合理，周围环境无污染源。确保清洗、消毒、灭菌质量和无菌医疗用品一人一用一灭菌。

（十四）药剂科在医院感染管理中的职责

1、负责本院抗菌药物临床应用的管理和不良反应的监测，指导医务人员严格执行《抗菌药物临床应用指导原则》、《抗菌药物临床应用管理办法》等相关规定。定期检查并通报全院合理用药和抗菌药物的使用情况。

2、开展抗菌药物合理使用培训，及时为临床提供抗感染药物的使

用信息，定期对不合理用药的现象进行点评，并提出改进意见。

3、检验科和药剂科须分别履行定期公布主要致病菌及其药敏试验结果和定期向临床医务人员提供抗感染药物信息的职责，为合理使用抗感染药物提供依据。

4、及时进行输液反应调查和处理。

（十五）检验科在医院感染管理中的职责

1、负责医院感染常规微生物监测工作。

2、开展医院感染病原微生物的培养、分离鉴定、药敏试验及其药敏实验结果。

3、负责对本院高危的空气、物体表面和医务人员手的检测每月一次。

4、负责对使用中的消毒剂和灭菌剂的检测每季度一次。

5、负责对消毒、灭菌后的物品器械每季度检测一次。

6、按时完成全省细菌耐药监测中心布置的监测任务。

7、正确、安全处置病原体的培养基、标本和菌种、毒种保存液等高危险性医疗废物。

8、发生医院感染流行或暴发时，承担相关检测工作。

（十六）设备科在医院感染管理中的职责

1、根据临床需要和医院感染管理委员会对消毒灭菌药械（含一次性使用无菌医疗器械）选购的审定意见对全院实行统一采购。按照国

家有关规定进行采购索证、进货质量验收，严把验证准入和质量关，并指定专人妥善保管，负责建立登记账册。接受院感部门的监督检查，每季度一次。

2、临床使用一次性无菌医疗器械若发生热原反应、感染或其他异常情况时，应立即停止使用，及时留取样本送验。设备管理部门应及时报告当地药品监督管理部门，不得自行作退、换处理。

3、负责对临床使用的大型消毒器械定期进行维护、保养和登记。（可参照说明书）并记录备查。

（十七）总务后勤科在医院感染管理中的职责

1、根据《综合医院建筑标准》有关卫生学标准及预防医院感染的要求，在新建、改建、扩建医院建筑时，需与院感办共同审评建筑设计方案。

2、负责组织医疗废物的分类收集、运送、临时贮存与转运交接工作，接受院感部门的督查，每月一次。

3、负责组织污水的处理、排放工作，符合国家污水排放标准。

4、对洗衣房的工作进行监督管理，做到洁污分开、物流顺行通过，专车、专线运输，避免在病房清点污单。

5、监督医院营养的卫生管理工作，符合《中华人民共和国食品卫生法》要求。

（十八）总务后勤科在医疗废物管理中的职责

1、掌握国家相关法律、法规、规章和有关规范性文件的规定，熟悉本院医疗废物管理制度、工作流程和各项工作要求。设置专职人员负责医疗废物的收取、转运和暂时贮存的管理工作。

2、医疗废物运送人员每天对各科室已分类收集且包装好的医疗废物进行收取，用专用的密闭容器按规定时间和指定路线运送至医疗废物暂贮间，并按规定与医疗废物集中处置部门移交处置。

3、专职人员在运送医疗废物前，应当检查包装的封口及标签是否符合要求，不得将不符合要求的医疗废物运送至医疗废物暂贮间。

4、收取医疗废物时，应认真做好医疗废物内部交接工作，交接双方确认签字。

5、每次运送工作结束，应当在指定地点对运送工具进行清洁，并用 1000mg/L 含氯消毒液喷洒消毒容器内外。

6、放入包装袋或容器内的感染性废物，病理性废物、损伤性废物等不得取出。病理性废物应低温存放。

7、医疗废物暂时贮存场所，应有严密的封闭措施，设专人管理，防止非工作人员接触医疗废物。应有防鼠、防蚊蝇、防渗漏等安全措施。设有明显的医疗废物警示标识和“禁止吸烟、饮食”的警示标识。

8、工作中发现问题应及时向科主任和院感办汇报，对于违规违纪的科室或个人，应向医疗废物管理委员会提交违规违纪的事实和处罚建议书。

9、将医疗废物交接登记资料和危险废物转移联单造册登记，资料保存 3 年。

（十九）各科室在医疗废物管理中的职责

1、严格按照《医疗废物分类目录》将本科室产生的感染性、损伤性、病理性、药物性、化学性医疗废物分别置于相应的容器中。

2、医疗废物置于专用黄色包装袋中，生活垃圾置于黑色包装袋中。医疗废物不得混入生活垃圾中。

3、废弃的麻醉、精神、放射性、毒性药品及相关废物的管理，应按照国家有关规定、标准执行。少量的药物性废物可以混入感染性废物中，但应当在标签上注明。

4、批量含有汞的体温计、血压计等医疗器具报废时，应当交由专门机构（设备科）集中处置。

5、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废物，应当首先在产生地点进行压力蒸汽灭菌或化学消毒处理后，按感染性废物收集处置。

6、传染病病人或者疑似传染病病人产生的所有废弃物均应按医疗废物处置并使用双层医疗废物袋收集。

7、分类收集的医疗废物应按要求规范包装，包装袋外粘贴标签，注明：科室、医疗废物类别、日期等内容。

8、与医疗废物专职运送人员当面如实交接医疗废物，妥善保存交接资料以备检查。

9、工作人员在处置医疗废物过程中规范操作，小心处理锐器，避免发生职业暴露。

第二部分 医院感染管理工作制度

一、医院感染管理制度

1、为有效预防和控制医院感染的发生，保障患者安全，提高医疗质量，各科室应加强医院感染管理工作。

2、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》和《医疗机构消毒技术规范》等相关法律法规的规定，规范医院感染管理的各项工作。

3、建立健全医院感染监控组织机构，成立医院感染管理委员会、院感办和临床科室医院感染监控小组，实行三级网络管理体系。配备与医院规模相适应的医院感染管理专职人员。各职能部门和各级人员应认真履行职责，按要求完成各自的工作。

4、将医院感染管理质量考核纳入医疗质量考核的项目中。

5、院感办负责医院感染管理的日常工作，具体负责医院感染预防与控制工作的技术指导、医院感染的监测、监督检查等。

6、医院应制定医院感染监测报告制度并组织实施，按照《医院感染监测规范》全面开展医院感染的各项监测项目，并由院感办具体组织实施、监督和评价，定期进行核查和反馈。

7、医务人员应严格执行清洁、消毒、灭菌、隔离制度和无菌操作技术规程，以及医院感染管理的各项规章制度。

8、建立医院感染管理的在职教育制度，定期对医院的各级各类人员进行预防与控制医院感染知识的宣传、培训和考核。

9、医院使用的消毒药械、一次性使用无菌医疗用品的采购、储存、

使用及用后处理，应符合医院感染管理的有关要求，并由院感办负责监督检查。新购进产品前，采购部门必须按规定向销售者索取相关证明和资质，经院感办审核、主管院长审批后方可购买。

10、医院的改建、扩建和新建，必须符合《综合医院建筑标准》、医院卫生学标准以及预防医院感染的相关要求。

11、总务科负责医院污水、污物的处理，并达到国家相关规定。

二、感控分级管理制度

为进一步加强医院感染预防与控制（以下简称感控）工作，提高医疗质量，保障医疗安全，维护人民群众身体健康与生命安全，根据《医院感染管理办法》、《医院感染预防与控制评价规范》、《医疗机构感染预防与控制基本制度》等规定，结合本院实际情况，制定本制度。

1、医院按规定建立感控组织体系，明确管理体系中各层级、各部门及其内设岗位的感控职责；明确各层级内部、外部沟通协作机制。

2、书记、院长作为医院感控管理第一责任人，分管院长作为医院感控管理直接责任人，负责组织、协调、监督有关医院感控管理各项规章制度的落实。

3、职能、临床医技等科室的主要负责人是本科室感控工作的第一责任人。

4、本院的感控分级管理组织体系的各层级主体包括：医院感控管理委员会、院感办、临床与医技等科室感控管理小组，以及感控专职人员等。

5、本院的管理层级为“医院、感控管理部门和临床医技科室”的三级管理模式。各部门要履行好自己的职责，不得推诿责任。

6、本院感控涉及的相关职能和技术部门包括但不限于医疗、药学、护理、信息、总务后勤、医学设备、质量控制、检验、门诊等部门；涉及的临床与医技科室包括全部临床学科、专业，并覆盖各学科、专业所设立的门（急）诊、病区和检查治疗区域等。

7、医院教育引导全体工作人员践行“人人都是感控实践者”的理念，将感控理念和要求融入到诊疗活动全过程、全环节、全要素之中。

8、规范预检分诊工作，落实传染病防控措施，将发热伴有呼吸道、消化道感染症状，以及其他季节流行性感染疾病症状、体征的就诊者纳入预检分诊管理；将基于特定病种、操作和技术等感染防控核心措施纳入重点病种临床路径管理和医疗质量安全管理；参与抗菌药物临床合理应用与管理。

三、医院感染预防与控制制度

1、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》、《医疗机构消毒技术规范》等法律法规和规定，成立医院感染管理委员会，全面领导医院感染管理工作。

2、拟定全院医院感染控制方案、工作计划、工作标准、操作流程等，制定医院感染管理制度，并组织实施、监督和评价。

3、对全院各级各类人员进行预防与控制医院感染相关知识的培训和考核。

4、开展医院感染发病情况的监测，定期对医院环境卫生学、消毒、灭菌效果的监测，及时汇总、分析监测结果，发现问题，制定改进措施，并监督实施。

5、对发生的医院感染暴发流行病例进行调查、分析，提出控制措施，并组织实施。

6、执行抗菌药物合理使用管理，开展耐药菌的监测，建立细菌耐药性监测的预警机制，制定耐药菌感染预防与控制措施，并监督落实。

7、对医院购入的消毒药械、一次性使用无菌医疗用品的资质进行审核，对其储存、使用及用后处理进行监督管理。

8、协调全院各科室医院感染监控工作，提供业务技术指导和咨询，推广新的消毒方法和消毒剂。

9、定期分析评价监测资料，并及时向各科室反馈。

10、发现医院感染的危险因素，应采取有效措施，预防和控制医院感染的发生。

11、及时向主管院长和感染管理委员会汇报医院感染控制的动态，并向全院通报。

12、开展医院感染的专题研究。

四、医院感染管理会议制度

1、医院感染管理实行例会制度，每年至少召开两次会议。遇有突发事件或急于解决的事项，应随时召开，商讨、确定解决方案。

2、医院感染管理委员会委员必须按时参加会议，如因故不能到会

者，应向主任委员请假，不得无故缺席。

3、出席会议的人员不得少于委员会成员的 3/4。

4、总结汇报上年度医院感染管理工作情况，通报医院感染监测结果，部署下一年度医院感染管理工作重点。

5、研究、讨论、分析医院感染现状，提出存在问题，制定持续改进措施。

6、对重大提案交由委员会讨论，形成决议，由医院感染管理委员会主任审定。

五、院感办工作制度

1、在医院感染管理委员会及主管院长的领导下，开展医院感染管理的各项工作。

2、负责拟定医院感染管理工作计划，提交医院感染管理委员会审定后，组织实施；负责拟定医院感染管理工作制度，并督促执行。

3、定期开展现患率调查及前瞻性调查，有目的、有计划地开展高危人群、高危因素及多重耐药菌的目标性监测，发现问题及时分析整改，持续改进。

4、对重点部门环境卫生学及消毒灭菌效果进行抽检，督促科室对空气消毒设施、设备维护保养、监测，保证消毒效果。

5、对医院感染的重点部位、重点人群、重点环节、危险因素进行监控，随时掌握医院感染发病情况和危险因素，督促消毒隔离措施的执行。

6、发现疑似医院感染暴发或感染暴发苗头时应及时核实，并向主管院长请示报告；协助组织人员进行现场采样和流调，查找感染源，分析感染原因，迅速采取切实有效的控制措施。

7、每季度对医院感染各项管理指标进行一次综合质量考核，并通过院感简报反馈临床科室。

8、做好各科室之间的医院感染管理的协调工作，发现问题及时解决。

9、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。对其储存、使用中的保管及使用后的处理进行监督。

10、负责医院感染管理知识的培训和考核。

11、对医务人员的职业安全防护进行检查并提供指导。

12、协助总务后勤科做好医疗废物管理工作，定期对全院各科室医疗废物分类收集、运送、暂存情况进行监督、检查、指导。

六、医院感染培训制度

1、每年组织全院全体工作人员进行医院感染相关法律法规、医院感染管理相关工作规范和标准、专业技术知识的培训与考核。

2、医务人员参加预防和控制医院感染相关知识的继续教育课程、学术活动等每年不少于 6 学时，工勤人员每年不少于 3 学时，医院感染管理专职人员每年应接受培训的时间不少于 15 学时，医院感染管理委员会成员应不少于 9 学时。

3、对新上岗人员、进修生、实习生进行岗前培训，时间不得少于

3学时，考核合格后方可上岗。

4、医院感染专业人员应当具备医院感染预防与控制工作的专业知识，并能够承担医院感染管理和业务技术工作，医院感染专职人员每年至少接受一次省级以上专业知识培训。

5、医务人员应当掌握与本职工作相关的医院感染预防和控制方面的知识，落实医院感染管理规章制度、工作规范和要求。工勤人员应当掌握有关预防和控制医院感染的基础卫生学和消毒隔离知识，并在工作中正确运用。

6、科室定期学习无菌技术操作规程，医院感染诊断标准，抗感染药物合理使用，消毒药械正确使用等相关知识。

7、从相关报刊、杂志、《感控工作间》下载有关内容进行感染管理知识宣传。

8、重点培训内容：

(1)医生培训内容：

- ①医院感染概论（概念、暴发流行、内源性感染、微生态失衡）；
- ②医院感染诊断标准及医院感染监测；
- ③细菌耐药机制、抗感染药物合理应用与抗感染治疗新知识；
- ④侵入性器械/操作相关医院感染的预防与控制；
- ⑤手卫生与感染控制；
- ⑥临床微生物标本的正确采集与运送；
- ⑦医院清洁、消毒灭菌与隔离、无菌操作技术；
- ⑧医院感染暴发和处理步骤；

⑨本科室常见医院感染的预防与控制。

(2) 护士培训内容：

①医院感染概论（概念、暴发流行、内源性感染、微生态失衡）
及医院感染监测；

②医院感染暴发和处理步骤；

③医院清洁、消毒灭菌、隔离知识与进展及其在医院感染预防和控制中的应用；

④消毒、灭菌药械的合理使用与监测；

⑤侵入性器械/操作相关医院感染的预防；

⑥临床与环境微生物标本的采集与运送；

⑦一次性无菌医疗用品的医院感染管理；

⑧手卫生与感染控制；

⑨抗感染药物的合理应用、合理给药与毒副反应

⑩本科室常见医院感染的预防与控制。

(3) 医技人员培训内容：

①本科室医院感染的特点与控制；

②消毒剂合理应用与浓度监测；

③侵入性操作相关医院感染的预防；

④检验科临床微生物人员：临床微生物学（包括细菌和相应药物选择）与医院感染管理知识；

⑤药剂科人员：抗感染药物的管理与合理应用、作用机制与毒副反应；

⑥设备科人员：国家、地方一次性使用医疗器械、器具和消毒器械的医院感染管理有关规定。

(4) 行政管理人员培训内容：

①医院感染管理工作及其理论的进展，本院医院感染管理的要点、相关管理知识、管理方法；

②医院感染管理工作主管院长、医务科主任、护理部主任应参加各级卫生行政部门组织的有关培训。

(5) 后勤人员培训内容：

①医院清洁、消毒灭菌与隔离的基本知识，消毒剂的选用，手卫生知识；

②医院各类物品表面的消毒和废物分类、转运、储存与处理；

③污水站人员：国家、地方有关医院污水无害化处理的规定；

④医疗废物管理工作人员：国家、地方有关医院污物无害化处理的规定。

七、医院感染病例监测、报告与控制制度

1、临床各科医师，要熟悉医院感染诊断标准，采取前瞻性监测的方法，在进行全面综合性监测的基础上开展目标性监测。对每例病人实施住院全程医院感染监控，正确填写医院感染调查表。监测医院感染发病率、多发部位、高危因素、病原体特点及耐药性。

2、出现医院感染病例由临床主管医生按照《医院感染诊断标准》进行初步诊断，并及时进行病原微生物检测。感染日期的确定是以出

现症状的日期或实验室出现阳性证据（收集标本的日期）的日期认定。明确诊断后，由床位医生认真填写“医院感染监测上报卡”，并于 24 小时内上报院感办。

3、对发生的医院感染病例，科室感染管理小组及经治医师应积极查找原因，采取有效措施控制感染蔓延，使医院感染发病率低于 8%；清洁切口手术部位感染率低于 1.5%。

4、院感办专职人员定期查阅病例，复核医院感染病例，并向科室反馈，漏报率控制在 20%以内。

5、各科室配合医院感控管理科，开展每年一次的现患率调查，认真填写调查表，调查率大于 96%。

6、院感办每日汇总全院上报的医院感染病例，了解医院感染发病率、多发部位、高发科室、高危因素、病原体特点及耐药性等，发现有医院感染病例聚集现象或医院感染流行趋势时，应立即上报分管院长及主管院长，并通报医务科等有关部门。经初步核实为医院感染暴发时，按照医院感染暴发报告程序报告上级卫生行政部门。

7、经调查证实发生以下情形时，应于 12h 内向当地卫生行政部门和疾病预防控制中心报告：

（1）5 例以上疑似医院感染暴发；

（2）3 例以上医院感染暴发。

8、发生下列情形时，应按照《国家突发公共卫生事件相关信息报告管理工作规范（试行）》的要求进行报告：

（1）10 例以上的医院感染暴发事件；

(2) 发生特殊病原体或者新发病原体的医院感染；

(3) 可能造成重大公共影响或者严重后果的医院感染。

9、如确诊为传染病导致的医院感染流行时，尚需按《中华人民共和国传染病防治法》的有关规定进行报告。

八、环境卫生学及消毒灭菌效果监测与质量持续改进制度

1、定期对消毒、灭菌效果进行监测，灭菌合格率必须达到 100%，不合格物品不得进入临床使用。

2、监测项目及频次

(1) 空气监测：感染高风险部门如手术室、产房、口腔科、母婴同室、重症监护室、新生儿室、导管室、介入室、内镜诊疗及清洗消毒室等每季度监测一次（洁净手术室、血液透析中心、输血科根据相关规范每月监测一次）。

(2) 医务人员手、物体表面监测：感染高风险部门如手术室、产房、重症监护室、新生儿室、导管室、介入室、口腔科、内镜诊疗及清洗消毒室、母婴同室、血液透析室、感染性疾病科等每季度监测一次。

(3) 使用不稳定消毒剂如含氯消毒剂、过氧乙酸等，应现配现用，并在每次配制后进行浓度监测，符合要求后方可使用。

(4) 消毒后的内镜（如胃镜、肠镜、支气管镜等）每季度做生物监测；浸泡灭菌的内镜应每月做生物监测。

(5) 压力蒸汽灭菌的监测：物理监测每锅做、化学监测每包做、

常规生物监测每周做，每天灭菌前进行 B-D 试验。

（6）过氧化氢低温等离子灭菌的监测：物理监测每次做、化学监测每包做、生物监测每天使用时应至少进行一次灭菌循环的生物监测。

（7）环氧乙烷灭菌的监测：物理监测每次做、化学监测每包做、生物监测每灭菌批次应进行。

（8）紫外线灯的监测：分日常监测和灯管辐照强度监测。日常监测是指科室日常使用的监测记录，包含消毒时间、消毒地点、累计时间、灯管清洁等项目。灯管辐照强度每半年监测一次。

（9）血液净化系统监测：透析用水、透析液细菌培养每月 1 次，细菌总数 $<100\text{cfu/ml}$ ；内毒素检测至少每季度 1 次，透析用水内毒素 $<0.25\text{EU/ml}$ ；透析液内毒素 $<0.5\text{EU/ml}$ ；透析液的细菌、内毒素检测每台透析机至少每年检测 1 次。化学污染物至少每年测定 1 次，软水硬度和游离氯的检测至少每周进行 1 次。

（10）怀疑医院感染暴发与空气、物体表面、医务人员手、消毒剂等污染有关时，应随时对其进行监测，并针对目标微生物进行检测。

3、不推荐医院常规开展灭菌物品的无菌检查，当流行病学调查怀疑医院感染事件与灭菌物品有关时，进行相应物品的无菌检查。常规监督检查可不进行致病性微生物检测，涉及疑似医院感染暴发、医院感染暴发调查或工作中怀疑微生物污染时，应进行目标微生物的检测。

4、监测报告单要妥善保存备查。

5、各科室对监测工作要务实求真，避免单纯追求合格率而进行造假、走形式，对不合格项目要进行原因分析并制定改进措施，一周内

进行整改并重新监测，仍不合格的，立即报告院感办协同科室查找原因、商讨整改方案，直到复测结果达标。

6、院感办每季度对全院环境卫生学及消毒灭菌效果监测资料进行统计、分析，发现问题及时反馈，并提出改进措施，促进监测质量持续改进。

九、医院感染综合性监测管理制度

1、通过医院感染病例监测，掌握本院医院感染发病率、多发部位、多发科室、高危因素、病原体特点及耐药性等，为医院感染控制工作提供科学依据。

2、采取前瞻性监测方法开展全面综合性监测。医院必须对每例病人实施住院过程全程医院感染监控，医院感染监控率 100%。

3、确诊为传染病的医院感染病例，按《传染病防治法》的有关规定进行报告。

4、院感办每月进行感控质量督查，每季度对监测资料进行汇总、分析，向主管院长、医院感染管理委员会作汇报，并向全院医务人员反馈。

5、对重点部位医院感染（手术部位、导尿管相关尿路感染、下呼吸道感染、导管相关血流感染）制定监控指标，一类切口手术部位感染率 $\leq 1.5\%$ 。

6、当科室发现疑似医院感染流行或暴发时，应遵循“边救治、边调查、边控制、妥善处置”的基本原则，启动医院感染暴发应急预案，

控制感染源、切断感染途径，及时采取有效的措施，积极实施医疗救治，并及时开展或协助相关部门开展现场流行病学调查、环境卫生学检测以及有关标本采集、病原学检测等工作。

7、对医院感染病原体分布及其抗菌药物的敏感性进行监测。

8、根据医院科室感染风险每年对监测资料进行风险评估，将风险评估结果结合医院实际情况进行前瞻性监测。

9、与临床科室感控医生、护士每年联合进行一次医院感染现患率调查。

10、消毒灭菌效果的监测：

（1）使用中的消毒剂：每季度对全院正在使用的消毒剂进行一次生物监测，按要求定期进行浓度监测（含氯消毒剂应每日现配现用并监测，戊二醛和邻苯二甲醛用于内镜消毒或灭菌时必须每日或使用前监测，每两周更换）。

（2）使用中的灭菌剂：每季度进行一次生物监测，不得检出任何微生物。

（3）消毒物品每季度监测一次，不得检出致病性微生物。

（4）手术用腔镜等灭菌物品合格率 100%，不得检出任何微生物。

（5）压力灭菌必须进行物理监测、化学监测和生物监测。物理监测每锅进行，每包进行化学监测，外来器械和植入物器械每锅进行生物监测，脉动真空压力灭菌器每天灭菌前进行 BD 试验，每周进行生物监测。环氧乙烷灭菌器每批次灭菌监测一次。

（6）循环风空气消毒机按照空消机规范使用，每半年厂家进行紫

外线强度监测及保养一次。

（7）紫外线消毒应进行日常监测，（包括灯管使用时间、累计照射时间、执行者签名）和照射强度监测。对新灯管和使用中灯管应进行照射强度监测，每半年一次，新灯管不得低于 $90\text{uw}/\text{cm}^2$ ，使用中的灯管不得低于 $70\text{uw}/\text{cm}^2$ ，生物监测必要时进行。

（8）消毒后的内镜（如胃镜、肠镜、支气管镜等）：每季度进行生物监测，（细菌总数 $\leq 20\text{cfu}/\text{件}$ ，不得检出致病菌），凡穿破黏膜的内镜附件（活检钳、异物钳、切开刀）等灭菌物品必须每月进行生物监测。

（9）各种灭菌后的内镜（如腹腔镜、胆道镜、膀胱镜、宫腔镜等）及附件：每月进行一次生物监测。

11、环境卫生学监测（空气、物体表面、手卫生）：

（1）手术室、CSSD、ICU、检验科、口腔科、内镜中心等重点部门每季度进行空气、物表监测 1 次。当有医院感染流行，怀疑与医院环境卫生学因素有关时，应及时进行监测。

（2）手卫生监测：科室感控员每月督查本科室医务人员手卫生执行情况，并汇总监测结果至院感办；每季度对重点科室工作人员进行手细菌监测，发现不合格者立即反馈科室护士长，由科室进行再培训，院感办每季汇总手卫生依从性，统计、分析，报告主管院长并向全院公布结果。

十、消毒隔离制度

1、认真贯彻执行《医疗机构消毒技术规范》《医院空气净化管理规范》《医院消毒卫生标准》和《医院隔离技术规范》《感控标准预防措施执行管理制度》等规范和标准，遵守医院感染管理的各项规定，做好消毒隔离工作。

2、严格执行《医务人员手卫生规范》，接触患者前；清洁无菌操作前，包括进行侵入性操作前；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；接触患者后；接触患者周围环境后，包括接触患者周围的医疗相关器械、用具等物体表面后应洗手或卫生手消毒。

3、进行各项诊疗操作时应严格执行无菌技术操作原则，凡侵入性诊疗用物，应做到一人一用一灭菌；与患者皮肤黏膜直接接触的物品应一人一用一消毒。

4、遵守消毒灭菌原则，根据物品的性能选用物理或化学方法进行消毒灭菌。

5、无菌器械、容器、器械盘、敷料罐、持物罐等按规定定期灭菌；消毒液按要求定期更换；盛放消毒液的容器外应标明消毒剂名称、浓度、启用或有效时间等；更换消毒/灭菌剂时，必须对盛放容器同时进行消毒/灭菌处理。

6、使用消毒剂时必须了解消毒剂的性能、作用时间、使用方法、影响消毒或灭菌效果的因素等，配制时注意有效浓度，按要求定期监测，并记录。使用不稳定的消毒剂如含氯消毒剂、过氧乙酸等时，应

现配现用，并在每次配制后进行浓度监测，符合要求后方可使用。

7、一般诊疗器械及医用物品保持清洁，定期消毒，遇污染随时消毒；重复使用的氧气湿化瓶、吸引瓶、婴儿暖箱水箱以及加温加湿罐等宜采用高水平消毒。所有医疗器械在检修前应先进行消毒或灭菌处理。

8、诊疗区域环境清洁与消毒

（1）每天通风换气，自然通风不良者采取机械通风，必要时进行空气消毒。

（2）地面和物体表面定期清洁或消毒，人员流动频繁、拥挤的诊疗场所应每天在工作结束后进行清洁、消毒。

（3）感染高风险部门诊疗场所的地面和物体表面，每天进行消毒，遇明显污染随时去污与消毒；地面消毒采用 500mg/L 的含氯消毒液擦拭，作用 30 分钟；物体表面消毒方法同地面。

（4）被患者血液、呕吐物、排泄物或病原微生物污染时，应根据具体情况，选择中水平以上消毒方法。对于少量（<10ml）的污染，可先清洁再消毒；对于大量（>10ml）血液或体液的溅污，应先用吸湿材料去除可见的污染，然后再清洁和消毒。

（5）擦拭不同患者单元的物品应更换布巾，各种擦拭布巾及保洁手套应分区域使用，用后统一清洗消毒，干燥备用。

（6）清洁工具管理：①擦拭布巾用后清洗干净，用 250mg/L 含氯消毒液浸泡 30 分钟，冲净消毒液，干燥备用。②地巾或拖布使用后清洗干净，用 500mg/L 含氯消毒液浸泡 30 分钟，冲净消毒液，干燥备用。

③清洁工具分区使用、标识明确、分开清洗，悬挂晾干，定期消毒。

9、医务人员针对诊疗过程中出现或者可能出现的感染传播风险，依法、规范地设立有效的隔离屏障。

10、隔离对象分为两类：一类是具有明确或可能的感染传播能力的人员，对其按照感染源进行隔离。另一类是具有获得感染可能的高风险目标人员，对其进行保护性隔离。隔离屏障包括物理屏障和行为屏障。物理屏障以实现空间分隔为基本手段，行为屏障以规范诊疗活动和实施标准预防为重点。

11、对需要实施隔离措施的患者，应采取单间隔离或同类患者集中隔离的方式；对医务人员加强隔离技术培训；为隔离患者和相关医务人员提供必要的个人防护用品，如口罩、护目镜或防护面屏、手套、隔离衣或防护服等；隔离患者所用诊疗物品应专人专用（听诊器、血压计、体温计等）。

12、加强对隔离患者的探视、陪护人员的感染控制知识宣教与管理，指导和监督探视、陪护人员根据患者感染情况选用合适的个人防护用品。

13、医务人员在实施标准预防的基础上，根据疾病的传播途径，对感染或传染患者采取相应的隔离措施。熟练掌握防护用品的选择指征、使用方法和穿脱流程。

14、院感办对隔离措施执行情况进行每月督查、反馈，并加以持续质量改进。

十一、安全注射管理制度

为有效防范因注射导致的医源性感染风险，对接受注射者无害、避免实施注射操作的医务人员不暴露于可避免的风险，以及注射后医疗废物不对环境和他人造成危害，保障医疗安全，制定本制度。

1、院感办和护理部共同负责制定并实施安全注射技术规范 and 操作流程；明确护理部和医务科为负责安全注射培训与管理的责任部门；院感办负责监督指导责任。

2、严格执行无菌操作技术及查对制度，确保患者安全

（1）严格执行无菌操作规程，操作前后必须进行手卫生。

（2）注射前需确保注射器和药物处于有效期内且外包装完整，疑似有污染的器械和药品不得使用。

（3）一次性使用无菌注射器及其针头不得重复使用，应做到“一人一针一管一用一废弃”原则。

（4）可复用注射用具应当“一人一用一清洗/灭菌”。杜绝注射用具及注射药物的共用、复用等不规范使用。

（5）抽出的药液、开启的静脉输注用无菌液体须注明开启日期和时间，放置时间超过 2 小时后不得使用；各种溶媒开启后超过 24 小时不得使用。灭菌物品（棉球、棉签等）一经打开，使用时间不得超过 24 小时，提倡使用小包装。

（6）使用合格的在有效期内的皮肤消毒剂，消毒方法参照使用说明书。皮肤消毒后应完全待干再进行注射。

(7) 使用同一溶媒配制不同药液时，必须每次更换未启封的一次性使用无菌注射器和针头抽取溶媒。

(8) 严格执行查对制度，仔细检查药物的质量，如出现药液变质、变色、浑浊、沉淀、过期或安瓿有裂痕等现象，不得使用。加强对注射前准备、实施注射操作和注射操作完成后医疗废物处置等全过程风险管理、监测与控制，强化对注射全过程中各相关操作者行为的监督管理。

3、严防锐器伤，确保医务人员职业安全

(1) 禁止双手回套针帽，如确需回套，则使用单手回套或使用针帽回套装置。

(2) 禁止用手直接分离注射器针头。禁止徒手弯曲、折断注射器针头。

(2) 禁止手持锐器随意走动。

(3) 进行注射操作时，要保证充足的光线，防止被针头、缝合针等锐器刺伤或划伤。

(4) 锐器使用后应立即放入防渗漏、防穿透的锐器盒内，锐器盒放置的位置应醒目、方便使用、高度适宜。

(5) 锐器盒不可盛装过满，达到 3/4 满时应及时关闭，避免在运送过程中内容物外漏或溢出。

(6) 接触血液、体液时，需戴手套。

(7) 建议推广使用安全注射器具进行各种注射操作，如无针系统、自毁式注射器。

(8) 提供数量充足、符合规范的个人防护用品和锐器盒；指导监督医务人员和相关工作人员正确处置使用后的注射器具。

(9) 院感办加强对注射前准备、实施注射操作和注射操作完成后医疗废物处置等的全过程风险管理、监测与控制，强化对注射全过程中各相关操作者行为的监督管理。

(10) 各科室应配备数量充足、符合规范的个人防护用品和锐(利)器盒，指导、监督医务人员和相关工作人员正确处置使用后的注射器具。

4、安全注射培训

所有开展注射相关诊疗工作的科室应加强对医务人员的安全注射相关知识与技能培训，达到安全注射培训全覆盖。

十二、手卫生管理制度

1、严格执行《医务人员手卫生规范》，制定并落实院科两级手卫生管理制度。

2、医院及科室必须每年度开展全员性培训，加强医务人员对手卫生认识的重要性，掌握必要的手卫生知识和正确的洗手方法，保证洗手与手消毒效果。加强对医务人员手卫生监督，提高手卫生依从性和正确性。

3、不同环境下工作的医务人员，手卫生标准应达到如下要求：

(1) 外科手消毒应 $\leq 5\text{cfu}/\text{cm}^2$ ，不得检出致病微生物。

(2) 卫生手消毒应 $\leq 10\text{cfu}/\text{cm}^2$ ，不得检出致病微生物。

4、医院感染重点部门须配置安全持续的供水系统和足够的流动水洗手设施、非手触式水龙头、洗手液、干手物品或设施以及手消毒剂，手消毒剂使用一次性瓶装，洗手设施应每日清洁。

5、外科手卫生设施除必须符合上述要求外，洗手池应设置在手术间附近，池面应光滑无死角易于清洁。外科洗手池应每日清洁与消毒。洗手池及水龙头数量应不少于手术间的数量，水龙头开关应为非手触式。清洁指甲用品应每日清洁与消毒，干手巾应每人一用，如为复用，用后清洁、灭菌；盛装容器应每次清洗、灭菌。进行外科手消毒时，不应戴假指甲、戒指等饰物。

6、医务人员应掌握正确的洗手方法，彻底洗净双手。当手部有血液或其他体液等肉眼可见的污染时，应用洗手液和流动水洗手。手部没有肉眼可见污染时，宜使用速干手消毒剂消毒双手代替洗手。根据以上原则，医务人员在下列情况下应当洗手或手消毒：

（1）直接接触病人前后，接触不同病人之间，从同一病人身体的污染部位移动到清洁部位时，接触特殊易感病人前后。

（2）接触病人黏膜、破损皮肤或伤口前后，接触病人的血液、体液、分泌物、排泄物、伤口敷料之后。

（3）穿脱隔离衣前后，摘手套后。

（4）进行无菌操作之前，接触清洁、无菌物品之前，处理污染物品之后。

（5）接触患者周围环境及物品后。

（6）处理药物或配餐前。

7、当接触患者的血液、体液和分泌物以及被传染性致病微生物污染的物品后，直接为传染病患者进行检查、治疗、护理或处理传染患者污物之后，应先洗手，然后进行卫生手消毒。

8、院感办每季度对各重点部门医务人员进行手卫生消毒效果的抽检，当怀疑医院感染暴发与医务人员手卫生有关时，应及时进行监测，并进行相应致病性微生物的检测。

十三、无菌技术操作制度

一、无菌技术操作原则

1、环境要清洁。进行无菌技术操作前半小时，须停止清扫地面等工作，避免不必要的人群流动，防止尘埃飞扬。治疗准备室每日用紫外线照射消毒一次。

2、进行无菌操作时，衣帽穿戴要整洁。帽子要把全部头发遮盖，口罩须遮住口鼻，并修剪指甲，洗手。

3、无菌物品与非无菌物品应分别放置，无菌物品不可暴露在空气中，必须存放于无菌包或无菌容器内，无菌物品一经使用后，必须再经无菌处理后方可使用，从无菌容器中取出的物品，虽未使用，也不可放回无菌容器内。

4、无菌包应注明无菌名称，消毒灭菌日期，并按日期先后顺序排放，以便取用，放在固定的地方。无菌包在未被污染的情况下，可保存 7-14 天，过期应重新灭菌。

5、无菌物品时，必须用无菌钳（镊）。未经消毒的物品不可触及

无菌物品或跨越无菌区。

6、进行无菌操作时如器械、用物疑有污染或已被污染，即不可使用，应更换或重新灭菌。

7、一套无菌物品，只能供一个病员使用，以免发生交叉感染。

二、准备质量标准

1、工作人员着装整洁，洗手、戴口罩、修剪指甲。

2、备齐用物。

3、治疗盘，无菌持物钳或镊放于无菌罐内，无菌溶液、无菌包、无菌容器及物品、无菌手套、弯盘、75%酒精、无菌棉签。

4、查对无菌物品、灭菌日期及手套号。

5、用物排放有序，符合无菌操作要求。

三、操作流程质量标准

1、选择清洁、干燥、宽阔的场所进行操作。

2、解开无菌包系带卷放在包布下边。

3、用拇指和食指先揭左右两角，最后揭开内角，注意手不可触及包布的内面。用无菌钳（镊）取出一块无菌巾放于治疗盘内，剩余部分按原折痕包起扎好，并注明开包时间。

4、铺无菌盘：双手拇、食指捏住治疗巾两上角外面，轻轻抖开，双折铺于治疗盘上，内面为无菌区，盖的半幅成扇形折到对面无菌盘上，开口边向外，放入无菌物品后，边缘对齐盖好。将开口处向上翻折两次，两侧边缘向下翻一次，以保持无菌。

5、打开无菌容器盖，必须把盖的无菌面（内面）向上，放在稳妥

处，夹取所需物品放入无菌盘内后立即盖严。

6、倒无菌溶液，仔细检查核对溶液后，面对瓶签两手拇指将橡皮塞向上翻转，将橡皮塞拉出，另一只手（或同一只手）握住瓶签倒出少许溶液冲净瓶口，再由原处倒出所需溶液于无菌容器中，套上瓶塞并消毒翻转部分与瓶颈（从非污染处到污染处）后立即盖好，并注明开瓶时间。

7、戴无菌手套法，打开无菌手套包，核对灭菌日期和消毒指示胶带及无菌手套袋上所注明的手套号码、然后将手套袋摊开，取出滑石粉包，将粉擦于手掌、手背和指间，以一手掀起手套内袋开口处，另一手捏住手套翻折部分（手套内面）取出手套，使手套的两拇指相对，一手伸入手套内戴好，再以戴好手套的手伸入另一手套的反折部分，依次戴好另一手套，将反折部分翻转套在工作服衣袖外面，揭开无菌盘进行无菌操作。

8、持无菌容器时应托住底部，不可触及容器内面及边缘。

9、开包递送无菌物品时，一手托起无菌包，另一手打开无菌包一角，将带子卷起夹在托包的手指缝内，另一手依次打开其他三角并抓住递送或稳妥地将包内物品放入无菌容器中（无菌区域内）。

10、操作完毕，从手套口翻转向下脱去手套，整理用物。

四、终末质量标准

1、操作有序，方法正确，无菌概念清楚，无菌观念强。

2、能口述无菌操作的原则与注意事项。

五、注意事项

1、开包后的无菌包和开封后的无菌溶液有效期均为 24 小时，无菌盘有效期限不超过 4 小时。

2、取无菌持物钳时，无菌持物钳不可触及容器口边缘。使用时应保持钳端向下，不可倒转向上，用后立即放入容器中。如到远处夹取物品时，无菌持物钳应连同容器一并搬移，就地取出使用。无菌持物钳只能用于夹取无菌物品，不能用于换药和消毒皮肤。无菌持物钳及无菌罐每 4 小时更换。

3、使用无菌瓶内的溶液时，不可将无菌敷料堵塞瓶口倾倒无菌溶液，或直接伸入溶液瓶内蘸取，以免污染剩余的溶液。

4、无菌包内物品不慎污染或无菌包浸湿，外界微生物可渗入包内，造成污染，需重新消毒。

5、戴手套时应注意未戴手套的手不可触及手套外面，而戴手套的手则不可触及未戴手套的手或另一手套的里面。戴手套后如发现破裂，应立即更换。脱手套时，须将手套口翻转脱下，不可用力强拉手套边缘或手指部分，以免损坏。

十四、医务人员职业卫生防护制度

1、院感办应对全院职工及新进人员进行职业暴露与防护知识培训及相关技术指导。科室应为医务人员提供充足、符合标准、能应对各种暴露风险所需要的防护用品，如口罩（包括一次性外科口罩、医用防护口罩）、帽子、手套、护目镜或防护面屏、隔离衣或防护服等。

2、医务人员在诊疗、护理等操作时应严格执行标准预防原则。

(1) 认定所有病人的血液、体液、分泌物、排泄物均具有传染性，不论是否有明显的血液或是否接触非完整的皮肤与粘膜，必须采取防护措施。

(2) 既要防止经血及呼吸道传播性疾病，又要防止非经血及呼吸道传播性疾病。

(3) 强调双向防护。既要保护医务人员，也要保护患者。

3、标准预防措施

(1) 进行有可能接触患者血液、体液的诊疗、护理、清洁等工作时应戴清洁手套，操作完毕，脱去手套后立即洗手或进行卫生手消毒。

(2) 在诊疗、护理操作过程中，有可能发生血液、体液飞溅到面部时，应戴医用外科口罩、防护眼镜或防护面罩；有可能发生血液、体液大面积飞溅或污染身体时，应穿戴具有防渗透性能的隔离衣或者围裙。

(3) 在进行侵袭性诊疗、护理操作过程中，如置入导管、经椎管穿刺等，应戴医用外科口罩等医用防护用品，并保证光线充足。

(4) 使用后针头不应回套针帽，确需回帽应单手操作或使用器械辅助；不应用手直接接触污染的针头、刀片等锐器。废弃的锐器应直接放入耐刺、防渗漏的专用锐器盒中；重复使用的锐器，应放在防刺的容器内密闭运送和处理。

(5) 接触破损皮肤及黏膜时应戴无菌手套。

(6) 应密封运送被血液、体液、分泌物、排泄物污染的被服。

(7) 有呼吸道症状（如咳嗽、鼻塞、流涕等）的患者、探视者、

医务人员等应采取呼吸道卫生（咳嗽礼仪）相关感染控制措施。

4、医务人员防护用品的选择和穿脱流程符合要求。进入确诊或疑似空气传播疾病患者房间时，应佩戴医用防护口罩或呼吸器，根据暴露级别选戴帽子、手套、护目镜或防护面罩，穿隔离衣。脱卸防护用品时，确保医用防护口罩在安全区域最后脱卸。

5、使用后的一次性个人防护用品按医疗废物处置，可复用的防护用品应清洗消毒或灭菌后再用。

十五、新业务、新技术感染风险评估制度

1、目的

规范新业务、新技术的管理，预防、控制新业务、新技术带来的医院感染风险。

2、内容

(1) 新业务、新技术是指医院各科室为加速发展、提升学术和医疗水平引进的本院内尚未实施和开展的诊疗技术项目。

(2) 科室拟开展新业务、新技术，应按程序报告院感办，院感办根据新业务涉及内容，组织相关部门进行感染风险评估，指导各部门制定医院感染预防与控制方案；在实施过程中对感染控制工作落实情况进行督导。

(3) 开展新业务、新技术科室，应指派专人监测新业务、新技术实施过程中的医院感染发生情况，确保所有环节（消毒灭菌与隔离、无菌操作技术、医疗废物管理等）符合医院感染控制要求。

(4) 实施过程中如发生医疗相关感染，科室应及时报告院感办，配合院感办专职人员进行感染相关因素的调查、分析。

(5) 如因新业务、新技术的开展造成医院感染暴发，开展科室在按时限上报的同时，须及时终止该项医疗工作，会同相关部门进行调查分析，做好感染患者的救治工作。

十六、一次性无菌医疗用品管理制度

1、所用一次性医疗用品必须符合国家规定的准入要求，由医院设备科集中采购，任何科室和个人不得私自引进和使用。

2、采购一次性使用无菌医疗用品必须索取的证件有：

(1) 加盖企业印章的《医疗器械生产企业许可证》的复印件；

(2) 加盖企业印章的《医疗器械注册证》及附件（含进口）的复印件；

(3) 一次性使用无菌医疗器械还应索取《灭菌检测报告》（每批号）；

(4) 加盖经营企业印章的《医疗器械经营企业许可证》企业法定代表人的委托授权书原件和销售人员的身份证。

3、设备科必须对每次购置的产品进行质量验收，并查验每箱（包）产品的同批产品检验合格证、生产日期、消毒或灭菌日期及产品标识和失效期；进口的一次性导管等无菌医疗用品灭菌日期和失效期等中文标识。

4、保管员负责建立登记账册，熟练掌握一次性使用医疗器械和器具的标签、标识、标注及包装要求等，保证进货产品的质量。记录每

次订货与到货的时间、生产厂家、供货单位、产品名称、数量、规格、单价、产品批号、消毒或灭菌日期、失效期、出厂日期等资料，以备查验。

5、一次性使用无菌医疗用品应统一存放，专人保管。物品存放于阴凉干燥、通风良好的货架上，距地面 $\geq 20\text{cm}$ ，距墙壁 $\geq 5\text{cm}$ ，距屋顶 $\geq 50\text{cm}$ ，不得将包装破损、失效、霉变的产品发放给使用科室。科室使用前应检查小包装有无破损、失效、产品有无不洁净等。对不合格产品或质量可疑产品应立即停止使用，及时报告设备科和院感办。

6、一次性无菌医疗用品使用中若发生热源反应、感染或其他异常情况时，必须留取样本送检，按规定详细记录并上报药械科。

7、一次性使用注射器、输液（血）器、输液针、静脉留置针使用后按感染性、损伤性医疗废物的管理要求进行处置。

8、一次性物品不得重复使用。

9、院感办须履行对一次性使用无菌医疗用品的采购、管理和回收处理的监督检查职责，院感办和设备科至少每季度检查一次。加强对临床、医技科室等使用中的消毒药械和器具的监督检查，确保消毒产品使用安全。

十七、消毒药械管理制度

1、医院感染管理委员会负责对全院的消毒药械进行监督管理，医院必须使用有卫生许可批件安全评价报告的消毒药械，确保消毒产品

使用安全。主要负责对消毒药械的购入、储存和使用进行监督、检查，至少每季度一次，检查结果及时报告医院感染管理委员会处理。

2、药剂科、设备科应根据临床需要会同医院感染管理委员会对消毒药械选购的审定意见进行采购，按照国家有关规定，查验必要证件，监督进货产品的质量，并按有关要求要求进行验收登记等。

3、科室使用消毒液时应严格按照无菌技术操作规程和所需浓度准确配制，并按要求监测浓度、注明配制日期等，以备查验。

4、各临床科室应准确掌握消毒灭菌药械的使用范围、方法、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等，如发生异常，应立即停止使用，及时报告院感办，同时应及时查找原因。

5、医院采购消毒药械，必须及时索取卫生行政部门颁发的相关证件，同时注意查验标签说明、包装等是否符合要求。进货时需索取同批号的检验合格报告证。

消毒剂应索取的证件有：(1) 消毒剂生产单位的《生产许可证》、经营单位《经营许可证》和《营业执照》的复印件；(2) 省级《消毒产品生产企业卫生许可证》的复印件；(3) 卫健委颁发的消毒产品《卫生许可批件》或《卫生安全评价报告》及其附件（企业标准 / 执行标准、标签说明书、产品检验报告）的复印件；

消毒器械（含生物指示物、化学指示物、灭菌物品包装物）应索取的证件有：(1) 生产企业《医疗器械生产许可证》、《医疗器械经营许可

证》和《营业执照》的复印件；(2)《医疗器械注册证》(含进口)和《医疗器械注册登记表》(或“医疗器械产品制造认可表”)的复印件；(3)卫健委《卫生许可批件》或《卫生安全评价报告》及其附件(企业标准/执行标准、标签说明书、产品检验报告)的复印件；(4)省级《消毒产品生产企业卫生许可证》的复印件；

6、卫健委规定的其他不需要进行产品卫生许可的消毒剂和消毒器械产品应索取生产企业卫生许可证和《卫生安全评价报告》(配方和结构图除外)的复印件，并由产品责任单位加盖公章。

7、设备科应对临床使用的大型消毒器械进行定期维护，至少每半年一次，发现问题及时处理。

十八、消毒产品进货检查验收制度

1、消毒产品指消毒剂、消毒器械、(含生物指示物、化学指示物、灭菌物品包装物)、卫生用品和一次性使用医疗用品。

2、采购消毒产品时，应当索取下列有效证件：

(1) 省级以上卫生行政部门签发的生产企业卫生许可证复印件，编号格式为(省、自治区、直辖市简称)卫消证字(发证年份)第××××号。

(2) 产品备案凭证或卫健委颁发的卫生许可批件复印件：

①国产消毒剂、消毒器械卫生许可批件的批准文号格式为：卫消字(年份)第××××号。

②进口消毒剂、消毒器械卫生许可批件批准文号格式为：卫消进字

（年份）第××××号。

（3）有效证件的复印件应当加盖原件持有者的印章。

3、查验产品质量、包装上标注的厂址、卫生许可证号是否与实际生产地址和其卫生许可证号一致。

4、一次性医疗用品除查验证件外，同时查验每箱（包）产品的检验合格证、生产日期、消毒或灭菌日期及产品标识和失效期等。

5、进口的一次性导管等无菌医疗用品应具有灭菌日期和失效期等中文标识。

6、验货时发现不合格产品或质量可疑产品时，应立即停止使用，并及时报告院感办备案，不得自行作退、换货处理。

十九、感染风险评估制度

为识别、控制并降低医院感染风险，加强重点部门、重点环节与高危人群等的感染管理，提高医疗质量，保证医疗安全，特制定本制度。

1、本制度依据《风险管理原则与实施指南（GB/T24353—2009）》等有关国家标准制定。

2、医院感染风险评估每年一次，年初评估，实施过程中每季度应有分析评价，年底总结反馈。

3、全院性的医院感染风险评估工作由医院感染管理委员会成员完成。各科室的感染风险评估，由科室监控小组成员共同研讨完成，并与院感办会签后实施。

4、科室感染风险评估，可参照院感办制定的《广德市中医院感染控制风险评估表》、《各科室重点环节、重点人群、高危因素评估清单》等，结合自身专业特点和科室实际情况进行制定。

5、风险评估包括风险识别、风险分析和风险评价 3 个步骤。

（1）风险识别：发现、列举和描述风险要素的过程。要素可以包括来源或危险（源）、事件、后果和概率。

（2）风险分析：系统地运用相关信息来确认风险的来源，并对风险进行估计。风险分析能为风险评价、风险处理和风险承受提供一个基础。信息可以包括历史数据、理论分析、基于可靠信息的见解等。

（3）风险评价：将估计后的风险与给定的风险准则对比，来决定风险严重性的过程。风险估计可以考虑成本、收益、利益相关者的关系，以及其他各种风险评估的因素。

二十、诊疗器械、物品清洗消毒和（或）灭菌制度

依据《医疗机构消毒技术规范》、《感控标准预防措施执行管理制度》等相关要求，特制定本制度。

1、按相关规范要求加强对临床使用的诊疗器械和物品正确实施清洁消毒和/或灭菌处置。

2、根据所使用可复用诊疗器械/物品的感染风险分级，选择合适的消毒灭菌再处理方式。包括但不限于：各种形式的清洁、低水平消毒、中水平消毒、高水平消毒或灭菌等。

3、操作人员做好职业防护，配备质量合格、数量充足的防护用品。

4、在实施消毒灭菌处置前要对污染的器械/物品进行彻底的清洗。对特殊感染的病原体如被朊病毒、气性坏疽及突发不明原因传染病病原体污染的诊疗器械、器具和物品，在灭菌处置前要先消毒。执行清洗消毒的原则。

5、建立针对内镜、外来器械、植入物等的清洗消毒灭菌管理规范 and 相应标准操作规程，做好清洗消毒灭菌质量监测和反馈。每季度进行全院通报。

6、诊疗活动中的一次性使用的器械/物品要符合使用管理规定，在有效期内使用且不得重复使用。

7、消毒灭菌产品要符合相应生产与使用的管理规定，按照批准的使用范围、方法和注意事项使用。

8、器械/物品清洗、消毒、灭菌程序符合标准或技术规范的规定，做好过程和结果的监测，建立并执行质量追溯机制和相应的应急预案。

9、对经清洗消毒灭菌的器械/物品采取供应室集中供应的管理方式。

二十一、侵入性操作医院感染控制制度

1、诊室环境清洁，布局合理，分区明确，侵入性操作前半小时停止清扫地面等工作，严禁在非清洁区进行准备工作。

2、设有流动水洗手设施或备有速干手消毒剂。

3、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、器具及用品必须达到消毒水平。

4、严格执行无菌操作技术，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。

5、在侵入性操作过程中医务人员做好职业防护工作，保障健康。如发生职业暴露，按职业暴露处置流程及时处理并上报院感办。

6、医院内所有的消毒器械，一次性医疗器械和器具应当符合国家有关规定，一次性使用的无菌医疗器械和器具不得重复使用。

7、严格执行隔离技术规范，根据病原体传播途径，采取相应的隔离措施。

8、严格按照《抗菌药物临床应用指导原则》加强抗菌药物临床应用管理和耐药菌监测管理。

9、按照医院感染诊断及及时诊断感染病例，建立有效的感染监测制度，分析感染的危险因素，并针对导致感染的危险因素实施预防与控制措施。

10、按照医疗废物管理制度做好医疗废物分类收集并做好交接记录。

二十二、传染病预检分诊制度

1、门诊部、急诊科分别负责本院门、急诊病人传染病的分诊工作，并对传染病预检、分诊工作进行组织管理。感染性疾病科门诊标识明确，相对独立，通风良好，流程合理，具有消毒隔离条件和必要的防护用品。

2、各科室的医师在接诊过程中，注意询问病人有关的流行病学史、

职业史，结合病人的主诉、病史、症状和体征等对来诊的病人进行传染病的预检。经预检为传染病患者或者疑似传染病患者的，应当将患者分诊至感染性疾病科门诊就诊，同时对接诊处采取必要的消毒措施。

3、各科室根据传染病的流行季节、周期和流行趋势做好特定传染病的预检、分诊工作。

4、在接到上级部门发布特定传染病预警信息后，或者按照当地卫生行政部门的要求，加强特定传染病的预检、分诊工作。必要时，设立相对独立的针对特定传染病的预检处，引导就诊患者首先到预检处检诊，初步排除特定传染病后，再到相应的普通科室就诊。

5、对呼吸道等特殊传染病患者或者疑似患者，按照规定对患者的陪同人员和其他密切接触人员采取医学观察和其他必要的预防措施。

6、不具备某种传染病救治能力时，应当及时将患者转诊到具备救治能力的医疗机构诊疗，并将病历资料复印件转至相应的医疗机构。

7、转诊传染病患者或疑似传染病患者时，应当按照当地卫生行政部门的规定使用专用车辆。

8、感染性疾病门诊工作人员应当采取标准防护措施，按照规范严格消毒，并按照《医疗废物管理条例》的规定处理医疗废物。从事传染病预检、分诊的医务人员应当严格遵守卫生管理法律、法规和有关规定，认真执行临床技术规范、常规以及有关工作制度。

9、感染性疾病科应当定期对医务人员进行传染病防治知识的培训，内容包括传染病防治的法律、法规以及传染病流行动态、诊断、治疗、预防、职业暴露的预防和处理等内容。

二十三、医院感染暴发及突发事件监测、上报与控制制度

1、医务人员认真学习《医院感染暴发报告及处置管理规范》、《医院感染暴发控制指南》、掌握《医院感染诊断标准》，及早发现医院感染病例和医院感染的暴发，及时做好医院感染病例的诊断、治疗和上报工作。

2、当出现医院感染散发病例时，经治医师应及时报告本科室医院感染管理小组负责人，并于 24 小时内填报《医院感染监测上报卡》，院感办接收上报信息后应对上报病例进行核实，并与临床医师、护士共同查找感染原因，采取有效控制措施。

3、如在诊疗过程中发现短时间内发生 3 例以上同种同源感染病例（医院感染暴发）或 3 例以上临床症候群相似、怀疑有共同感染源的感染病例或者 3 例以上怀疑有共同感染源或共同感染途径的感染病例（疑似医院感染暴发）或短时间内发生医院感染病例增多，并超过历年散发发病率水平的现象（医院感染聚集），都应即时按规定逐级报告。

4、出现医院感染流行趋势时，按照《医院感染暴发报告及处置管理规范》要求，所在科室在规定时限内报告院感办并上报分管院长和医务科、护理部，院感办应于第一时间到达现场进行处理；经调查证实发生医院感染暴发时，启动“医院感染暴发处置应急预案”进行处理。处置应急预案应定期进行补充、调整和优化，并组织开展经常性演练。

5、出现医院感染流行或暴发趋势时，采取下列控制措施：

1）流行病学调查，查找和控制感染源：对医院感染的病人、可疑传染源（包括密切接触者、环境、物品等）进行必要的病原学检查。对病人和疑似病人应及时隔离，积极做好防控和诊疗工作。

2) 切断感染途径：确定感染途径（如接触物品、水、空气、飞沫、食物、血液、血制品、药品、药液、诊疗器械等），采取相应的控制措施，做好消毒隔离、医疗垃圾处理工作。

3) 保护易感人群：积极采取相应措施，切实保护易感人群，控制感染和再次传播，必要时暂停收治新病人。

4) 严格遵循标准预防，医务人员在加强消毒隔离同时，主动采取自身职业防护措施。

5) 写出调查报告，总结经验，制定防范措施。

6、主管院长或负责人接到报告，应及时组织相关部门协助院感办开展流行病学调查与控制工作，从人力、物力、财力方面予以保证，同时，采取得力措施，积极救治患者。

7、确定为传染病的医院感染，按《传染病防治法》有关规定进行报告。

二十四、医院感染暴发责任追究制度

1、书记、院长为医院感染暴发第一责任人，分管院长为报告管理的责任人，院感办主任为医院感染暴发报告的责任人，防保办主任为报告传染病的责任人。

2、各科室上报医院感染病例，科主任为报告本科室医院感染暴发和防控的第一责任人，主管医师为直接责任人。

3、各科室发现疑似医院感染暴发时，主管医师应立即通知本科室医院感染管理小组负责人。并填报“医院感染监测上报卡”，加注“紧

急报告”字样，立即电话报告院感办，同时通知医务科、护理部，院感办向分管院长汇报，再由分管院长上报院长，遇特殊情况，可直接上报院长。

4、院长接到报告后，召开医院感控委员会会议，做出初步评价，由院长决定是否上报卫健委。

5、临床科室在发生疑似医院感染暴发或医院感染暴发时，未按照医院感染暴发报告流程逐级上报，由医院或上级管理部门通报批评；造成严重后果的，对负有责任的主管人员和其他直接责任人员给予降级、撤职、开除的处分。

6、科室和个人对医院感染病例不得迟报和漏报，发现科室存在医院感染暴发报告不及时，瞒报、缓报和谎报或者授意他人瞒报、缓报和误报情形的，应当按照有关规定对相关责任人进行处理。

7、院感办、医务科、护理部、检验科、设备科等职能科室，应履行各自在医院感染暴发应急处置工作中的职责，若借故推诿、未履行职责者，予以医院通报批评、降级、撤职并罚款。

8、各临床科室要对医院感染暴发的调查、处置工作予以配合，不得拒绝、阻碍、不得提供虚假材料。相关科室认真落实医院感染暴发应急处置措施，若发生阻碍、推诿现象，除在医院内通报批评外还要承担法律责任。

9、医院未采取预防和控制措施，或者发生医院感染时，科室未及时采取控制措施，造成医院感染暴发、传染病传播或者其他严重后果的，对负有责任的主管人员和直接责任人员给予降级、撤职、开除的

行政处分；情节严重的，依照《传染病防治法》第六十九条规定：可以依法吊销有关责任人员的执业证书；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

二十五、医院感染相关不良事件报告与处理制度

一、各科室应有防范处理医院感染暴发事件、职业暴露的预案，预防其发生。

二、发生医院感染相关不良事件后(特殊医院感染事件、职业暴露、医院感染防控隐患及其他与患者安全相关的、非正常的医院感染意外事件)，要及时评估事件发生后的影响，如实上报，并积极采取挽救和抢救措施，尽量减少或消除不良后果。

三、报告方式：一般采用书面报告方式，紧急情况下可先电话报告。

四、报告时限与对象：当事人要立即报告科主任或护士长或临时负责人，重大事项 2 小时内、一般事项 24 小时内上报至医院感染管理科。

五、各科室要建立登记本，及时据实登记

六、发生不良事件后，有关的记录、标本、化验结果及相关药品、器械均应妥善保管，不得擅自涂改、销毁。

七、当时科室负责组织对缺陷、事件发生的过程及时调查研究，组织科内讨论，分析整个管理制度、工作流程及层级管理方面存在的问题，及时制定改进措施，并且跟踪改进措施落实情况。科室定期对

病区的安全情况进行研讨，对工作中的薄弱环节制定相关的防范措施并提出改进意见及方案。

八、医院感染管理科对发生的不良事件，视情况报告分管院领导、医院感染管理委员会、医疗质量管理委员会。并分析不良事件发生的原因，提出处理意见，造成不良影响的，应做好有关善后工作，且组织相关质控组成员及时跟踪调查到位、制定防范措施，减少或杜绝类似护理不良事件的发生。

九、未产生后果或仅产生轻微后果的不良事件，对报告的科室或个人给予奖励 20 元。对已造成严重后果的不良事件不予奖励并按医院相关规定另行处理。不良事件如不按规定报告，有意隐瞒、迟报等，参照《医院感染管理工作质量考核标准》进行考核，考核结果与科室奖金挂钩。

十、同一病区发生同类或类似不良事件 ≥ 3 次，视为科主任、护士长未认真履职，除上述处罚外，视情节轻重对科主任、护士长予以扣罚职务津贴、通报批评。

二十六、群发性原因不明疾病监测报告制度

群发性原因不明疾病是指在短时间内，某个相对集中的区域同时或相继出现具有相同临床表现的多位患者（3 例及以上），呈现一定的聚集性，暂时原因不明的疾病。常见的有：不明原因发热、不明原因腹泻、不明原因肺炎、不明原因脑炎等。为了及时、有效地做好群发性原因不明疾病的报告和救治工作，做到早发现、早报告、早隔离、早治疗，保障人民身体健康，维护社会稳定，根据国家法律、法规的

有关规定，结合我院实际制订本制度。

1、执行首诊医生负责制，严格门诊工作日志制度，负责对群发性原因不明疾病监测和报告工作。

2、接诊医师发现群发性原因不明疾病，如群发性原因不明的发热伴呼吸道症状、腹泻、皮疹、黄疸等病人时，应立即报告医务科、院感办；夜间及节假日报告总值班。

3、医务科和院感办接到报告后立即到现场进行核实，并向院长和主管院长报告，同时向市疾病预防控制中心和卫生行政部门报告。

4、报告的范围和标准按《国家突发公共卫生事件相关信息报告管理工作规范要求》执行；报告的内容包括疫情发生的单位、时间、地点、受威胁人数、发病人数、死亡人数、年龄、性别和职业、发病的可能原因、采取的应急措施、现状和趋势、报告人联系电话等。

5、协助疾控机构人员开展标本的采集和流行病学调查工作。

6、执行公务的医务人员必须按照规定及时如实报告群发性原因不明疾病的疫情信息，任何科室和个人不得瞒报、缓报、谎报或者授意他人瞒报、缓报、谎报。

二十七、医疗废物管理责任制

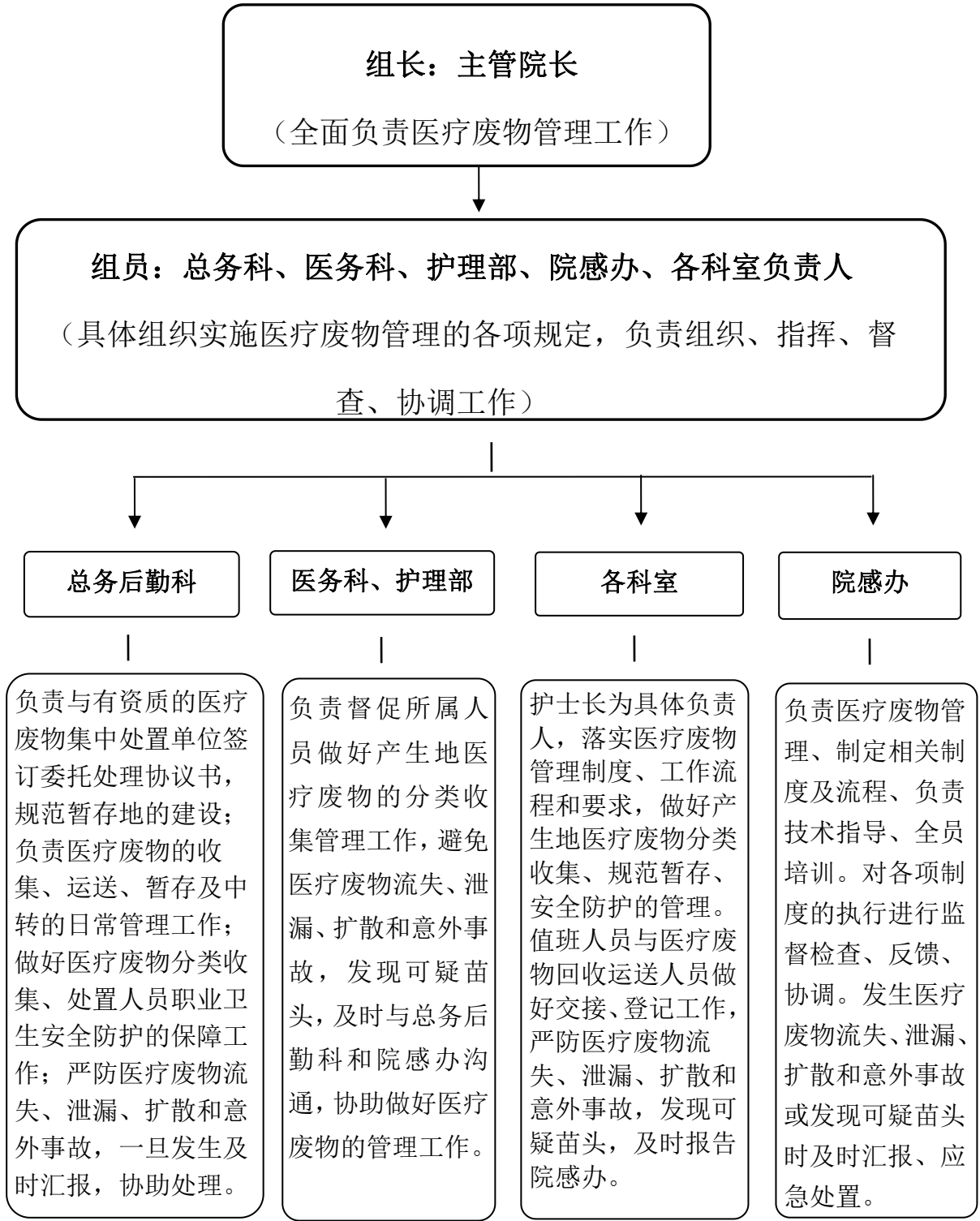
1、医疗废物管理实行责任制，院长为第一责任人，各科主任为本科室医疗废物管理第一责任人。

2、切实履行职责，制定相关管理制度及工作要求，定期组织业务培训，日常指导及检查，确保医疗废物的安全管理。

3、全院医务人员均为医疗废物管理的执行者、维护者。自觉依法执行《医疗废物管理条例》及相关制度，避免造成医疗废物流失、

泄漏、扩散和意外事故的发生。对发生的意外事故作出应急反应。

4、医疗废物管理组织体系及职责要求



二十八、医疗废物管理制度

1、各科室产生的医疗废物分为感染性废物、病理性废物、损伤性废物、药物性废物和化学性废物五类，按要求进行分类收集，由专人按规定的时间、指定的路线进行收集、交接和运送。

2、医疗废物严禁与生活垃圾混放，正确分类处理：感染性废物、病理性废物分类放在标有警示标识的黄色塑料袋（桶）内；损伤性废物应放在防刺伤的有警示标识的利器盒内；少量的药物性废物可以混入感染性废物，但应当在标签上注明；化学性废物参照危险废物处理。对于未被患者血液、体液和排泄物等污染的输液瓶（袋），应当在其与输液管连接处去除输液管后单独集中回收、存放，交由符合要求的回收机构或者回收利用机构。去除后的输液管、针头等应当严格按照医疗废物处理，严禁混入未被污染的输液瓶（袋）及其他生活垃圾中。

3、盛装医疗废物的包装袋及容器有警示标识和警示说明，当盛装的医疗废物达到包装袋或容器的 3/4 时，即封口并贴附标签。封口严实，严禁撒漏。

4、特殊感染病人和具有传染性疾病病人的生活垃圾均应使用双层黄色塑料袋分类包装后，妥善转运；产妇放弃的或可能造成传染病传播的产妇胎盘，按照病理性废物处置并告知产妇。

5、医疗废物中病原体的培养基、标本和菌种、毒种保存液等高危危险废物，应当在产生地进行消毒处理（高压蒸汽灭菌），再按感染性废物收集处理。

6、医疗废物实行双交接制度，即病房与收集人员交接，收集人员

与医疗废物集中处置单位交接。交接登记内容包括医疗废物的来源、种类、重量或数量、交接时间、交接人签名等，登记资料保存 3 年。

7、工作人员在收集、运送医疗废物过程中要做好个人防护，采取有效的职业卫生防护措施，防止医疗废物对人体的伤害。一旦被医疗废物刺伤、擦伤等，应及时采取相应的消毒、登记、报告等措施。

8、医疗废物暂存处符合《医疗卫生机构医疗废物管理办法》的有关规定。医疗废物暂时贮存的时间不超过 2 天。医疗废物移交后及时对暂存处进行清洁、消毒。工作人员每天（每次）运送废物结束后，对容器和运送工具及场所要及时进行清洁消毒，及时记录。

9、转运专职人员每天按照规定时间和线路将分类包装的医疗废弃物转运到贮存场所。转运时间避开医疗就诊高峰时段。转运过程中转运者不得离开转运车，不得随意丢弃和遗撒医疗废物，不得将医疗废物自行运出本单位。

10、污水处理符合国家《污水排放标准》，并按规定进行检测，并有记录。

11、从事医疗废物收集、运送、暂存及污水处理等相关工作人员接受岗前培训，配备必需的防护用品。

12、院长为医疗废物管理的第一责任人；医院总务后勤科为落实制度的主要责任人；各科室主任及护士长为本科室的主要负责人；院感办负责对全院医疗废物处置进行监督管理。

附录：医疗废物分类目录

类别	特征	常见组分或者废物名称	收集方式
感染性废物	携带病原微生物具有引发感染性疾病传播危险的医疗废物	1、被患者血液、体液、排泄物等污染的除锐器以外的废物； 2、使用后废弃的一次性使用医疗器械，如注射器、输液器、透析器等； 3、病原微生物实验室废弃的病原体培养基、标本，菌种和毒种保存液及其容器；其他实验室及科室废弃的血液、血清、分泌物等标本和容器； 4、隔离传染病患者或者疑似传染病患者产生的废弃物。	1、收集于符合标准的医疗废物包装袋中； 2、病原微生物实验室废弃的病原体培养基、标本，菌种和毒种保存液及其容器，应在产生地点进行压力蒸汽灭菌或者使用其他方式消毒，然后按感染性废物收集处理； 3、隔离传染病患者或者疑似传染病患者产生的医疗废物应当使用双层医疗废物包装袋盛装
损伤性废物	能够刺伤或者割伤人体的废弃的医用锐	1、废弃的金属类锐器，如针头、缝合针、针灸针、探针、穿刺针、解剖刀、手术刀、手术锯、备皮刀、钢钉和等； 2、废弃的玻璃，如盖玻片、载玻片等； 3、废弃的其他材质尖锐器。	1、收集于符合标准的利器盒中； 2、利器盒达到 3/4 满时，应当封闭严密，按流程运送、贮存。
		密封药瓶、安瓿瓶、导丝	盛装容器应防渗漏、防刺破，并有医疗废物标识或者外加一层医疗废物包装袋。标签为损伤性废物，并注明，可不使用利器盒收集。
病理性废物	诊疗过程中产生的人体废弃物和医学实验动物尸体等。	1、手术及其他医学服务过程中产生的废弃的人体组织、器官； 2、病理切片后废弃的人体组织、病理蜡块； 3、废弃的医学实验动物组织和尸体； 4、16 周胎龄以下或重量不足 500 克的胚胎组织等； 5、确诊、疑似传染病或携带传染病病原体的产妇的胎盘。	1、收集于符合标准的医疗废物包装袋中； 2、确诊、疑似传染病产妇或携带传染病病原体的产妇的胎盘应使用双层医疗废物包装袋盛装； 3、可进行防腐或者低温保存。
药物性废物	过期、淘汰、变质或者被污染的废弃的药物。	1、废弃的一般性药物； 2、废弃的细胞毒性药物和遗传毒性药物； 3、废弃的疫苗及血液制品。	1、少量的药物性废物可以并入感染性废物中，但应在标签中注明； 2、批量废弃的药物性废物，收集后应交由具备相应资质的医疗废物处置单位或者危险废物处置单位等进行处置

化学性废物	具有毒性、腐蚀性、易燃性、反应性的废弃的化学物品	列入《国家危险废物名录》中的废弃危险化学品，如甲醛、二甲苯等；非特定行业来源的危险废物，如含汞血压计、含汞体温计，废弃的牙科汞合金材料及其残余物等	1、收集于容器中，粘贴标签并注明主要成分； 2、收集后应交由具备相应资质的医疗废物处置单位或者危险废物处置单位等进行处置
-------	--------------------------	---	---

说明：

不属于医疗废物：非传染病区使用或者未用于传染病患者、疑似传染病患者以及采取隔离措施的其他患者的输液瓶（袋），盛装消毒剂、透析液的空容器，一次性医用外包装物，废弃的中草药与中草药煎制后的残渣，盛装药物的药杯，尿杯，纸巾、湿巾、尿不湿、卫生巾、护理垫等一次性卫生用品，医用织物以及使用后的大、小便器等。居民日常生活中废弃的一次性口罩不属于医疗废物。

二十九、医疗废物产生点工作制度

1、严格执行医疗废物管理制度，做好医疗废物和生活垃圾的管理工作。

2、科室配有医疗废物分类收集方法文字说明，根据《医疗废物分类目录》分置于规定的包装物或者容器内，容器表面有警示或文字标识，容器周围保持干净整洁。科室产生的医疗废弃物分类收集，安全存放，交由医院指定的专人统一回收运送与暂存。

3、感染性废物用专用的医疗废物袋收集，少量药物性废物可按感染性废物处理，量大时与药剂科联系处理；损伤性废物如注射针头、头皮针、缝合针、手术刀、备皮刀等统一盛放在利器盒内，以免发生刺伤；病理性废物用双层袋收集，冰箱低温保存或日产日清；化学性

废物由有资质的单位回收处置，禁止直接倒入下水道。

4、病原微生物实验室废弃病原体培养基标本、菌种和毒种保存液及其容器，应在产生地点进行压力蒸汽灭菌或者使用其他方式消毒，然后按感染性废物收集处理；

5、在盛装医疗废物前，应当对医疗废物包装物或者容器进行认真检查，确保无破损、渗漏和其他缺陷。

6、盛装的医疗废物达到包装物或者容器的 3/4 时，应当使用有效的封口方式，使包装物或者容器的封口紧实、严密。贴中文标签，内容应当包括：医疗废物产生科室、产生日期、类别及需要特别说明等。

7、放入包装物或者容器内的医疗废物不得取出。

8、医疗废物袋外表面被感染性废物污染时，应增加一层包装。破损后的包装袋应与医疗废物一同处置。

9、严禁将医疗废物与生活垃圾混放。

10、医疗废物出科之前，不得放在电梯口、公共走廊、楼道、水房或医务人员监管范围之外，以防止因监管不到位而造成医疗废物的流失。

11、禁止科室或个人转让、买卖医疗废物。

12、医疗废物处置人员做好防护，避免发生职业暴露。

13、医疗废物产生地点严格按照要求对医疗废物分类收集，规范包装，做好标识，并每日由专人或专班清点、与医疗废物收集人员交接并双方签名，资料至少保存 3 年。

14、科室感控小组每年对本科室医务人员和新入科人员进行医疗废物相关知识的培训，考核合格后方能上岗。

三十、医疗废物暂时贮存地点工作制度

1、医疗废物暂时贮存地点应远离医疗区、食品加工区、人员活动区和生活垃圾存放场所，方便医疗废物运送人员及运送工具、运送车辆的出入。

2、医疗废物暂时贮存地点有严密的封闭措施，防止渗漏和雨水冲刷，避免阳光照射，并有防盗、防鼠、防蚊蝇、防蟑螂的安全措施。

3、医疗废物暂时贮存地点应设有水池、地漏等设施，墙面和地面的装修应便于冲刷、清洗和消毒。

4、医疗废物暂时贮存地点应设有明显的医疗废物警示标识和禁止吸烟、禁止饮食等警示标识，配备灭火器材。

5、医疗废物暂时贮存地点的管理人员应对医疗废物的交接进行登记，登记内容应包括医疗废物的来源、种类、重量和数量、交接时间、最终去向以及经办人员签名等项目，登记资料至少保存三年。

6、工作人员应将每天回暂存间称重扫描后登记上传医疗废物产生日期、种类、数量。

7、每日工作结束后，医疗废物运送工具用 1000mg/L 含氯消毒液喷洒或擦拭消毒，专用运送车辆不得运送其他物品。

8、医疗废物暂时贮存时间不得超过 2 天，医疗废物应转交医疗废物集中处置单位，严格执行危险废物转移联单管理制度。

9、医疗废物转交出去以后，及时对医疗废物暂时贮存地点进行清洁和消毒处理，墙面和地面可用有效氯 1000mg/L 含氯消毒液拖擦或喷洒。

三十一、医院生活垃圾分类管理制度

为全面落实健康中国的战略部署，提高医疗行业生态文明建设水平，促进资源回收利用，按照《国务院办公厅关于转发国家发展改革委住房城乡建设部生活垃圾分类制度实施方案的通知》（国办发〔2017〕26号，以下简称《实施方案》）要求，结合医院实际制定如下工作制度。

一、医院对生活垃圾分类实行责任制管理，明确责任部门 and 责任人。医院总务后勤科为责任部门，各科室保洁人员为责任人，总务后勤科负责日常监督，院感办配合总务后勤科进行监督指导，做好医院内生活垃圾分类工作。

二、明确医院内生活垃圾分类管理要求

（一）明确分类类别。医院按照《医疗废物管理条例》等相关规定严格医疗废物的源头分类管理，规范收集暂存，严禁将医疗废物混入生活垃圾。产生的生活垃圾按照属性分为有害垃圾、易腐垃圾、可回收物和其他垃圾四类。

1、有害垃圾。主要包括废电池（镉镍电池、氧化汞电池、铅蓄电池等）、废荧光灯管（日光灯管、节能灯等）、废胶片及废相纸等。

2、易腐垃圾。主要包括食堂、办公楼等区域产生的餐厨垃圾、瓜果垃圾、花卉垃圾等。

3、可回收物。主要包括未经患者血液、体液、排泄物等污染的输液瓶（袋），塑料类包装袋、包装盒、包装箱，纸张、纸质外包装物，废弃电器电子产品，经过擦拭或熏蒸方式消毒处理后废弃的病床、轮

椅、输液架等。

4、其他垃圾。

（二）明确分类投放要求。

1、有害垃圾投放要求。按照安全、便利、快捷的原则，定点在医院门诊大厅、住院大厅、电梯入口等地方设立容器对有害垃圾进行收集、暂存，并在醒目位置设置有害垃圾标志。

2、易腐垃圾投放要求。在医院易腐垃圾主要产生区域，主要是各病区设置专门容器单独投放易腐垃圾，原则上应当采用密闭容器存放。

3、可回收物投放要求。各病区及其他公共区域设置专门容器或设临时存储空间，定点投放和暂存，做到标识明显。

（三）明确分类处置要求。

1、有害垃圾处置要求。医院与有资质的危险废物处置单位签订合同，根据有害垃圾的品种和产生数量合理确定或约定收运频率。

2、易腐垃圾处置要求。每日产生的易腐垃圾由玉禾田公司收集并处理。

3、可回收物处置要求。医院统一处置本单位产生的可回收物，与再生资源回收单位做好交接、登记和统计工作，实现可回收物的可追溯。再生资源回收单位向再生资源利用单位提供输液瓶（袋）类可回收物时，应当说明来源并做好交接登记，确保可追溯。再生资源利用单位利用这类可回收物时不得用于原用途，用于其他用途时不应危害人体健康。

（四）明确使用后输液瓶（袋）的分类管理要求。

1、对于未被患者血液、体液和排泄物等污染的输液瓶（袋），应当在其与输液管连接处去除输液管后单独集中回收、存放。去除后的输液管、针头等应当严格按照医疗废物处理，严禁混入未被污染的输液瓶（袋）及其他生活垃圾中。

2、残留少量经稀释的普通药液的输液瓶（袋），可以按照未被污染的输液瓶（袋）处理。医疗机构应当科学、规范、节约用药，提高药物使用效率，减少浪费，降低药品消耗和环境承载压力。

3、存在下列情形的输液瓶（袋），即使未被患者血液、体液和排泄物等污染，也不得纳入可回收生活垃圾管理。

（1）在传染病区使用，或者用于传染病患者、疑似传染病患者以及采取隔离措施的其他患者的输液瓶（袋），应当按照感染性医疗废物处理。

（2）输液涉及使用细胞毒性药物（如肿瘤化疗药物等）的输液瓶（袋），应当按照药物性医疗废物处理。

（3）输液涉及使用麻醉类药品、精神类药品、易制毒药品和放射性药品的输液瓶（袋），应当严格按照相关规定处理。

三十二、胎盘处置管理制度

1、严格按照《医疗废物管理条例》和国家有关规定处理胎盘。

2、严格履行告知义务，保障产妇的知情权。产妇入院时由当班医护人员告知产妇及其家属对胎盘处理的相关规定，并填写《胎盘处置知情同意书》，由产妇或其家属及医生签字，随病历保存。

3、产妇分娩后胎盘应归产妇所有（有经血传播性疾病除外）；产妇放弃或者捐献胎盘时按病理性废物处置。

4、产妇检测出携带感染性及传染性疾病的胎盘、未做筛查的产妇分娩的胎盘，应严格按照《中华人民共和国传染病防治法》和《医疗废物管理条例》的有关规定，按病理性废物处置，用双层黄色医疗废物袋收集，将包装好的胎盘置于专用冰箱低温保存，并做好交接登记。

5、需要送病检的胎盘，由病理科负责暂时保存，取材后，按病理性废物处置。

6、医疗废物转运人员每日按照规定的时间和路线下科室收取，并与科室进行交接和登记。

7、如产妇要求自行处置胎盘者，医务人员要求产妇家属自带容器，在与产妇家属交接胎盘时应告知相关规定及注意事项，严禁家属随意丢弃胎盘。

8、任何单位和个人不得买卖胎盘。

9、严格监督和处罚：院感办定期和不定期地对手术室、产房、病理科、医疗废物暂存处进行监督和检查，查看病历中胎盘处置单登记情况，查看医疗废物暂存处胎盘回收登记情况，询问分娩后产妇及其家属对胎盘处置情况，了解是否有胎盘买卖和流失现象，如发现有违规者，严肃追责。

三十三、死胎、死婴管理制度

1、应将引产死胎纳入遗体管理，妥善处置。

2、严格履行告知义务，保障产妇的知情权。医务人员应当告知产妇及其家属对死婴、死胎处理的相关规定，并填写相关登记。

3、引产死胎由医护人员与医院指定人员交接，做好登记，双方签字，登记资料至少保存 3 年。

4、指定人员负责引产死胎的收集和规范存放，批量送往殡仪馆，并有完整的交接手续。

5、有传染性风险的，应严格执行《传染病防治法》、《医院感染管理办法》等相关规定，对死胎收集、运送、存放全过程进行无害化处置，并做好工作人员的自身防护。

6、禁止我院医务人员从事营利性的引产死胎处置工作。

7、严禁将引产死胎按医疗废物处置。

注：死胎：胎龄在 16 周以上或胎重 500 克以上的死产胎儿。

三十四、废弃输液瓶（袋）处置管理制度

废弃输液瓶（袋）是医疗机构产生的特殊固体废物，大多存有残留药剂，若不及时处理或处理不当均会引发环境污染，甚至导致疾病的传播。为了保护环境，保障民众健康和公共卫生安全，进一步规范废弃输液瓶（袋）的处置工作，特制定以下管理制度。

1、医院应与有资质的回收单位签订处置合同，废弃输液瓶（袋）集中收集管理。

2、各科室对未被患者血液、体液和排泄物等污染的输液瓶，应去除输液管后集中存放，玻璃瓶与塑料瓶分开收集，严禁混入输液管、

针头及其他生活垃圾。

3、残留少量经稀释的普通药液的输液瓶（袋），可以按照未被污染的输液瓶（袋）处理。

4、存在下列情形的输液瓶（袋），即使未被患者血液、体液和排泄物等污染，也不得回收。

（1）在传染病区使用，或者用于传染病患者、疑似传染病患者以及采取隔离措施的其他患者的输液瓶（袋），应当按照感染性废物处理。

（2）输液涉及使用细胞毒性药物（如肿瘤化疗药物等）的输液瓶（袋），应当按照药物性废物处理。

（3）输液涉及使用麻醉类药品、精神类药品、易制毒药品和放射性药品的输液瓶（袋），应当严格按照相关规定处理。

5、专职人员做好废弃输液瓶交接、转运和登记工作，与科室的交接登记内容包括：废弃输液瓶的来源、种类、数量、交接时间、交接双方签字。与集中处置单位做好交接联单登记工作。

6、暂时存放点应有防火、防盗设施，防止发生流失。

7、禁止任何部门和个人转让、买卖废弃输液瓶（袋）。

8、如发生废弃输液瓶流失、泄漏或废弃药物扩散时，立即采取减少危害的紧急处理，对致病人员提供医疗救护和现场救援，同时向上级卫生行政部门报告。

三十五、多重耐药菌医院感染预防与控制制度

一、多重耐药菌管理制度

1、多重耐药菌管理纳入医疗质量管理，医务科、护理部、药械科、总务后勤科等有协同管理职责。

2、微生物实验室检出多重耐药菌时应填写“多重耐药菌上报卡”立即上报院感科，并按危急值管理方式电话通知临床科室。

3、各临床科室接到信息后应在 2 小时内下“接触隔离”医嘱，属于医院感染病例上报院感科，同时由感控医生做好记录工作。

4、院感办每天关注收集微生物实验室多重耐药菌检测结果，并在接到多重耐药菌感染病例报告后通知临床科室，指导科室按照多重耐药菌医院感染控制制度进行病人诊疗和消毒隔离等工作。

5、严格执行隔离措施，按接触隔离技术要求，设置隔离标识，使用蓝色标记，在病人一览表及病历夹左上角黏贴标识，首选单间隔离，也可将同类多重耐药菌患者放在同一病室内，但不可将多重耐药菌感染或定植患者与气管插管、深静脉留置导管、有开放伤口或者免疫功能抑制患者安置在同一房间。

6、加强病室内环境卫生管理，应对病室内的相关物体表面进行清洁擦拭或消毒；切实遵守无菌技术操作规程，在进行操作时做好职业防护工作，医务人员严格遵循洗手与手消毒指征。

7、多重耐药菌感染病人如需手术，应在《手术通知单》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。

8、感染者或携带者应隔离至临床症状体征好转、病原体复查至少连续两次阴性，方可解除接触隔离。

9、加强有关多重耐药菌感染预防和控制等方面的培训。

二、多重耐药菌医院感染控制制度

1、多重耐药菌定义

多重耐药菌，主要是指对临床使用的三类或三类以上抗菌药物同时呈现耐药的细菌。常见多重耐药菌包括耐甲氧西林金黄色葡萄球菌(MRSA)、耐万古霉素肠球菌(VRE)、耐碳青霉烯类抗菌药物肠杆菌科细菌(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。

2、加强多重耐药菌的目标性监测，

(1) 临床医师在接诊感染性疾病患者后，应送检相应的病原学标本，并追踪检验结果，及时发现、早期诊断多重耐药菌感染患者和定植患者。若属于医院感染散发病例，则于 24 小时内填写“医院感染监测上报卡”上报院感办。

(2) 微生物实验室进行细菌培养、鉴定、药敏后，对多重耐药菌应填写“多重耐药菌上报卡”进行上报，并按危急值管理方式及时电话通知临床科室。

(3) 院感办每天查阅医院感染实时监控系统中报信息，然后到相关科室指导隔离工作。

(4) 微生物实验室应每季度向全院公布临床常见分离细菌菌株及其药敏情况，院感办定期对监测资料汇总，每季度通过《医院感染管

理简报》向全院公布。

（5）发生医院感染暴发、特殊病原体或者新发病原体的医院感染可能造成重大公共影响或者严重后果的医院感染, 及时报告。

3、切实落实预防控制措施

（1）临床科主任、护士长负责病区内的多重耐药菌患者的接触隔离措施的落实情况, 科室院感管理小组成员积极配合, 加强督导。

（2）科室院感管理小组应定期组织医务人员学习多重耐药菌的诊断、治疗、隔离知识, 提高医务人员对多重耐药菌感染危险因素、流行病学、预防控制等观念的认识。

（3）多重耐药菌感染疑为医院感染爆发时, 应严格按照医院感染暴发报告制度及时上报。

（4）明确隔离标志: 在住院患者一览表、病历夹外侧面、隔离单元粘贴（悬挂）蓝色“接触隔离”标志。

（5）医务人员对患者实施诊疗护理活动过程中, 应当严格执行手卫生制度。

（6）遵循标准预防原则, 加强职业防护: 在实施诊疗护理操作中, 有可能接触患者的伤口、溃烂面、粘膜、体液、引流液、分泌物、排泄物时, 应当戴手套, 必要时穿隔离衣。离开患者床旁或房间时, 须将防护用品脱下, 并洗手或用快速手消毒剂擦手。

（7）严格遵守无菌技术操作原则, 严格执行《预防导管相关血流感染标准操作规程》、《预防手术部位感染标准操作规程》、《预防导尿管相关尿路感染标准操作规程》、《预防呼吸机相关肺炎标准操作规

程》，避免多重耐药菌传播。

（8）严格执行抗菌药临床应用基本原则，根据微生物检测结果，结合临床合理使用抗菌药物。

（9）应尽量减少与感染者或定植者相接触的医务人员数量。最好限制每班诊疗患者为医生、护士各一人，所有诊疗尽可能由他们完成，包括标本的采集。

（10）对多重耐药菌感染患者和定植患者实施隔离：首选单间隔离，也可以将同类多重耐药菌感染者或定植者安置在同一房间。隔离病房不足时才考虑进行床边隔离，不能与气管插管、深静脉留置导管、有开放伤口或者免疫功能抑制患者安置在同一房间。当感染者较多时，应保护性隔离未感染者。

（11）进行床旁隔离时，应在床头或床尾粘贴（悬挂）隔离标识，提醒医务人员以及家属。当实施床旁隔离时，应先诊疗护理其他患者，多重耐药菌感染患者安排在最后。

（12）限制患者活动范围，如患者需离开隔离室进行诊断、治疗或转科时，应电话通知相关科室采取措施，防止感染的扩散。同时必须由一名工作人员陪同，并向对方说明对该患者应使用的隔离措施。

（13）多重耐药菌感染患者或多重耐药菌携带者应隔离至感染症状体征好转、病原体复查至少连续两次阴性，方可解除隔离。

（14）物品专用：对于非急诊用仪器（如血压计、听诊器、体温表、输液架）等应专用。其他不能专人专用的物品（如轮椅、担架）、进行床旁诊断（如拍片、心电图）的仪器等在每次使用后必须消毒。

(15) 加强环境清洁消毒工作:隔离房间物体表面、地面、仪器应每日用专用清洁物品清洁后消毒,污染时及时消毒。出现多重耐药菌医院感染暴发时应每班次进行清洁、消毒。

(16) 加强医疗废物管理,规范处置医疗废物。

三、多重耐药菌消毒隔离制度

1、加强医务人员手卫生

1) 保证手卫生设施完善,清洁液、手消毒液、干手物品准备充足。

2) 严格掌握手卫生指征:医务人员在直接接触患者前后、对患者实施诊疗护理操作前后、接触患者体液或者分泌物后、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。

3) 手上有明显污染时,应当洗手,无明显污染时,可以使用速干手消毒剂进行手部消毒。

4) 离开隔离病房前,摘除手套、脱去防护用品前后应洗手和/或手消毒。

2、医务人员应当严格遵守标准预防原则,加强个人防护

1) 进入隔离单元应衣帽整齐,戴一次性外科口罩。

2) 在实施诊疗护理操作活动中,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,应当使用一次性乳胶手套。

3) 从事可能污染工作服的操作时,应穿隔离衣,离开病室前脱下隔离衣,按要求悬挂;或使用一次性隔离衣,用后按医疗废物处理。

4) 完成对多重耐药菌感染患者或者定植患者的诊疗护理操作后, 必须及时脱去手套和隔离衣。

5) 实施分组诊疗护理, 最好限制每班诊疗病人者为医生、护士各一人, 所有诊疗尽可能由他们完成, 包括标本的采集。

3、医务人员应当严格遵守无菌技术操作规程, 特别是实施中心静脉置管、气管切开、气管插管、留置尿管、放置引流管等侵入性操作时, 应当避免污染, 减少感染的危险因素。

4、对感染、定植患者进行隔离

1) 首选单间隔离, 也可以将同类多重耐药菌感染患者或者定植患者安置在同一房间。

2) 条件受限时应当实施床边隔离, 限制病人的活动范围。

3) 减少转运, 如必须转运时, 应尽量减少对其它患者人和环境物表的污染。

4) 不能将多重耐药菌感染患者或者定植患者与气管插管、深静脉留置导管、有开放伤口或者免疫功能抑制患者安置在同一房间。

5) 当感染者较多时, 应保护性隔离未感染者。

5、加强物品、环境卫生管理。

1) 一般的医疗器械如听诊器、体温表、血压计等专人专用; 不能专人专用的器械, 每次用后, 应在清洁的基础上消毒。

2) 根据工作需要, 配备必要的诊疗用品, 不足部分由专人传递, 多余物品在未进行消毒前不应返回普通病房。未使用完的一次性物品、液体不应返回治疗室。

3) 进行床旁诊断(如拍片、心电图)的仪器必须在检查完成后须用消毒剂进行擦拭。

4) 保持病室清洁, 患者经常接触的物体表面、设备、设施表面(如家具、门把手、栏杆等), 地面每天使用专用工具清洁、消毒, 污染时随时消毒, 保洁用具使用后及时清洗、消毒晾干备用。

5) 病室每日开窗通风 2 次, 每次 30 分钟, 终末消毒可使用紫外线照射。

6、加强抗菌药物的合理应用

严格执行抗菌药物临床应用的基本原则, 加强抗菌药物临床合理应用的管理, 减少或者延缓多重耐药菌的产生。

7、加强医疗废物管理

1) 医务人员应严格按照医疗废物管理制度对医疗废物进行合理分类收集、3/4 满进行有效封口, 密闭运出。

2) 处理医疗废物的人员应该戴手套、洗手并对每一次意外事故进行报告。

3) 用过的被服应清洁面朝外在原地打包, 不能在病区进行分类。污染严重的被服应该使用防渗漏包装袋, 被服收集人员应该使用个人防护用具, 如手套、口罩等。

4) 患者的排泄物应进行消毒后排放。

8、器械管理

1) 多重耐药菌感染患者尽量使用一次性医疗用品, 用后按医疗废物处理, 严禁重复使用。

2) 可循环使用的器械密闭保存, 由消毒供应中心统一回收。

四、多重耐药菌监测、报告制度

1、院感办应根据卫生部相关文件制定多重耐药菌监测方案, 并组织实施。

2、临床科室应对高危人群进行筛查, 尤其是对从其他医院转入者应及时送检相应的病原学标本(有样必采), 并追踪检验结果, 及时发现、早期诊断多重耐药菌感染患者。

3、微生物实验室进行细菌培养、鉴定、药敏后, 对多重耐药菌应填写“多重耐药菌上报卡”进行上报, 并按危急值管理方式电话通知临床科室。

4、院感办收到微生物实验室的“多重耐药菌上报卡”, 及时到科室指导隔离工作。床位医生及时下“接触隔离”医嘱并详细填写“多重耐药菌追踪调查表”上报院感办。

5、同一病区发现 3 例病例、或可疑多重耐药菌感染患者, 怀疑与医院感染有关, 应及时报告院感办。

6、检验科和院感办定期向全院发布细菌耐药资料。

7、医院感染突发事件、可疑发生医院感染暴发, 可能造成重大公共影响或者严重后果的医院感染时, 院感办应立即向院长报告。

五、细菌耐药监测与预警管理制度

1、治疗性应用抗菌药物需要有指征, 应尽早查明感染病原, 根据病原种类及细菌药物敏感试验结果选用抗菌药物。在开始抗菌治疗前, 先留取相应标本, 立即送细菌培养, 以尽早明确病原菌和药敏结果。

危重患者在未获知病原菌及药敏结果前，先给予抗菌药物经验治疗，获知细菌培养及药敏结果后，对疗效不佳的患者调整给药方案。

2、医院要及时向临床科室反馈全院的细菌耐药情况，做到每季度通报 1 次。由药剂科、院感办和检验科共同参与完成。院感办和检验科负责提供相关的病原学监测数据，药剂科负责对数据进行分析、评价和总结。

3、针对主要目标细菌耐药率的不同，采取不同的预警及处理措施，以指导临床抗菌药物合理应用。

（1）对主要目标细菌耐药率超过 30%的抗菌药物，应及时将预警信息通报本机构医务人员。

（2）对主要目标细菌耐药率超过 40%的抗菌药物，应慎重经验用药。

（3）对主要目标细菌耐药率超过 50%的抗菌药物，应参照药敏试验结果选用。

（4）对主要目标细菌耐药率超过 75%的抗菌药物，应暂停该类抗菌药物的临床应用，根据追踪细菌耐药监测结果，再决定是否恢复其临床应用。

4、严格控制围手术期抗菌药物预防性应用的管理，特别是要重点加强 I 类切口手术预防用药管理。

5、严格执行抗菌药物分级管理制度，特别是加强“特殊使用”抗菌药物的使用和管理。特殊使用的抗菌药物需由药事管理委员会认定、具有抗感染临床经验的感染或相关专业专家及临床药师共同会诊同

意,并由具有临床科主任或主任医师资格的医生开具处方后方可使用。

6、医院每月对全院抗菌药物情况进行评价分析,并将各科室抗菌药物使用情况列入考核。

三十六、多重耐药菌感染管理联席会议制度

1、联席会议宗旨,将已制定的“多重耐药菌医院感染预防与控制措施”及流程执行情况加以落实,使制度具有可操作性,加强院感办与医务科、护理部、细菌室、药剂科及临床科室的联系,避免院感办单枪匹马,孤军奋战,缺乏合作意识,同时通过联席会议提高临床科室的执行力,以期达到由于多部门对细菌耐药联合干预,取得成效。

2、联席会议的主要职责

(1)在医院领导班子的统一领导下,贯彻多重耐药菌管理有关法律、法规、规章;指导全院的多重耐药菌防控工作;

(2)针对多重耐药菌医院感染的诊断、监测、预防和控制等各个环节,结合实际工作,审议多重耐药菌感染管理的规章制度;

(3)研究、协调解决全院多重耐药菌防控工作中的重大问题,制定和拟订多部门对细菌耐药情况的防控对策和联合干预措施;

(4)组织对各级各部门贯彻执行多重耐药菌管理法律、法规、规章情况和防控工作责任制落实情况的督查;组织开展多重耐药菌管理专项治理;

(5)对存在问题定期分析、反馈,研究持续改进措施;

(6)加强各部门之间的沟通和协调,保持信息通报渠道畅通,定

期通报多重耐药菌形势和防控工作状况。

3、联席会议的组成：

联席会议由分管副院长任总召集人。组成成员：院感办、检验科（微生物实验室）、药剂科、医务科、护理部、临床各科室负责人。

4、联席会议日常工作机构：

联席会议下设办公室（设在院感办），具体承担联席会议的日常工作，负责了解、掌握并通报全院多重耐药菌防控工作状况，分析研究多重耐药菌防治工作中存在的突出问题并向联席会议提出对策建议，督促落实联席会议决定的事项。牵头部门为院感办，联席会议办公室主任由院感办主任兼任。

5、联席会议的工作规则：

原则上联席会议每半年召开一次全体会议，由召集人负责召集，联席会议成员参加，必要时可邀请有关单位负责人和专家参加。

（1）联席会议在医院领导班子的领导下开展工作，并定期、不定期地向院领导报告全院多重耐药菌防控工作的情况；

（2）联席会议召开的时间、地点和议题由联席会议办公室拟定并请示召集人后通知各成员。各成员要向联席会议报告本部门、本系统多重耐药菌防控工作开展情况及落实联席会议决议的情况，必要时按联席会议办公室通知提交书面材料；

（3）联席会议办公室负责日常联络工作，联席会议召开后，由联席会议办公室编写、印发会议纪要，发送联席会议各成员。联席会议作出的工作部署和决定，联席会议成员要及时向本部门主要领导报告，

并抓好落实。工作情况要及时报联席会议办公室；

（4）各联席会议成员必须按时参加联席会议，除抢救病人等特殊情况，以上人员不得无故缺席。如因故不能参加应提前向召集人请假，并指定本部门主任或以上人员代替参加会议。

三十七、多部门参与的多重耐药菌的管理合作机制

监测、控制多重耐药菌是医院感染控制管理的重点，加强多学科间的合作，强化管理是院感办所面临的新课题。有数据显示：多重耐药菌的产生，30%~40%是通过医院工作人员的手进行传播，20%~25%是抗菌药物的选择压力，20%~25%是社区获得性病原菌，20%来源不明。因此，多重耐药菌医院感染控制，需要临床医护人员、药剂科、检验科、医务科、护理部及院感办人员共同协作完成。根据宣城市卫健委转发卫生部办公厅（2011）5号文件——关于印发《多重耐药菌医院感染预防与控制技术指南（试行）》的通知，为加强多重耐药菌医院感染管理，强化预防与控制措施，建立和完善多重耐药菌的监测，经医院感染管理委员会通过：医院感染管理委员会下设多重耐药菌感染管理组，包括：临床科室、细菌室、药剂科、医务科、护理部、院感办。其中院感办作为牵头部门，在本院已制定的多重耐药菌预防和控制管理规范的基础上，1、对多重耐药菌管理各相关科室进行详细分工，明确职能；2、制定多部门联合会议制度，对于预防和控制多重耐药菌的管理合作过程中出现的问题及时进行沟通讨论，进一步完善各部门合作机制。

一、分工及职责

1、临床科室：

①加强医务人员手卫生。严格执行《医务人员手卫生规范》，医务人员在直接接触患者前后、进行无菌技术操作和侵入性操作前，接触患者使用的物品或处理其分泌物、排泄物后，必须洗手或使用速干手消毒剂进行手消毒。

②在标准预防的基础上，严格实施隔离措施，预防多重耐药菌传播。尽量选择单间隔离，也可以将同类多重耐药菌感染患者或定植患者安置在同一房间。隔离房间或床头应当有隔离标识（蓝色），在患者的病例外壳中注明多重耐药菌，下接触隔离医嘱，提高医务人员的警惕性。

③与患者直接接触的相关医疗器械、器具及物品如听诊器、血压计、体温表、输液架等要专人专用，并及时消毒处理。轮椅、担架、床旁心电图机等不能专人专用的医疗器械、器具及物品要在每次使用后擦拭消毒。

④医务人员对患者实施诊疗护理操作时，应当将高度疑似或确诊多重耐药菌感染患者或定植患者安排在最后进行。

⑤严格执行无菌技术操作和标准操作规程，避免污染，有效预防多重耐药菌感染。

⑥加强多重耐药菌感染患者或定植患者诊疗环境的清洁、消毒工作。

⑦严格执行抗菌药物临床使用的基本原则，切实落实抗菌药物的

分级管理，严格执行围术期抗菌药物预防性使用的相关规定，避免因抗菌药物使用不当导致细菌耐药的发生。

⑧患者隔离期间要定期监测多重耐药菌感染情况，直至临床症状好转或治愈方可解除隔离。

⑨各科室院感管理小组每月对存在问题或缺陷进行分析讨论，制定整改措施，有落实情况记录，体现持续改进。

2、药剂科：

①协同院感办、细菌室定期向临床医师提供最新的抗菌药物敏感性总结报告和趋势分析，以正确指导临床合理使用抗菌药物，提高抗菌药物处方水平。

②协同细菌室完成临床治疗性使用抗菌药物种类与微生物检测种类年度统计分析。

③每季度公布各科室使用抗菌药物情况，并有促进抗菌药物合理使用的考核机制。

④协同医务科每季度对各科室抗菌药物使用中存在问题或缺陷进行分析讨论，对落实情况体现持续改进。

3、细菌室：

①发现多重耐药菌感染患者和定植患者后，在报告单上标记“多重耐药菌，请接触隔离”的字样，并按危急值管理同时告知院感办和送检的临床科室（并有记录），以便采取有效的治疗和感染控制措施。

②有细菌耐药监测机制和预警机制，每季度向全院公布一次临床常见分离细菌菌株及其药敏情况，包括全院和重点部门多重耐药菌的

检出变化情况和感染趋势。

③每季度公布医院感染病原微生物名称和耐药率。

④每季度对各科室微生物送检情况及细菌耐药检测中存在问题或缺陷进行分析讨论，对落实情况体现持续改进。

⑤每季度有细菌耐药监测和抗菌药物敏感性报告。

⑥协同药剂科完成临床治疗性使用抗菌药物种类与微生物检测种类年度统计分析。

4、院感办：

①每天通过院感实时监控系统获取准确的各科室患者耐药菌感染情况，并每天随机到各临床科室督查耐药菌感染控制制度落实情况。

②对存在问题及时指出，对改进情况进行跟踪、督查，落实，体现持续改进。

③每季度对各科室微生物送检情况及细菌耐药检测中存在问题或缺陷进行总结，对落实情况进行督查并要求持续改进。

④制定培训计划，并不定期以各种形式对全院医护人员和微生物检验人员进行预防多重耐药菌相关知识进行培训。

5、医务科：

①负责制定我院抗菌药物合理使用管理组织与制度、分级管理制度及具体落实措施。

②组织各种形式的抗菌药物合理使用及分级使用相关知识培训和考核，记录详实。

③负责督促各临床科室医师落实《多重耐药菌管理制度及预防和

控制措施》。特别强调在检验科报告多重耐药菌后，主管医师必须 2 小时内下“接触隔离”的长期医嘱并严格落实预防和控制措施，直到解除隔离方能停此医嘱。

6、护理部：

主要督促护理人员落实《多重耐药菌管理制度及预防和控制措施》。特别强调在检验科报告多重耐药菌后，护理人员必须严格落实预防和控制措施，直到解除隔离。

三十八、抗菌药物合理应用管理制度

为深入贯彻落实卫健委《抗菌药物临床应用指导原则》、《医院感染管理规范》及《医院合理使用抗感染药物管理制度》，加强我院抗菌药物合理应用的管理，特制定抗菌药物合理应用的管理制度。

一、抗菌药物应用的基本原则

治疗性应用：根据病原菌、感染部位、感染严重程度和患者的生理、病理情况制定抗菌药物治疗方案，包括抗菌药物的选用品种、剂量、给药次数、给药途径、疗程及联合用药。

1、抗菌药物的适应证：细菌性感染及支原体、衣原体、螺旋体、立克次氏体、真菌等病原微生物的感染，非上述感染原则上不用抗菌药物。临床确定适应证后：a、根据经验选药的同时，应尽早采集相应部位的标本查明感染病原体，根据病原种类及药物敏感试验结果调整用药。b、门诊基本不使用三代头孢菌素类药物，抗菌药物用量一般感染处方三日量，慢性感染二周量，避免长期用药。

2、抗菌药物治疗方案还应综合患者的情况（新生儿、老年人、孕妇、肝肾功能损害、免疫功能低下、过敏体质等）、疾病的严重程度、患者病理生理状况；另外药物的药代动力学、不良反应、价格等也是考虑的因素。

3、抗菌药物的联合应用要有明确指征，单一药物可有效治疗的感染不需联合用药，仅在下列情况时有联合用药的指征：

（1）病原未明的严重感染，包括免疫缺陷者的严重感染。

（2）应用单一药物难以控制的需氧菌及厌氧菌混合感染；2种或2种以上病原菌感染。

（3）单一抗菌药物不能有效控制的感染性心内膜炎或败血症等重症感染。

（4）单一药物不能有效控制的耐药菌株感染，特别是医院感染。

（5）需长期用药，但病原菌已对某些抗菌药物产生耐药性者，如抗结核药物的联合；

（6）联合用药的协同作用可使单一抗菌药物剂量减小，因而减少不良反应。

预防性应用：用于预防特定病原菌（非病毒）入侵或在某一时间段内可能发生的感染。不宜长期连续应用。抗菌药物预防应用必须充分权衡感染发生的可能性，药物预防的效果，耐药性的产生，二重感染，不良反应以及价格等各种因素后决定是否应用。外科手术应根据手术野有否污染或污染可能，决定是否预防用抗菌药物。

1、非外科预防应用的适应证：

- (1) 链球菌感染、风湿热、风心患者；
- (2) 流行性脑脊髓膜炎；
- (3) 其他可能发生细菌感染的疾病，并肯定能取得相当效果，反之不适当预防用药。

2、外科手术预防用药原则：

(1) 清洁手术：手术野无污染，通常不需预防用抗菌药物，仅在下述情况时可考虑预防用药：(a) 手术范围大、时间长、污染机会增加；(b) 手术涉及重要脏器，一旦发生感染将造成严重后果者，如头颅手术、心脏手术、眼内手术等；(c) 异物植入手术，如人工心瓣膜植入、永久性心脏起搏器放置、人工关节置换等；(d) 高龄或免疫缺陷者等高危人群。

(2) 清洁—污染手术及污染手术需预防用抗菌药物。

(3) 外科预防用抗菌药物的选择及给药方法应视预防目的而定：接受清洁手术者，在术前 0、5~1 小时内给药，或麻醉开始时给药，如果手术时间超过 3 小时，或失血量大 (>1500ml)，可手术中给予第 2 剂。抗菌药物的有效覆盖时间应包括整个手术过程和手术结束后 4 小时，总的预防用药时间不超过 24 小时，个别情况可延长至 48 小时。

二、抗菌药物分级使用的管理

1、分级原则：根据抗菌药物特点、临床疗效、细菌耐药、不良反应以及药品价格等因素，将抗菌药物分为非限制使用、限制使用与特殊使用三类。

(1) 非限制使用：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。

(2)限制使用：与非限制使用抗菌药物相比较，这类药物在疗效、安全性、对细菌耐药性影响、药品价格等某方面存在局限性，不宜作为非限制药物使用。

(3)特殊使用：不良反应明显，不宜随意使用或临床需要倍加保护以免细菌过快产生耐药而导致严重后果的抗菌药物；新上市的抗菌药物；其疗效或安全性任何一方面的临床资料尚较少，或并不优于现用药物者；药品价格昂贵。

2、分级管理办法

(1)一般对轻度与局部感染患者应首先选用非限制使用抗菌药物进行治疗；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抗菌药物敏感时，可选用限制使用抗菌药物治疗；特殊使用抗菌药物的选用应从严控制。

(2)临床医师可根据诊断和患者病情开具“非限制使用”的抗菌药物处方；原则上主治或以上医师有权使用“限制使用”的抗菌药物；副主任或以上医师有权使用“特殊使用”的抗菌药物。急诊、有药敏试验结果或其他特殊情况下临床医师可以越级使用高于权限的抗菌药物，但仅限于1天用量，并应有相应的病程记录。临床医师使用“特殊使用”的抗菌药物须有副主任或以上级别医师的签字或查房意见，并有相关的病程记录，否则视为不合理应用。

三、抗菌药物合理应用的监测

医务科、药剂科和院感办定期检查全院抗菌药使用情况，对未按

规定应用抗菌药物的科室和医师进行公布，并作为医疗质量管理考核内容之一。

四、抗菌药物的宏观管理

(1) 药事管理与药物治疗学委员会应定期组织医务人员学习有关抗菌药使用知识，介绍药物进展及合理使用抗菌药物的知识，以提高抗菌药物治疗水平；

(2) 药事管理与药物治疗学委员会定期讨论我院抗菌药物应用品种，选择疗效可靠，不良反应小，相对廉价的药物作为常规品种。对产生严重耐药性，发生不良反应的药物应暂停使用；

(3) 检验科定期公布医院分离的主要病原菌及药敏试验的统计资料。

三十九、医院环境清洁与消毒制度

医院环境清洁消毒是指医院工作人员对诊疗区域的空气、环境和物体（包括诊疗器械、医疗设备、床单元等）表面，以及地面等实施清洁消毒或新风管理，以防控与环境相关感染的发生和传播的。依据《病区医院感染管理规范》、《感控标准预防措施执行管理制度》、《医疗机构消毒技术规范》的要求，制定本制度。

1、基本要求

(1) 各科室负责落实环境清洁与消毒工作，科室感控小组负责本科室的督查工作，院感办负责全院环境清洁与消毒工作的督查。

(2) 明确风险区域物表清洁消毒的基本规范与标准操作流程和监

督检查的规定，并开展相关的培训。

（3）按要求开展诊疗环境清洁消毒过程及效果的监测工作。

（4）有严格执行感染暴发（疑似暴发）后的环境清洁消毒规定与床单元终末处置流程。

（5）总务科对集中空调通风系统、空气净化系统与医疗用水实施清洁消毒、新风管理和进行监管。

（6）院感办负责督查总务科对空调通风系统、空气净化系统与医疗用水实施清洁消毒、新风管理的落实情况。

2、清洁与消毒原则

（1）遵循先清洁再消毒的原则，采取湿式卫生的清洁方式。

（2）清洁病房或诊疗区域时，应有序进行，由上而下，由里到外，由轻度污染到重度污染；有多名患者共同居住的病房，应遵循清洁单元化操作。（清洁单元：邻近某一患者的相关高频接触表面为一个清洁单元，如该患者使用的病床、床边桌、监护仪、呼吸机、微泵等视为一个清洁单元。）

（3）环境表面不宜采用高水平消毒剂进行日常消毒。使用中的新生儿床和暖箱内表面，日常清洁应以清水为主，不应使用任何消毒剂。

（4）对高频接触、易污染、难清洁与消毒的表面，可采取屏障保护措施，用于屏障保护的覆盖物（如塑料薄膜、铝箱等）实行一用一更换。

（5）对精密仪器设备表面进行清洁与消毒时，应参考仪器设备说明书。

(6)医务人员应负责使用中诊疗设备与仪器的日常清洁与消毒工作；应指导环境清洁人员对诊疗设备与仪器等进行清洁与消毒。

(7)在诊疗过程中发生患者体液、血液等污染时，应随时进行污点清洁与消毒。(污点清洁与消毒：对被少量体液、血液、排泄物、分泌物等感染性物质小范围污染的环境表面进行的清洁与消毒处理)。

(8)清洁工具应分区使用，实行颜色标记。推荐使用微细纤维材料的擦拭布巾和地巾。

(9)不应将使用后或污染的擦拭布巾或地巾重复浸泡至清洁用水、使用中清洁剂和消毒剂内。

(10)实施清洁与消毒时应做好个人防护，包括穿工作服、戴口罩、手套等，清洁工作结束后应认真洗手。

3、医疗器械设备表面清洁

(1)每天工作开始前和结束后，应使用清水或清洁剂对医疗器械设备表面进行擦拭。

(2)特殊仪器应根据厂家提供维护和保养说明，如仪器适合使用的消毒方法、消毒液、是否防水等内容，粘贴在仪器表面明显位置。

(3)低风险医疗仪器（如听诊器、血压计、仪器按钮和把手等）用低效或中效消毒剂如 75%乙醇等进行擦拭消毒。

(4)在日常诊疗护理工作中，如果仪器表面采用覆盖薄膜、铝箔隔离法，要求一人一用一更换。诊疗结束后，工作人员在手套摘除前，将覆盖物去除。

(5)发现医疗器械设备表面有明显的血液、体液等污染时，应先

采取“覆盖消毒”后，再用清水擦拭清洁。

(6) 抹布应做到每清洁一个物体表面后更换，不得用一块抹布连续擦拭两个不同的医疗表面。

4、建筑物内部表面清洁

(1) 建筑物内部表面分为两大类：一是高频接触表面，如桌面、门把手、床栏杆、灯开关、厕门拉手、隔帘等；二是非高频接触表面，如地面和天花板。

(2) 根据环境表面的分类，清洁频率可以视患者的接触程度进行适当调整，如高频接触表面，每日清洁 2-3 次；非高频接触的卫生表面，如墙面、天花板等，根据污染情况定期清洁，必要时消毒。

(3) 每日常规进行清洁和除尘，采用湿式清扫，日常不需要消毒，患者出院、死亡、转科后，床单元以及周围家具均应进行彻底的清洁和消毒。

5、强化清洁与消毒

(1) 发生感染暴发时，如不动杆菌属、艰难梭菌、诺如病毒等感染暴发；环境表面检出多重耐药菌，如耐甲氧西林金黄色葡萄球菌(MRSA)、产超广谱 B-内酰胺酶(ESBLs) 细菌以及耐碳青霉烯类肠杆菌科细菌(CRE) 等耐药菌。

(2) 强化清洁与消毒时，应落实接触传播、飞沫传播和空气传播的隔离措施。

(3) 强化清洁与消毒时，应增加清洁与消毒频率，并根据病原体类型选择消毒剂。

6、清洁工具复用处理要求

- (1) 清洁工具复用处理的房间保持环境干燥、通风良好。
- (2) 清洁工具的数量及复用处理的设施应满足工作需要。
- (3) 不同区域的清洁工具（如抹布、拖布、保洁手套），应做到分区使用，颜色标记，用后洗净、250~500mg/L 含氯消毒液浸泡消毒 30 分钟，冲净消毒液，悬挂晾干备用。

四十、空气消毒机使用管理制度

- 1、科室必须有专人负责空气消毒机的保养和维护。
- 2、使用和维护消毒机之前，必须仔细阅读维护与保养说明。
- 3、动态或静态使用空气消毒机时，均要求关闭门窗。
- 4、空气消毒机进、出风口不应有影响空气循环的遮挡物。
- 5、注意室内物品表面卫生，包括器械柜顶部，避免产生二次扬尘。
- 6、值班人员检查空气消毒机的使用性能及运行情况，当发现异常时，立即停机断电，及时报修。
- 7、空气消毒机不能与水直接接触或冲洗，用湿布擦抹时必须先切断电源。
- 8、维护与保养
 - (1) 每周擦拭清洁机器表面及显示屏，特别注意出、入风口处；检查过滤网，有破损及时更换，有积尘及时清洗。
 - (2) 每月至少清洗过滤网 1 次，必要时使用中性清洁剂洗涤。当使用场所污染严重时，应增加清洗频次。清洗时根据需要穿戴个人防

护用品：如口罩、手套、防水围裙等。

(3) 每半年对空气消毒机进行检查、维护与保养。

(4) 维护保养时应先切断电源，同时做好必要的防护。

(5) 感控人员对空气消毒机的日常使用、消毒记录、维护保养每周检查一次。

四十一、紫外线消毒管理制度

1、适用范围：用于室内空气、物体表面的消毒。

2、使用要求

(1) 用于消毒的紫外线灯在电压为 220V、环境相对湿度为 60%、温度为 20℃时，辐射的 253.7nm 紫外线强度（使用中的强度）应不低于 70uw/m²。

(2) 空气消毒可采用悬吊式或移动式直接照射消毒。灯管吊装高度一般距地面 1.8-2.2 米。安装紫外线灯的数量为平均 ≥ 1.5 w/m³，照射时间 ≥ 30 min。

(3) 紫外线消毒物体表面时，有效距离不超过 1m。

(4) 在使用过程中应保持紫外线灯管表面的清洁，每周用 75%酒精擦拭一次，发现灯管表面有灰尘、油污时应随时擦拭。

3、使用方法

(1) 空气消毒：室内无人时使用，关闭门窗，并保持环境清洁干燥，消毒时做好登记，项目包括：消毒地点、消毒时间、累计时间、清洁（更换）灯管、执行人等。

(2) 物体表面消毒：消毒床垫、织物等粗糙表面时，应使照射表

面充分暴露于紫外线。有效距离在 1m 以内，照射时间 $\geq 30\text{min}$ ，且两面均应受到照射。

4、强度监测

监测紫外线灯管辐照强度有两种方法：辐照计和指示卡，选择其一即可。

（1）辐照计检测法：开启紫外线灯 5min，将调试好的辐照计光盖打开，感光探头置于紫外线灯中央下方垂直 1m 处照射，待仪表数字相对稳定读值即可。

（2）指示卡检测法：开启紫外线灯 5min，将紫外线强度指示卡色块面朝上放置在灯管中央下方垂直 1m 处照射 1min，立刻将反应色块与标准色块进行比较，记录结果。（3）监测结果判定：新灯管 $\geq 90\text{uw}/\text{m}^2$ 为合格；使用中灯管 $\geq 70\text{uw}/\text{m}^2$ 为合格。

5、注意事项

（1）不得使紫外线光源照射到人，以免引起损伤。

（2）用紫外线灯消毒室内空气时，房间内应保持清洁干燥，减少尘埃和水雾，温度低于 20°C 或高于 40°C ，相对湿度大于 60% 时，应适当延长照射时间。

（3）紫外线杀菌灯的平均寿命应根据产品使用说明书确定。使用过程中定期监测消毒紫外线灯的辐照强度，当辐照强度低于要求值以下时，应及时更换。

（4）紫外线强度监测每半年至少标定一次，紫外线监测指示卡应经国家卫生行政部门批准，并在有效期内使用。

第三部分 重点部门医院感染管理制度

一、手术室医院感染管理制度

（一）人员管理

1、参与手术人员在实施手术前应做好个人的清洁，并按要求更衣、换鞋、戴帽子、口罩。手术人员不得佩戴首饰，个人衣服不许外露，外出时必须穿外出服、换鞋。

2、患有急性上呼吸道感染、感染性腹泻、皮肤疖肿、皮肤渗出性损伤等感染期的医务人员不应进入手术室的限制区。

3、手术中应避免人员频繁走动和随意出入手术间，并随时保持手术室门处于关闭状态。

4、每个巡回护士同一时间只负责 1 台手术的配合。手术结束后，医务人员应脱下手术室的衣物、手套、口罩等物品，放入指定位置后方可离开手术室。

5、手术无关人员及外来器械厂商的管理：

（1）应限制与手术无关人员随意出入手术间；进入限制区后应按照人员流动路线要求，在限制范围内活动。

（2）外来器械厂商确因手术需要进入手术室指导器械使用，应先通过设备技术准入审核、人员经过手术室工作人员培训后，经医务科及手术室同意方可进入手术室。

6、手术室参观人员的管理：

（1）参观人员应在获得手术室护士长批准后由接待人员引导进入，不应互串手术间。

（2）每个手术间不应超过 3 个参观人员，参观人员与术者距离应在 30cm 以上，脚凳高度不应超过 50cm。

（3）禁止参观已明确患有感染性疾病患者的感染手术。

7、手术相关人员应做好手卫生：

- (1) 进入手术室前，应先进行手卫生，再更换衣帽等。
- (2) 进行手卫生后，方可进入手术间内。
- (3) 实际参与手术者，包括医生及洗手护士，必须按照标准流程执行外科手消毒。
- (4) 麻醉人员操作前后均应进行手卫生。

8、手术患者的管理：

- (1) 患者术前应彻底清洁手术部位，有条件者应沐浴。进入手术室前应更换清洁的病员服。
- (2) 当患者手术部位的毛发影响手术视野操作时，应选择不损伤皮肤的去毛方式去除毛发，如电动去毛器或剪毛，并在手术日进行。
- (3) 有开放伤口的急诊患者，应先简单清除污渍、血迹、渗出物，遮盖伤口后再进入手术室限制区。

(二) 卫生保洁措施

- 1、室内布局合理，标识明确，洁污分流，单向流程，避免交叉污染。各区的门应保持关闭状态，不可同时打开出、入门。
- 2、每日手术开始前和结束后，对室内各种设施、仪器设备等物体表面和地面，用湿式擦拭方法进行清洁和消毒；术中遇有污染时应立即消毒。每日对室内回风口进行清洁和消毒。每周进行一次室内外环境卫生的彻底清洁。
- 3、不同区域和不同手术用房的清洁工具（抹布、地巾），应使用不易脱落纤维的织物或材料，专室专用、干燥保存、标识醒目，避免交叉污染。

(三) 消毒隔离

- 1、严格执行《医院感染管理办法》、《医院洁净手术室建筑技术规范》、《手术室医院感染预防与控制技术规范》、《消毒技术规范》等相关规定。

2、设立医院感染管理监控小组，负责科室院内感染的控制、监测和培训。

3、每日手术开始前和手术结束后，应对室内环境和物体表面进行清洁、消毒。接台手术之间必须按规定进行清洁、消毒和自净，达到自净时间后方可进行下一台手术。

4、由总务后勤科负责定期对新风机组等设备进行清洁、消毒或更换，并有记录。

5、感染性疾病患者的手术应在隔离手术间进行，手术通知单上必须用红笔标注疾病名称，室外应有“隔离手术”标志，严格执行隔离技术，手术结束后，对手术间的环境进行终末消毒。可重复使用的物品、器械、器具应密闭包装，做好标识，与消毒供中心交接后集中处置。

6、无菌物品与非无菌物品分开放置，标识清楚，无菌物品在有效期内。无菌物品一经打开，不得再放回无菌物品存放间。手术包打开后限 4h 内使用，其他无菌物品打开后 24h 内使用。

7、严格执行无菌操作技术，无菌操作应在气流的上风侧进行，对空气产生污染的操作应在回风口侧进行。

8、手术器械必须经灭菌处理并在有效期内使用，凡疑有污染者应立即更换，重新作灭菌处理。一次性医疗器械、器具不得重复使用。接触患者的麻醉物品应一人一用一消毒。

9、严格执行手卫生规范，接台手术人员在两台手术之间，应重新进行外科手消毒，更换无菌手术衣、无菌手套等。

10、获准进入手术室的新设备或者因手术需要外带的仪器、设备，使用前必须对其进行检查，应按其性能、用途做好清洁、消毒、灭菌后方可使用。

11、每季度进行环境卫生学及消毒效果监测，必要时随时监测。

12、严格执行医疗废物管理制度，分类收集医疗废物，做到每台次清理，规范包装，及时转运。

二、感染手术管理制度

感染手术必须在手术间进行，手术结束后进行终末消毒处理，其目的是防止因空气传播或污染器械的再使用导致交叉感染。感染手术的处理，根据感染程度、细菌种类的不同分四类：

（一）一般感染手术（如脓肿切除）

1、术中所用一次性物品及敷料，置于双层医疗废物袋内按感染性废物处理；可重复使用的物品、器械密闭包装，由消毒供应中心统一回收处置。

2、更换手术台及推车上的床单、被套等另行消毒处理。

3、手术结束必须进行室内环境及物体表面彻底消毒和清洁。

（二）感染范围广泛手术（如急性脓疡等）

1、术前应根据手术的需要尽可能将手术用品准备齐全，以免术中多次外出而引起交叉感染。

2、术中所用的一次性物品及敷料，置于双层医疗废物袋内按感染性废物处理；可重复使用的医疗器械、器具应密闭包装，做好标识，由消毒供应中心统一回收处置。

3、手术结束必须进行室内环境及物体表面彻底消毒和清洁。

（三）特殊感染手术（如朊病毒、气性坏疽及突发原因不明传染病病原体）

1、配备两名巡回护士，室内、外各一名。

2、术前准备用物力求简单，尽量将不需用的物品放到室外；术中尽量少用布类（使用一次性），含有脓血的物品应控制在手术台上，勿随意放置。

3、术中用过的医疗用品（除贵重器械外）、敷料等全部按感染性废物处理。

4、重复使用的特殊器械、器具、物品应密封包装，由消毒供应中心单独回收，按照规定的方法进行消毒或灭菌后，再清洗、消毒/灭菌。

5、凡术中未用过的物品应集中打包，外面加清洁包布，注明标签后，进行高压灭菌后再按常规处理。

6、手术结束后，可采用 3% 复方过氧化氢干雾消毒，用 1000mg/L 含氯消毒液对室内物体表面、地面进行擦拭消毒。

三、重症监护室医院感染管理制度

（一）人员管理

1、医护人员进入工作区时更换工作服、鞋，戴工作帽，外出时更换外出服及鞋。

2、医务人员患有呼吸道感染、腹泻等感染性疾病时应避免直接接触患者；护理多重耐药菌感染或定植患者时，宜分组进行，人员相对固定。

3、严格探视制度，特殊情况需要探视时，只允许一人入室，入室宜穿探视服。探视服专床专用，探视日结束后清洗消毒。患有呼吸道感染性疾病者不得进入。

4、应配备足量、方便取用的个人防护用品，如口罩、帽子、手套、护目镜、防护面罩、隔离衣等。医务人员应掌握防护用品的使用方法，正确选择和使用个人防护用品。

5、手卫生设施符合要求并方便取用。医务人员严格执行手卫生制度，探视人员入室前后应洗手或用速干手消毒剂消毒双手。

（二）卫生保洁措施

1、布局合理，分区明确（医疗区域、医疗辅助区域、污物处理区域），每床使用面积不少于 15m^2 ，床间距应大于 1m ，应至少配备 1 个单间病房，使用面积应不少于 18m^2 。

3、医疗区域物体表面应每天清洁消毒 1-2 次，使用 500mg/L 含氯消毒液擦拭消毒。如有血液或体液污染时，应立即用 1000mg/L 含氯消毒液进行局部擦拭消毒。

4、计算机键盘推荐使用键盘保护膜，表面每天清洁消毒 1-2 次。

5、墙面、门窗应保持无尘和清洁，每周清洁一次。

6、地面每天清洁 2 次。如发生多重耐药菌流行或有医院感染暴发时，应采用 500mg/L 含氯消毒液拖擦地面，每日至少 3 次；地面被呕吐物、分泌物或粪便污染时，可先去除污染物，再用 1000mg/L 含氯消毒液进行局部消毒。

7、清洁工具应分区使用，用后清洗消毒、分类放置、晾干备用。

8、配备足够的手卫生设施。每张病床须配备手消毒剂。

9、禁止在室内摆放干花、鲜花或盆栽植物。

（三）消毒隔离

1、应将感染、疑似感染与非感染患者分区安置。特殊感染或患有传染病的患者，应安置在隔离监护室，病人的生活垃圾按感染性废物处置。

2、各种设备、仪器等，应保持清洁，定期擦拭，遇有污染时应及时消毒。

（1）一般性诊疗器械如听诊器、叩诊锤、手电筒、软尺等宜专床专用；如交叉使用应做到一人一用一消毒；

（2）普通患者持续使用的医疗设备如监护仪、输液泵等表面，应每天清洁消毒 1-2 次；

（3）普通患者交叉使用的医疗设备如超声诊断仪、除颤仪、心电图机等直接接触患者的部分应每位患者使用后立即清洁消毒，不直接接触患者的部分应每周清洁消毒 1-2 次；

（4）多重耐药菌感染或定植患者使用的医疗器械、设备应专人专用，或一人一用一消毒。

3、呼吸机及附属物品的消毒如下

（1）呼吸机外表面及面板应每天清洁消毒 1-2 次；

（2）呼吸机外部管路及配件应一人一用一消毒或灭菌，长期使用者应每周更换；

（3）呼吸机内部管路的消毒按照厂家说明书进行。

4、床单元的清洁与消毒要求

（1）床栏、床旁桌、床头柜等应每天清洁消毒 1-2 次，可使用 500mg/L 含氯消毒液擦拭消毒。

(2) 床单、被罩、枕套、床间隔帘应保持清洁，定期更换，如有血液、体液或排泄物等污染，应随时更换。

(3) 枕芯、被褥应保持清洁，防止体液浸湿污染，如有血液、体液或排泄物等污染时应随时更换。

5、便器的清洗与消毒要求

(1) 便盆及尿壶应专人专用，每天清洗、消毒。

(2) 腹泻患者的便盆应一用一消毒。

(3) 有条件时宜使用专用便盆清洗消毒机处理，一用一消毒。

6、患者转出或死亡后，床单位及所有物品应做好终末消毒。

7、加强抗菌药物和细菌耐药性监测的管理。合理使用抗菌药物，防止病人发生菌群失调；如有特殊或多重耐药菌株感染时，应严格执行消毒隔离制度。

8、每季度对环境卫生学及消毒效果进行监测。

(四) 加强对器械相关感染的监测，落实感染预防和控制措施

1、中央导管相关血流感染的预防和控制措施

(1) 应严格掌握中央导管留置指征，每日评估留置导管的必要性，尽早拔除导管。

(2) 操作时应严格遵守无菌技术操作规程，采取最大无菌屏障。

(3) 宜使用有效含量 $\geq 2\text{g/L}$ 氯己定—乙醇（70%体积分数）溶液局部擦拭 2-3 遍进行皮肤消毒，作用时间遵循产品的使用说明。

(4) 应根据患者病情尽可能使用腔数较少的导管。

(5) 置管部位不宜选择股静脉。

(6) 应保持穿刺点干燥，密切观察穿刺部位有无感染征象。

(7) 如无感染征象时，不宜常规更换导管。不宜定期对穿刺点涂抹送微生物检测。

(8) 当怀疑导管相关性血流感染时如无禁忌，应立即拔管，导管尖端送微生物检测，同时送静脉血进行微生物检测。

2、导尿管相关尿路感染的预防和控制措施

(1) 应严格掌握留置导尿指征，每日评估留置导尿管的必要性，尽早拔除导尿管。

(2) 操作时应严格遵守无菌技术操作规程。

(3) 置管时间大于 3 天者，宜持续夹闭，定时开放。

(4) 应保持尿液引流系统的密闭性，不应常规进行膀胱冲洗预防尿路感染。

(5) 应做好导尿管的日常维护，防止滑脱，保持尿道口及会阴部清洁。

(6) 应保持集尿袋低于膀胱水平，防止返流。

(7) 长期留置导尿管宜定期更换，普通导尿管 7d-10d 更换，特殊类型导尿管按说明书更换。

(8) 更换导尿管时应将集尿袋同时更换。

(9) 采集尿标本做微生物检测时应在导尿管侧面以无菌操作方法针刺抽取尿液，其他目的采集尿标本时应从集尿袋开口采集。

3、呼吸机相关肺炎的预防和控制措施

(1) 应每天评估呼吸机及气管插管的必要性，尽早脱机或拔管。

(2) 若无禁忌症应将患者头胸部抬高 30-45°，并应协助患者翻身拍背及震动排痰。

(3) 应使用有消毒作用的口腔含漱液进行口腔护理，每 6h-8h 一次。

(4) 在进行与气道相关的操作时应严格遵守无菌技术操作规程。

(5) 宜选择经口气管插管。

(6) 应保持气管切开部位的清洁、干燥。

(7) 宜使用气囊上方带侧腔的气管插管，及时清除声门下分泌物。

(8) 气囊放气或拔除气管插管前应确认气囊上方的分泌物已被清除。

(9) 呼吸机管路湿化液应使用无菌水。

(10) 应每天评估镇静药使用的必要性，尽早停用。

四、血透中心医院感染管理制度

(一) 人员管理

1、工作人员应每年体检，必要时进行疫苗注射。

2、工作人员执行标准预防，加强个人防护，避免职业暴露。

3、工作人员进入工作区应穿工作服、换工作鞋，进行操作时应戴口罩、手套等，脱去手套后应洗手或手消毒。

4、限制探视人员，若病情需要，每位患者仅限一人陪护，治疗和护理操作时，禁止探视者入内。

(二) 环境的管理

- 1、血透室必须划分清洁区、半污染区、污染区。
- 2、有病人和工作人员各自通道，不交叉，各区域布局合理。
- 3、透析室、治疗室、水处理间配备有空气消毒设备，每天做好有效消毒。
- 4、保持整个环境的整洁，有明显污染时要立即打扫。注意拖把及抹布要分开使用。
- 5、医用垃圾和生活垃圾要分开存放，使用不同颜色的垃圾袋，并及时加盖。
- 6、每月底进行一次彻底的大扫除，排除各个卫生死角。做好防四害工作。

（三）消毒隔离

- 1、透析治疗室和治疗准备室应当保持空气清新，每日进行有效的空气消毒。
- 2、透析治疗区内应配有合格的洗手设施和速干手消毒剂。
- 3、患者使用的床单、被套、枕套等物品应当一人一用一更换，每次透析结束后，对透析单元内所有的物品表面（如透析机外部、小桌板等）进行消毒。
- 4、台面、物体表面和地面每日湿式清洁与消毒，如有血液、体液等污染时应用 1000mg/L 含氯消毒液进行局部擦拭消毒。
- 5、清洁工具应分室使用，颜色标记，用后清洗消毒、悬挂晾干保存备用。
- 6、透析区应划分普通治疗区和隔离治疗区，感染病人实施分区分

机透析，并配备专门的透析操作用品车，护理人员相对固定。

7、严格执行无菌技术操作，对患者穿刺部位的皮肤应严格消毒并注意保护。

8、浓缩透析液在规定的有效期内使用；肝素、促红细胞生成素等药物现用现配。

9、预冲好透析器和管路后必须 4h 内使用，否则要重新预冲。

10、加强对病人的巡视和观察，如发现有发热、感染征象时，应及时采集标本送检，以尽早诊断，采取相应的治疗措施。

11、使用的一次性无菌用品（包括穿刺针、透析管路、透析器等）、透析粉、消毒液等统一由设备科购买，证件齐全。一次性医疗用品不得重复使用。

12、透析机消毒

（1）透析机器外部消毒：每次透析结束后，如没有肉眼可见的污染时，应对透析机外部进行初步的消毒，采用 500mg/L 的含氯消毒剂或其他有效消毒剂擦拭消毒。如果有可见血液污染到透析机，应进行局部污点清洁与消毒，必要时可去除消毒液残留以防腐蚀。

（2）机器内部消毒：每次透析结束时，应对机器内部管路进行消毒。透析时如发生破膜，动静脉传感器保护罩渗漏，在透析结束时应对机器立即消毒，消毒后的机器方可再次使用。

13、医疗废物按我院《医疗废物管理制度》执行，日产日清。

（四）治疗物品转运

1、护士按治疗需要在治疗准备室（透析准备间）准备治疗物品，

并将所需物品放入治疗车，带入治疗单元的物品应为治疗必须且符合清洁或消毒要求。

2、治疗车不能在传染病区和非传染病区交叉使用。

3、不能将传染病区患者的物品带入非传染区。

4、不能用同一注射器向不同的患者注射肝素或对深静脉置管进行肝素封管。

（五）病人的管理

1、病人进入透析间应更换拖鞋，每人专用一双拖鞋，自行保管。病人床单、被套每人次一换，换下后应放入专门的容器，送洗衣房清洗。

2、加强对病人的宣教，每个病人入科时护理人员均应对病人进行全面的自我保健等疾病相关知识的宣教。

3、新病人首次血液透析前，常规检查肝、肾功能、血常规、乙肝五项测定，丙肝抗体测定，梅毒及 HIV 抗体测定。透析器和管路应一次性使用，建立 HCV，HBV 阳性血液透析病人登记制度。血液透析病人根据情况，每隔 6 个月进行肝炎等传染病标志物的复查，并将检查结果记录在册。对 HBV 阴性的血透患者建议接种 HBV 疫苗。

4、传染病人应区分机进行隔离透析，感染区的机器不能用于非感染病患者的治疗。应配备感染患者专门的透析操作用品车，感染患者使用的设备和物品如病历、血压计、听诊器、治疗车、机器等应有标识。护理人员相对固定。照顾乙肝和丙肝患者的护理人员不能同时照顾乙肝和丙肝阴性的患者。

五、血透中心传染病管理制度

（一）透析患者传染病相关项目监测

1、新入血液透析患者应进行乙型肝炎病毒、丙型肝炎病毒、梅毒及艾滋病感染的相关检查。对于 HBV 抗原阳性患者应进一步行 HBV-DNA 及肝功能指标的检测；对于 HCV 抗体阳性的患者，应进一步行 HCV-RNA 及肝功能指标的检测；保留原始记录，登记患者检查结果。每 6 个月复查乙肝和丙肝病毒等传染病标志物。

2、对于血液透析患者存在不能解释肝脏转氨酶异常升高时应进行 HBV-DNA 和 HCV-RNA 定量检查。

3、如有患者在透析过程中出现乙肝、丙肝转阳，应立即对密切接触者进行乙肝、丙肝标志物检测。

4、对于暴露于乙肝或丙肝怀疑可能感染的患者，如病毒检测阴性，在 1~3 月后重复检测病毒标志物。

5、建议对乙肝阴性患者进行乙肝疫苗接种。

（二）传染病病人的管理

1、乙型肝炎和丙型肝炎患者必须分区分机进行隔离透析，感染病区的机器不能用于非感染病患者的治疗，应配备感染患者专门的透析操作用品车。

2、护理人员应相对固定，照顾乙肝和丙肝患者的护理人员不能同时照顾乙肝和丙肝阴性的患者。进入传染病患者透析区一律穿工作服、戴口罩、帽子，换鞋，须配备足够的个人防护用品，如手套、口罩、护目镜等。

感染患者使用的设备和物品如病历、血压计、听诊器、治疗车、机器等应有标识。

4、告知患者血液透析可能带来血源性传染性疾病，要求患者遵守血液净化室有关传染病控制的相关规定如消毒隔离、定期监测等，并签署透析治疗知情同意书。

5、建立患者档案，在排班表、病历及相关文件对乙肝和丙肝患者作明确标识。

6、经血传播的疾病如乙肝、丙肝、艾滋病、梅毒、流行性出血热等，血液透析器均使用一次性，不得复用。急诊病人按传染病病人对待，使用一次性透析器。

7、HIV 阳性患者以及合并活动性肺结核的透析患者建议到指定的医院透析或转腹膜透析。

8、发现新发的乙型肝炎、丙型肝炎或其他传染病应按照传染病报告制度报告，同时报告院感办。

（三）消毒隔离管理

1、传染透析区设立独立的治疗室，各类治疗用药单独配置。

2、所有入传染区的医疗耗材或者一次性无菌物品，无论是否使用均不拿回库房或者阴性区使用。

3、传染区的生活垃圾作为感染性医疗垃圾，必须使用双层黄色垃圾袋套装处理，并有标识。

4、传染病人禁止进入阴性区探视，阳性病区护理人员，严禁在工作期间进入阴性病区。

六、透析液和透析用水质量监测制度

（一）透析液及透析用水的水质监控

1、纯水的 pH 应维持在 5-7 的正常范围。电导率正常值 $\leq 10\mu\text{S}/\text{cm}$ 。

2、透析用水细菌培养应每月一次，要求细菌数 $\leq 100\text{cfu}/\text{ml}$ 。内毒素检测至少每 3 个月一次，要求内毒素 $\leq 0.25\text{EU}/\text{ml}$ ；采样部位为反渗水输水管路的末端。超过允许水平的 50% 应进行干预。

3、透析用水化学污染物至少每年测定一次，软水硬度和游离氯每日检测，透析用水必须符合《血液透析和相关治疗用水》的要求。

4、透析液细菌培养应每月一次，要求细菌数 $\leq 100\text{cfu}/\text{ml}$ 。透析液的内毒素检测至少每 3 个月一次，内毒素限量应不大于 $0.5\text{EU}/\text{ml}$ 。超过允许水平的 50% 应进行干预。每台透析机至少每年检测一次。

5、培养基宜选用胰化蛋白胨葡萄糖培养基（TGEA）、R2A 营养琼脂培养基（R2A）或其他确认能提供相同结果的培养基，不能使用血琼脂培养基和巧克力琼脂培养基，推荐使用 $17^{\circ}\text{C}-23^{\circ}\text{C}$ 培养温度和 168h（7 天）的培养时间。

（二）其他监测

1、定期对透析治疗室、治疗准备室（配药室）等区域进行空气、物体表面、工作人员手、使用中消毒液进行监测，并做好记录。

2、加强医院感染病例监测和报告，发生医院感染流行暴发、聚集时应根据相关制度进行上报和处置。

七、产房医院感染管理制度

（一）人员管理

1. 医务人员，包括辅助人员上岗前应接受相关医院感染预防与控制基本知识培训。

2. 医务人员患有皮疹、腹泻、呼吸道感染性疾病及传染病等感染性疾病时应避免直接接触产妇及新生儿。

3. 诊疗过程中应遵循标准预防的原则，有体液暴露危险时应戴医用外科口罩、防护面罩、穿防水围裙和防护鞋。

4. 接生或助产前应按照要求戴医用外科口罩、帽子，进行外科手消毒、穿无菌手术衣、戴无菌手套。

5. 非本室人员未经许可不得入内，人员入室前应做手卫生。

（二）建筑布局

1. 设置在相对独立的区域，与母婴室临近，周围环境安静、清洁。

2. 严格划分限制区、半限制区、非限制区，区域之间标志明确。限制区包括：正常分娩室、隔离分娩室、刷手间、无菌物品存放间；半限制区包括：待产室、隔离待产室、更衣室、办公室；非限制区包括：产妇接收区、污物间等。

3. 墙面、地面、天花板无裂隙，表面光滑，便于清洁与消毒。

（三）消毒隔离

1. 保持室内空气清新，每日空气消毒，空气消毒机过滤网至少每月清洗一次，有记录。门窗、墙面每周擦拭清洁，遇污染时随时消毒。

2、在助产开始前和分娩结束后，应对产房的环境和物体表面进行清洁和消毒。患有感染性疾病的孕产妇，应在隔离待产室和隔离产房进行待产和分娩，严格执行消毒隔离制度；分娩结束后，应对室内的环境进行终末消毒，可重复使用的物品、器械，应密闭包装，由消毒供应中心统一回收处置。

3、接触患者的所有诊疗物品均应一人一用一消毒或灭菌，产床上的所有织物均应一人一用一更换。不在产房和走廊上清点使用后的织物。

4、血压计袖带保持清洁，被血液、体液等污染时用 500mg/L 含氯消毒液浸泡消毒后使用。

5、氧气湿化瓶一人一用一洗一消毒，湿化液用灭菌水；用毕终末消毒，干燥保存。

6、无菌物品与非无菌物品分开放置，无菌物品应存放于无菌柜内，无菌柜应保持清洁，每周至少擦拭清洁一次；无菌物品一经打开，不得再放回无菌物品间；产包、手术包打开后限 4h 内使用，其他无菌物品一经打开 24h 内使用。

7、手术器械必须灭菌并在有效期内使用，凡疑有污染时应立即更换，重新做灭菌处理；一次性医疗器械、器具不得重复使用。

8、医护人员应严格执行手卫生制度。助产人员应执行外科手消毒，接台助产人员在两台之间应严格执行外科手消毒，更换无菌手术衣、无菌手套等。

9、每季度对环境卫生学和消毒效果进行监测。

10、清洁工具应分区使用，颜色标识，使用后分开清洗消毒，晾干备用。

11、医疗废物严格按照《医疗废物管理制度》和《胎盘处置管理制度》执行，做到每台次清理，及时交接转运。

八、危重新生儿救治中心感染预防与控制制度

1、加强医院感染管理，建立科室感染控制小组并定期召开例会；制定符合新生儿特点的医院感染管理规章制度和 workflows，包括感染控制及医院感染监测制度、消毒隔离制度、手卫生制度、配奶间与沐浴间管理制度等，降低发生医院感染风险；

2、建筑布局符合环境卫生学和医院感染预防与控制的原则，做到布局流程合理、洁污分区明确，标识正确清晰；

3、具备良好的通风、采光条件，遵循《医院空气净化管理规范》的要求，采用正确的空气净化方法，每季度进行空气净化与消毒效果监测；

4、病房床位空间应当满足患儿医疗救治和医院感染控制的需要。每床净建筑面积为抢救单元 $\geq 6\text{ m}^2$ 其他床位 $\geq 3\text{ m}^2$ ；床间距应 $\geq 0.9\text{ m}$ ；

5、应当配备必要的清洁和消毒设施；手卫生设施应当符合《医务人员手卫生规范》的要求，每个房间内至少设置 1 套洗手设施，包括洗手池、非手触式水龙头、清洁剂、干手设施和洗手流程图等，每床配备速干手消毒剂；

6、工作人员进入工作区应当更换（室内）工作服、工作鞋。在诊疗过程中应当实施标准预防，并严格执行无菌操作技术和手卫生规范；

7、建立有效的医院感染监测与报告制度，严格按照《医院感染监测规范》的要求，开展呼吸机相关性肺炎、中心静脉导管相关血流感染等目标性监测，及时发现医院感染的危险因素，采取有效预防和控制措施。发现有医院感染聚集性趋势时，应当立即报告并开展调查，根据调查结果采取切实可行的控制措施；

8、医务人员在诊疗与护理操作时应当按照“先早产儿后足月儿、先非感染性患儿后感染性患儿”的原则进行。每接触一次患儿后需洗手方可接触下一名患儿。发现特殊或不明原因感染患儿时，应当严格按照《医院隔离技术规范》等有关规定，实施隔离措施；

9、新生儿使用的器械、器具及物品，应当遵循以下原则：

（1）手术使用的医疗器械、器具及物品应当灭菌。

（2）一次性使用的医疗器械、器具应当符合国家有关规定，不得重复使用；

（3）氧气湿化瓶、吸痰瓶应当每日更换清洗消毒，呼吸机管路的清洗消毒按照有关规定执行；

（4）蓝光箱和暖箱应当每日清洁并更换湿化液，一人一用，用后清洁消毒。同一患儿需要长期连续使用暖箱，应当每周更换；

（5）接触患儿皮肤、粘膜的器械、器具及物品应当一人一用一消毒。如雾化吸入器、面罩、复苏囊、喉镜、氧气管、开睑器、体温表、吸痰管、浴巾、浴垫等；

（6）患儿使用后的奶瓶、奶嘴一用一洗一消毒；盛放奶瓶、奶嘴的容器、保存奶制品的冰箱应当每日清洁与消毒；

（7）新生儿使用的被服、衣物等应当保持清洁，潮湿、污染后应当及时更换。患儿出院后应当对床单位进行终末消毒；

10、新生儿配奶间应当由专门人员管理，并保持清洁、干净，定期消毒。按无菌操作要求进行母乳收集和储存。配奶工作应当由经过培训的工作人员负责，并严格手卫生，认真执行配奶流程、奶瓶奶嘴清洗消毒流程等。配奶应当现配现用，剩余奶液不得再用；

11、新生儿沐浴间应当保持清洁，定期消毒，适时开窗通风，保持空气清新。工作人员应当严格手卫生，并按照新生儿沐浴流程，采用淋浴方式对新生儿进行沐浴；沐浴物品专人专用；新生儿沐浴前后应当放置在不同的区域；

12、医疗废物管理应当按照《医疗废物管理条例》、《医疗卫生机构医疗废物管理办法》及有关规定进行处置。

九、新生儿室医院感染管理制度

（一）人员管理

1、非新生儿室工作人员未经许可不得入内，减少不必要的人员进入新生儿病房，如确需入室，应做好手卫生，并避免不必要的室内环境表面接触。

2、工作人员进入工作区前应更换专用工作服、换鞋、戴帽子、口罩、做手卫生，工作服保持清洁，遇有污染随时更换。

3、医护人员每年应进行一次健康检查，患有皮肤感染、腹泻、呼吸道传播风险感染病时，应暂时离岗，待隔离期结束后再返岗。发生多重耐药菌感染暴发时，可考虑开展医务人员相关病原体携带的筛查工作。

4、患有皮肤感染、呼吸道感染者严禁入室探视，如需要探视时应隔窗进行。

5、对需要采取隔离措施的患儿应尽量单间安置，若条件限制，应避免与极低体重儿、早产儿同室安置。对多重耐药菌感染/定植患儿，或患有感染性腹泻的患儿，应严格实施接触预防措施。采取接触预防措施的患儿，宜实施分组护理或专人护理。

（二）环境及卫生保洁措施

1、无陪护病房每床净使用面积 $\geq 3\text{m}^2$ ，抢救单元 $\geq 6\text{m}^2$ ，床间距 $\geq 0.9\text{m}$ 。

2、每个房间至少设置 1 套符合要求的洗手设施，每床配备速干手消毒剂。

3、每日应对室内的回风口进行清洁和消毒，每周清洗过滤网。

4、每婴一床，每床应保持床间距不小于 1 米，每床使用面积不少于 3 平方米。

5、室内地面、物体表面每日湿式清洁 ≥ 2 次，高频接触物体表面应实施低水平、中水平消毒 ≥ 2 次。

6、使用中的暖箱内表面新生儿床应用清水清洁，不宜使用任何消毒剂。患儿出院后应对床单元（包括婴儿培养箱）进行终末消毒。

7、婴儿被服定期更换，清洗、消毒/灭菌后干燥保存备用。

8、清洁工具应分室使用，颜色标记，用后及时清洗消毒、晾干备用。

（三）消毒隔离

1、保持室内空气新鲜，每日通风 2 次，每次 30 分钟。病室内空气采用空气消毒机定时消毒，每日 3 次。每月清洗空气消毒机过滤网 1 次。

2. 地面、物体表面每天采用 500mg/L 有效氯的含氯消毒液擦拭，每天不少于 2 次，物体表面消毒 30 分钟后再用清水擦拭；有血液和其他体液明显污染时，保洁人员戴好手套，先用纸巾去除可见污染物，再用 1000mg/L 有效氯的含氯消毒液擦拭。

3、每个暖箱上悬挂手速消，医务人员在接触患儿前、后均应当认真实施手卫生。诊疗和护理操作应遵循先早产儿后足月儿、先非感染性患儿后感染性患儿的原则进行。有可能接触血液、体液、分泌物、排泄物等操作时应戴手套，操作结束后立即脱掉手套并洗手。

4、氧气湿化瓶、吸痰瓶应每天更换消毒，雾化吸入器、面罩、复苏囊、喉镜、氧气管、浴巾、浴垫等接触患儿皮肤、粘膜的器械、器具及物品应一人一用一消毒或一次性使用。

5、体温计、听诊器宜专人专用。

6、同一患儿长期连续使用的蓝光箱和暖箱至少每周消毒一次，每日更换湿化液。蓝光箱和暖箱使用后应做好终末消毒，终末消毒时能拆卸、打开部分，应拆卸到最小单元彻底清洗消毒，注意出风口及过

滤网的清洗，并做好消毒记录和标识。

7、患有感染性疾病的婴儿应在隔离监护室治疗，其诊疗、护理及哺乳器具固定专用，用后及时消毒。

8、口腔护理、眼部护理、臀部护理、沐浴用品宜一次性使用或专人专用。

9、被服、衣物等应保持清洁，潮湿、污染后应及时更换，专机洗涤消毒。

10、配奶时应严格洗手，规范操作，避免污染。奶瓶、奶嘴应一婴一用一清洗消毒、灭菌，配奶用具用后应立即清洗、消毒，首选热力消毒或压力蒸汽灭菌，妥善保存。

11、每季度定期进行环境卫生学和消毒效果的监测。监测空气、工作人员手、蓝光箱内壁、蓝光箱水槽内壁、蓝光箱湿化液等，实行微生物监测，物体表面和工作人员手不得检出沙门菌及其他致病微生物。若发现问题及时报告，并采取相应的改进措施。

12、室内使用的各种仪器、设备，包括暖箱、辐射抢救台、监护仪、注射泵等，严格按照消毒隔离制度实行规范管理。

13、医疗废物管理应当按照《医疗废物管理条例》、《医疗卫生机构医疗废物管理办法》及有关规定进行处置。新生儿使用后的尿布、一次性奶瓶按生活垃圾处理。明确患有传染病或疑似传染病的患儿产生的生活垃圾按医疗废物处理，医疗废物日产日清，密闭转运。

十、新生儿沐浴医院感染管理制度

（一）人员管理

1、操作中穿防水服。

2、患有皮肤感染性疾病或经呼吸道传播疾病的工作人员，在未治愈前不得为新生儿沐浴。

（二）消毒隔离

1、沐浴用物如护臀霜、眼药水、沐浴液应专人专用。

2、浴巾、浴垫应一人一用一清洁、消毒，干燥保存。

3、体重秤的垫子一人一用一更换，沐浴托架应一用一清洗。每日工作结束后，对体重秤、沐浴托架、沐浴池、沐浴喷头等进行消毒，干燥保存。

4、拆襦台与打襦台位置应分开。

5、储存沐浴用品的储存柜应保持清洁干燥，柜门密闭良好。

6、沐浴用水若来自二次供水箱，应做好水箱及管道的定期清洁消毒，每日放空水箱或安装过滤装置，避免水源性感染。

7、宜使用可拆卸消毒的淋浴装置。

8、感染患儿与非感染患儿分开沐浴，采取隔离措施的患儿最后沐浴。

十一、婴儿培养箱（保温箱）清洁消毒制度

（一）日常清洁消毒

1、使用中的婴儿培养箱应每天清洁/消毒，遇污染时随时清洁消

毒。

2、使用婴儿培养箱应注明开始使用日期，同一患儿连续使用不超过1周。

3、使用中的婴儿培养箱内表面用清水擦拭，不应使用消毒剂。

4、婴儿培养箱外表面每天湿式擦拭1-2次，无可见污染时可使用消毒湿巾进行清洁与消毒。外表面推荐使用低、中水平消毒剂，通常不应使用高水平消毒剂。

5、每天更换湿化水，湿化水应为无菌水。

6、遵循单元化清洁原则。

7、空气过滤网根据厂家使用说明定期更换，破损时及时更换。

（二）终末清洁消毒

1、患儿出院后，应对患儿使用的婴儿培养箱进行终末消毒。

2、同一患儿长期连续使用时，应每周腾空并更换婴儿培养箱，腾空后的婴儿培养箱进行彻底消毒。

3、婴儿培养箱的终末消毒，应在清洗消毒间或其他开阔的地方进行（不应在病室进行），避免对周围物品造成污染。

4、清洁消毒后应对清洗槽、清洗工具、地面等环境进行清洁与消毒。

5、清洁消毒后备用的婴儿培养箱应放在辅助区，注明清洁消毒日期、失效日期、清洁消毒人员姓名及检查人员姓名。

6、备用中的婴儿培养箱污染时应重新清洁消毒。

十二、母婴同室医院感染管理制度

（一）人员管理

1、工作人员衣着整洁。

2、工作人员患有急性呼吸道感染、腹泻、皮肤渗出性病灶者，应暂时调离。

3、严格执行探视制度，控制探视人员，探视者应着清洁服装，洗手后方可接触婴儿。在感染性疾病流行期间，禁止探视。

（二）卫生保洁措施

1、母婴同室每组母婴床位面积应不少于 $6-7.5\text{m}^2$ ，每个婴儿应有独立的床位。

2、母婴同室应保持清洁，空气清新，定时开窗通风，每日 ≥ 2 次，每次30min。必要时进行空气消毒。室内温度在22—26度，湿度50—60%。

3、病房湿式清扫，一床一巾，地面、床头柜等物体表面每天清洁擦拭1次，遇有污染时应立即清洁和消毒。抹布一桌一用，用后清洗消毒，晾干备用。

4、被服每周更换，使用被服袋和被服车收集脏被服，避免污染环境。

5、清洁工具应分区使用，颜色标记，用后清洗消毒、悬挂晾干备用。

（三）消毒隔离

1、产妇的安置原则：患者有特殊感染或传染病的产妇，应按传染

病的有关规定实行隔离或转院；同种病可同居一室，特殊感染者应单室隔离，并根据疾病的传播途径采取相应的隔离措施。

2、医护人员上班时应衣着整洁，进、出母婴同室应洗手或卫生手消毒。

3、母婴有一方患有感染性疾病时应隔离，产妇在传染病急性期，应暂停哺乳。

4、产妇哺乳前应洗手、清洁乳头。哺乳用具一婴一用一消毒。隔离婴儿的用具应单独使用，用后及时清洗消毒。

5、眼药水、油膏、沐浴液、浴巾、治疗用品等，应一婴一用，避免交叉使用。

6、患有化脓性及其他感染性疾病的工作人员，不得接触婴儿。

7、被服一人一用一更换，住院时间超过一周应每周更换，遇有污染时应随时更换。禁止在病房、走廊清点脏污被服。母婴出院后，其床单元及用品等，应彻底清洁和消毒。

8、发现传染病人应及时按我院传染病管理的有关规定上报，并采取相应的消毒隔离措施。

9、新生儿疫苗接种室及疫苗的管理符合相关规定，接种时严格执行无菌操作和手卫生制度。

10、每季度对环境卫生及消毒效果进行监测，物体表面和工作人员手不得检出沙门菌。

（四）新生儿沐浴间的管理

1、沐浴间与产科病房临近，相对独立，不能设在产房区域内，建

筑面积不少于 15 m²；墙壁、天花板、地面光滑，无缝隙，有良好的排水系统，便于清洗和消毒。

2、室内设有流动水洗浴设施，保暖和热水供应设施，设有沐浴池、新生儿护理台、婴儿秤、室内温湿度计等，室内温度应控制在 28-32℃。

3、新生儿沐浴液应使用不可回流式，避免交叉感染。

4、新生儿使用的浴巾、小毛巾等一婴一用一灭菌，浴垫一次性使用。

5、沐浴时应先非感染新生儿，再感染新生儿，洗毕应做终末消毒。

6、室内空气、物体表面、地面等应每日清洁，遇有污染随时消毒。

十三、人流室医院感染管理制度

（一）人员管理

1、医务人员应严格执行手卫生制度。手术前，认真洗手并进行手消毒，戴医用外科口罩、帽子和无菌手套，穿隔离衣。

2、连续进行人流手术操作的医生，如手部无可见污染，连台间先摘掉污染的手套，卫生手消毒后更换新的无菌手套；如手部有可见污染物，需重新进行洗手及手消毒。

3、如为传染病患者或其他需采取隔离措施的患者进行手术时，工作人员应针对疾病的传播途径，采取适宜有效的防护措施。

（二）环境管理

1、布局合理，符合功能流程和洁污区域分开的原则。应设手术室、准备室、更衣室、术后观察室和污物间。建议人流室使用面积不少于

20m²。

- 2、建筑材料应满足易清洁、耐腐蚀的要求。
- 3、手卫生设施符合要求，配备外科手消毒设施。

（三）消毒隔离

- 1、室内应保持清洁、空气清新。选用适当的空气净化方法进行消毒，每日 1-2 次。
- 2、在无明污染情况下，物体表面采取湿式擦拭，每日 1-2 次，地面每日湿式拖擦 2 次，必要时加入清洁剂。
- 3、每周对室内外环境卫生进行彻底清洁，按照产品说明书对空气净化设施进行清洁维护。
- 4、术中被手术患者血液或体液污染的物体表面和地面，应先去除污染，再进行清洁与消毒。
- 5、负压吸管应做到一人一用一灭菌。负压引流瓶应做到一人一用一清洗消毒，达到中等以上消毒水平。
- 6、窥器应一次性使用或一人一用一灭菌。
- 7、医疗废物分类收集，人流组织按病理性废物处置。

十四、消毒供应中心医院感染管理制度

（一）人员管理

- 1、从事消毒供应工作的各类工作人员必须经过消毒专业培训，掌握各类器械消毒及个人防护等医院感染预防、控制方面的知识；遵循标准预防原则；执行有关的规章制度。
- 2、进入消毒供应中心的人员必须更换专用工作衣、鞋、帽；进入

工作区，应着相应区域专用服装和防护用品；外出时必须更换外出服及外出鞋。

3、定期进行健康体检，必要时进行预防接种。

（二）环境管理

1、布局合理，流程符合功能要求，工作区设去污区、检查包装灭菌区、无菌物品存放区，各区域间有实际屏障，并设缓冲间。

2、内部通风、采光良好，空气流向由洁到污，温度、湿度、机械通风的换气次数应达到《消毒供应中心管理规范》的要求，各工作区域按要求进行紫外线/空气消毒机消毒。

3、工作区地面、墙面、物体表面保持清洁无尘，每日用清水擦拭；如有污染随时擦拭消毒。

4、不同区域及不同工作用房的清洁、消毒物品应当分开使用。用于清洁、消毒的拖布、抹布应当是不易掉纤维的织物材料。

5、下收、下送车“污”、“洁”分开使用、标记明显，工作完毕清洁与消毒。

6、配备足够的手卫生设施，使用非手接触式水龙头，工作区内配备速干手消毒剂。

（三）消毒隔离

遵照执行《医院感染管理办法》、《消毒技术规范》及《医院消毒供应中心三个规范》的各项规定。

1、去污区

（1）污染器械的清洗消毒流程及环节必须严格执行消毒隔离技术；

（2）清洗人员在去污区内操作时应严格执行标准预防措施；

（3）按照操作流程在指定范围内处理相关器械和物品，避免环境污染；

（4）设专人、专车回收临床科室使用过的污染器械、物品；

(5) 回收过程应保持回收车的扶手及工作人员手部的清洁，回收操作后立即洗手或卫生手消毒；

(6) 回收或接收被朊病毒、气性坏疽及突发原因不明的传染病病原体污染的诊疗器械、器具和物品，应双层包装，严格按照《消毒技术规范》的有关规定做特殊处理。其余污染物品按常规流程处理；

(7) 卸载污染器械、物品后，应及时对回收箱及回收车进行清洗、消毒、干燥保存备用。每次污染器械清点后应及时清洗消毒分类台；

(8) 每日工作结束前及时清洁消毒地面，清洗结束后应对清洗设备及区域内物品进行清洁和消毒；

(9) 人员离开去污区必须洗手、脱防护用品后进入缓冲间换鞋、再次洗手方可离开。

2、检查包装灭菌区

(1) 检查包装及灭菌区的人员应更衣、戴帽、换鞋、洗手后方可进入，控制人员流动以保证该区的空气洁净度；

(2) 检查包装及灭菌区严格执行消毒隔离制度，保证清洗消毒后的器械不被再次污染，确保灭菌质量；

(3) 污染器械须经过清洗消毒后方可进入检查包装及灭菌区；

(4) 器械包装前应严格质检其洁净度，不合格物品必须重新去污处理方可打包；

(5) 灭菌区的消毒员严格按照各类灭菌器操作规程进行操作，检查物品的包装规格、重量、外包装洁净度、完整性和日期标识合格后执行正确的装载和灭菌工作，灭菌过程严密观察并做好相关记录。

3、无菌物品存放区

(1) 灭菌物品存放区应由专人管理，按规定着装，并注意手的卫生，其他无关人员不得入内；

(2) 所有灭菌物品存放前应仔细检查，符合要求才能进入灭菌物

品存放区储存，一次性使用无菌医疗物品须去除外包装后方能进入一次性无菌物品存放区；

(3) 灭菌物品应放在洁净的橱柜内或存放架上，离地面 20～25cm，离天花板 50cm，离墙 5cm 处储存；

(4) 灭菌物品分类放置、位置固定、标识清楚，按有效期顺序排列，严禁过期；

(5) 发放前检查包装的完整性，包外化学指示胶带变色情况，有效期、是否湿包。有疑问时，应重新进行清洗包装和灭菌处理；

(6) 发放灭菌物品的运送车、容器等工具应每日清洁，有污染时消毒，干燥备用；

(7) 从灭菌物品存放区发出的物品不能再退回存放区，过期灭菌物品须从存放区取出，重新进行清洗包装和灭菌处理。

(四) 感染监测

1、高压蒸汽灭菌器每天使用前必须进行 B～D 测试。

2、高压蒸汽灭菌器每锅应进行工艺监测、每包应进行化学监测，管腔器械应每锅进行 PCD 测试。

3、高压蒸汽灭菌器每周进行生物监测。

4、过氧化氢低温等离子灭菌器每天使用时应至少进行一次生物监测。

5、植入物和植入型器械灭菌后，必须待生物学监测合格后方可发放、使用；若为急诊，可在生物 PCD 中加第五类化学指示物，合格后可提前放行。

6、每季度进行环境卫生学监测、每月进行器械清洗质量及消毒灭菌效果的监测。

十五、植入物及外来手术器械管理制度

1、外来医疗器械主要是指医疗器械生产厂家、公司租借或免费提供给医院可重复使用的医用器械。植入物是指放置于外科操作造成的或者生理存在的体腔中，留存时间为 30 天或者以上的可植入型物品。

2、外来器械进入医院之前，必须经设备科查看相关资料，符合《医疗器械监督管理条例》第 32 条规定，证件齐全。不得使用未经注册、过期失效或淘汰的医疗器械。

3、当临床科室需要外来器械时，通知器械供应商提前一天将器械送至消毒供应中心进行清洗、消毒或灭菌。

4、消毒供应中心和器械供应商要严格交接手续，核对无误后进行器械登记，双方签字，记录完善。对于有锈迹或缺损的器械不予清洗和消毒，严禁手术使用。

5、消毒供应中心建立规范的操作流程，质量控制和追溯机制，发现问题，立即启动追溯系统。

6、消毒供应中心接到器械后，按照清洗消毒的流程进行处理，并进行生物监测，待监测结果合格后，方可发放手术室使用，记录翔实。

7、快速灭菌不能用于植入物的灭菌。

8、手术室使用前，再次检查器械包的完整性，包内外化学指示卡的情况是否符合灭菌要求，然后使用。并保存灭菌指示卡于病历中，以备查验。

9、急诊手术需使用外来器械时，必须履行上述手续，消毒供应中心和手术室人员严格遵守本制度，并记录全面。

10、器械供应商原则上不允许进入手术室，如为技术人员，必须现场指导器械使用时，按手术室要求更衣、更鞋后，经手术室护士长同意方可进入，每次限一人。

11、手术室或消毒供应中心不负责保管厂家手术器械，手术结束，对器械进行清洗消毒后交给器械供应商，并有交接手续。

12、医务人员在植入物使用前，应严格查对，检查其包装的完整性、有效性，标识齐全清楚，方可使用。

13、严禁手术人员私自使用未经药品器材供应科采购的植入物。

十六、麻醉科医院感染管理制度

1、科室有医院感染监控小组，负责本科的医院感染预防与控制工作。

2、执行《传染病防治法》、《医院感染管理办法》、预防和控制医院感染等相关的法律法规及规章制度。

3、工作人员每年体检，患有急性呼吸道传染病、腹泻感染性疾病时应避免直接接触患者。

4、严格遵守手术室的各项管理制度，进入工作区时应更换手术室专用工作服及鞋，帽子将头发全部遮盖，口罩遮盖口鼻部；外出时更换外出服及鞋等。

5、严格执行无菌操作技术规程和标准预防原则。在给患者进行麻醉操作前后、接触患者的血液、体液后，均应洗手或卫生手消毒。

6、严格执行消毒隔离制度，麻醉导管、面罩、呼吸机管道、湿化

瓶、输氧管、吸痰管、间接喉镜等器具，应一人一用一消毒或灭菌（或使用一次性）。传染病病人尽量使用一次性物品。

7、灭菌物品应存放于无菌柜内，其它消耗性卫生材料须拆除外包装箱后，方可进入手术室内。

十七、导管室医院感染管理制度

（一）布局设施

1、按照手术室要求划分区域，各区域之间有实际隔离屏障，标识明确。

2、划分医疗区和辅助区。医疗区包括：手术间、监控操作室、无菌物品存放间、洗手间；辅助区包括：更衣、换鞋、污洗、值班室、办公室、库房等。

3、手卫生设施符合要求，配备外科手消毒设施。

4、配备放射线防护用品，如铅衣、铅帘、铅板等。

（二）人员管理

1、进入医疗区必须更衣、换鞋，手术操作时必须戴口罩、帽子、手套、穿手术衣，外出时更衣、换鞋。

2、严格执行手卫生制度。手术人员应进行外科手消毒。

3、患有呼吸道感染和其他传染病的工作人员不得进入手术区。

4、除参加手术人员外，其他人员不得入内。

（三）消毒隔离

1、严格执行《医院感染管理办法》、《消毒隔离制度》等相关规定。

2、严格执行无菌操作，手术器械及物品必须一人一用一消毒/灭菌。重复使用的各种器械、器具，集中在消毒供应中心进行处置。

- 3、一次性导管等医疗用品由设备科统一购买，科室有专人管理，储存、使用符合规范。
- 4、每日对室内的回风口进行清洁和消毒，每周进行一次室内外环境卫生的彻底清洁。
- 5、每日开始手术前和手术结束后，应对室内环境和物体表面进行清洁、消毒。
- 6、铅衣、铅帘等防护用品，应一用一清洁，有可见污染时进行消毒。
- 7、手术间的使用应按照先清洁手术后感染手术的顺序。感染性疾病患者的手术通知单上必须用红笔标注疾病名称，术中严格执行消毒隔离技术操作，手术结束后，对手术间进行终末消毒。
- 8、清洁工具分区使用，用后清洗、消毒、晾干备用。
- 9、医疗废物严格按《医疗废物管理制度》分类收集，交接记录齐全。

十八、输血科医院感染管理制度

（一）人员管理

- 1、工作人员应定期体检。
- 2、非输血科工作人员，未经许可不得进入工作区。

（二）消毒隔离

- 1、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。
- 2、必须严格按照卫生部颁布的《医疗机构临床用血管理办法（试行）》和《临床输血技术规范》规定的程序进行管理和操作。

3、保持室内清洁，操作台面和地面每日清洁消毒 2 次，如遇有血液污染时先去除污染，局部立即用 1000mg/L 的含氯消毒液擦拭消毒。

4、储血冰箱禁止存放其他物品，每周清洁消毒一次，防止污染。每月对冰箱的内进行生物学监测，不得检出致病性微生物和霉菌。每日测试、登记冰箱内的温度，确保血液的冷藏效果。

5、血液在送出之前，必须确保未受细菌污染，如疑有污染时应废弃。

6、血样由输血科工作人员收回，统一处理。

7、接触血液时必须戴手套，脱手套后应洗手；手部有伤口时，必须戴双层手套处理标本；一旦发生职业暴露，应及时处理。

8、医疗废物按《医疗废物管理条例》分类收集，日产日清，统一处理。

十九、检验科医院感染管理制度

（一）人员管理

1、工作人员进入工作区时必须穿工作服、戴工作帽、戴口罩，必要时穿隔离衣、手套及防护眼镜。

2、非本科室人员不得随意进入实验室。不得在工作区内进食、喝水、接待客人等。

（二）卫生保洁措施

1、保持室内通风和清洁卫生，定时开窗通风或打开通风设备。室内空气可采用紫外线或空气消毒机消毒，每日 1 次；操作台表面及地面等进行常规清洁和消毒，每日 2 次。

2、进行各种检验操作时应避免污染，进行特殊传染病或耐药菌检验后，应及时进行消毒，遇有操作台面、地面等污染时，应立即处理，防止污染扩散。

（三）消毒隔离

1、严格执行《医院感染管理办法》、《消毒技术规范》、《生物实验室安全管理条例》等相关规定。

2、严格执行标准预防的原则，操作时应戴口罩和乳胶手套，必要时戴护目镜，不得徒手拆卸采血针头。

3、严格执行无菌操作规程，静脉采血必须做到一人一针一管一巾一带；微量采血应做到一人一针一管（子弹头采血管）。

4、严格执行手卫生制度，操作前、后应洗手或卫生手消毒。

5、无菌物品（如棉签、容器、检验用具等）应在有效期内使用，开启后 24h 内有效。

6、保持室内清洁，有人时采用空气消毒机进行消毒，无人时采用紫外线灯消毒，每日 1 次，有记录。操作台面、地面及显微镜等物体表面，每天用 500mg/L 含氯消毒液擦拭消毒 2 次，如遇污染时随时消毒。

7、可重复使用的检验用品使用后，用 2000mg/L 的含氯消毒液浸泡消毒 30min 后，清洗、干燥备用。

8、废弃标本、菌种、毒种及一次性检验用品使用后，须经无害化处理后按感染性废物处置，有记录。其他废弃物按规定分类收集，做好交接。

二十、生物安全管理制度

（一）个人防护

1、着装

（1）进入实验室前要摘除首饰，修剪指甲，以免刺破手套。长发应束在脑后，禁止在实验室内穿露脚趾的鞋。

（2）在实验室里工作时，要始终穿着防护服，实验室外禁止穿防护服。皮肤破损时应以防水敷料覆盖。

（3）当有必要保护眼睛和面部以防实验对象喷溅或紫外线辐射时，必须佩戴护目镜或防护面屏或其他防护用品。

（4）实验室工作区不允许吃、喝、化妆和操作隐形眼镜，禁止在实验室工作区内的任何地方贮存人用食品及饮料。

（5）实验室防护服不应和日常服饰放在同一柜子。个人物品、服装和化妆品不应放在有规定禁放的和可能发生污染的区域。

2、洗手

（1）实验室工作人员在实际或可能接触了血液、体液或其他污染材料后，即使戴有手套也应立即洗手。

（2）摘除手套后、如厕前后、离开实验室前均应洗手。

（3）洗手池不得用于其他目的，在限制使用洗手池的地点，应用速干手消毒剂替代洗手。

（4）当实验过程可能涉及到直接或意外接触到血液、有传染性的材料或被感染的动物时，必须戴手套，脱手套后必须洗手。

（二）操作准则

1、所有样本、培养物均可能有传染性，操作时均应戴手套。在认为手套已被污染时应脱掉手套，立即洗净双手，重新再换新手套。

2、不得用戴手套的手触摸自己的头面部，尤其是眼、口、鼻或其他暴露的黏膜或皮肤。不得戴手套离开实验室或在实验室来回走动。

3、严禁用嘴吸液。

4、所有样本、培养物和废弃物应被视为具有传染性，应以安全方式处置。

5、所有的实验步骤都应尽可能使气溶胶或气雾的形成控制在最低程度。任何可形成气溶胶的危险性上升的操作都必须在生物安全柜内进行。有害气溶胶不得直接排放。

6、使用后的针头、载玻片、一次性手术刀等利器应在使用后立即放入利器盒中，达到容器 3/4 满时应及时有效封口。

7、所有溅出事件、意外事故和明显或潜在的暴露于感染性材料，都应向实验室负责人报告。此类事故的书面材料应存档。

8、实验室应保持整洁，工作结束后，所有操作台面、离心机、加样枪、试管架必须消毒。

9、所有弃置的实验室生物样本、培养物和被污染的废弃物在从实验室中取走之前，应使其达到生物学安全。

二十一、生物实验室意外事故紧急处理措施

工作人员在操作过程中发生意外，如针刺和切伤、皮肤污染、感染性标本喷溅口鼻眼内等视为安全事故。出现生物危害物的溢出、事

故以及明显或可能暴露于高传染性物质时，应向部门负责人报告。实验室必须保存事件或事故的书面报告。

（一）生物危害物溢出处理措施

1、潜在危害性气溶胶的释放（在生物安全柜以外）

①所有人员必须立即撤离相关区域；为了使气溶胶排出，1h内严禁人员入内；

②立即报告部门负责人；

③门口张贴“禁止进入”的标志，过了相应时间后，在负责人的指导下清除污染。

2、生物危害物溢出清除程序：

①戴手套、口罩，穿防护服，必要时进行头面部和眼睛防护；

②用浸有2000mg/L的含氯消毒液的吸湿布覆盖并吸附溢出物，从溢出区域的外围向中心进行处理，作用60min后，清理污物；如有碎玻璃或其他锐器，置于利器盒中，处理过程防止损伤，必要时再次消毒处理；

③污染材料及用于清理的吸湿布和抹布放入感染性废物袋内；

④对污染的表册，应将信息复制后，置于感染性废物袋内。

3、潜在危害性气溶胶的释放（在生物安全柜内）

①在生物安全柜处于工作状态下立即进行清理；

②使用有效浓度为2000mg/L的含氯消毒液，并在处理过程中尽可能减少气溶胶的生成，作用60min，用清水擦拭干净；

③所有接触溢出物品的材料要用75%酒精消毒和 / 或高压灭菌。

4、未装可封闭离心桶的离心机内盛有潜在感染性物质的离心管发生破裂

- ①关闭机器电源，让机器密闭30min使气溶胶沉积；
- ②通知生物安全负责人；
- ③戴厚橡胶手套操作；
- ④破碎的离心管、离心桶、十字轴和转子都放在75%酒精内消毒；
- ⑤未破损的带盖离心管应放在另一个有75%酒精的容器中，然后回收；
- ⑥离心机内腔用75%酒精擦拭；
- ⑦清理时所使用的全部材料都按感染性废弃物处理。

（二）锐器伤或擦伤处理措施

- 1、在伤口近心端轻轻挤压，尽可能挤出损伤处的血液，再用肥皂液和流动水进行冲洗；禁止进行伤口的局部挤压。
- 2、用0、5%碘伏或75%酒精进行消毒，必要时包扎伤口。
- 3、记录受伤原因和污染的微生物，及时上报相关部门，保留完整的医疗记录。

（三）职业暴露处理措施

按照我院《医务人员职业防护及职业暴露管理规定》处置。

二十二、实验室医疗废物处理制度

实验室医疗废物处理原则：感染性物品出实验室之前，必须进行无害化处理。

1、病原体的培养基、标本、菌种、毒种保存液等高危险废物的处理：

（1）置于医疗废物袋内高压灭菌；无条件时用2000mg/L含氯消毒剂处置；

（2）无害化处理后再装入医疗废物袋内，按感染性废物处置，由专职人员负责清运；

（3）运送前应检查医疗废物收集袋或容器封口是否严密，如有破损、泄漏应加套一层医疗废物袋，确保运送途中安全。

2、体液标本的处理：有完善的污水处理系统的可直接将体液倒入污水池。

3、固体废物（废弃标本盒、塑料试管、手套等），置于医疗废物袋按感染性废物收集，有效封口、密闭转运。

4、锐器盒处理：锐器应使用利器盒收集，盛装废物至3/4满时有效封口。

5、运送前必须检查医疗废物收集袋或容器封口是否严密，有无破损、泄漏等，如有破损、泄漏应加套一层包装袋，确保运送途中安全。

二十三、内镜中心医院感染管理制度

（一）管理要求

1、内镜室的清洗消毒人员上岗前必须经过培训，掌握内镜清洗消毒或灭菌操作技术、使用中消毒剂的监测技术、职业防护技术等，严格遵守各项规章制度。

2、医务人员每年进行一次健康查体，必要时进行疫苗注射。

3、护理部、院感办、设备科及总务科，应在各自职权范围内，对内镜诊疗中心的管理履行以下职责：

护理部：根据工作量合理配置内镜诊疗中心的工作人员；落实岗位培训制度。将内镜清洗消毒专业知识和相关医院感染预防与控制知识纳入内镜诊疗中心人员的继续教育计划。

院感办：对内镜诊疗中心清洗、消毒、灭菌工作和质量监测进行指导和监督，定期检查与评价；发生可疑内镜相关感染时，组织、协调内镜诊疗中心和相关部门进行调查分析，提出改进措施。

设备科：负责设备购置的审核（合格证、技术参数）；建立对厂家设备安装、检修的质量审核、验收制度；专人负责内镜诊疗中心设备的维护和定期检修，并建立设备档案。

总务科：保障内镜诊疗中心的水、电、压缩空气的供给和质量，定期进行设施、管道的维护和检修。

（二）卫生保洁措施

1、保持室内整洁，每日诊疗工作结束，对室内环境进行清洁和消毒。

2、清洗消毒室应有良好的通风设施，保持室内空气流通。

3、每日清洗消毒工作结束，应对清洗槽、漂洗槽等彻底刷洗、消毒。每次更换消毒剂时，应彻底刷洗消毒槽。

（三）消毒隔离

1、内镜及附件必须达到一人一用一清洗、消毒或灭菌的原则：凡

进入人体无菌组织、器官腔隙及穿破黏膜的内镜及附件必须灭菌。进入人体消化道、呼吸道等与粘膜接触的内镜应高水平消毒。

2、清洗消毒室的耗材如清洗用水、清洗剂、消毒剂和灭菌剂符合国家相关标准，使用时严格遵循产品的使用说明书。

3、使用后的内镜应按照预处理—测漏—酶洗—漂洗—消毒—终末漂洗—干燥的流程进行，每一项操作应符合要求。

4、使用内镜清洗消毒机前应先执行预处理、测漏、酶洗和漂洗的流程。

5、每日诊疗工作开始前应对当日拟使用的内镜进行再次消毒、终末漂洗、干燥后方可用于患者诊疗；诊疗工作结束后，应将清洗消毒的内镜彻底干燥后储存。

6、每日诊疗结束注水瓶及连接管用 500mg/L 含氯消毒剂浸泡 30min，冲洗干净，干燥备用。注水瓶内用无菌水，每天更换。

7、吸引器瓶、吸引管用 500mg/L 含氯消毒液浸泡 30min，刷洗干净，干燥备用。

8、医务人员做好个人防护：内镜诊疗室应穿工作服、戴圆帽、口罩、手套，必要时戴护目镜；清洗消毒室应穿工作服、戴圆帽、口罩、穿防水衣、戴手套、戴护目镜或面罩、换专用鞋。

（四）监测与记录

1、内镜清洗质量监测

（1）应采用目测方法对每件内镜及其附件进行检查。内镜及其附件的表面应清洁、无污渍。清洗质量不合格的应重新处理。

(2) 可采用蛋白残留测定、ATP生物荧光测定等方法，定期监测内镜的清洗效果。

2、使用中的消毒剂或灭菌剂监测

(1) 浓度监测：应遵循产品使用说明书进行浓度监测。产品说明书未写明浓度监测频率的，一次性使用的消毒剂或灭菌剂应每批次进行浓度监测；重复使用的消毒剂或灭菌剂配制后应测定一次浓度，每次使用前进行监测；消毒内镜数量达到规定数量的一半后，应在每条内镜消毒前进行测定。

(2) 染菌量监测：每季度应监测1次。

3、内镜消毒质量监测

(1) 消毒内镜应每季度进行生物学监测。内镜数量少于等于5条的，应每次全部监测；多于5条的，每次监测数量应不低于5条。监测合格标准：菌落总数 $\leq 20\text{CFU/件}$ 。

(2) 当怀疑医院感染与内镜诊疗操作相关时，应进行致病性微生物检测。

(3) 内镜清洗消毒机新安装或维修后，应对清洗消毒后的内镜进行生物学监测，监测合格后方可使用。

4、每季度应对医务人员手消毒效果、诊疗室、清洗消毒室的环境消毒效果进行监测。

5、记录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）、清洗消毒的起止时间以及操作人员姓名等。

6、质量控制过程的记录应具有可追溯性，消毒剂浓度监测记录的保存期应 ≥ 6 个月，其他监测资料的保存期应 ≥ 3 年。

二十四、口腔科医院感染管理制度

（一）人员管理

1、工作人员进入诊室必须穿工作服、戴帽子，诊治病人时应戴医用外科口罩、乳胶手套及护目镜或防护面屏。

2、医务人员每年进行一次健康查体，必要时进行疫苗接种。

（二）卫生保洁措施

1、诊疗区域布局合理，环境整洁，标识明确。

2、每日工作结束，采用湿式清洁，遇污染时随时消毒处理。

3、每周对诊疗环境进行一次彻底清洁和消毒，包括桌、椅、门窗及地面。

（三）消毒隔离

1、严格执行《医院感染管理办法》、《口腔器械消毒灭菌技术操作规范》、《医疗机构消毒技术规范》等相关规定。

2、医务人员进行诊疗操作时，应严格执行标准预防的原则，戴医用外科口罩、帽子、手套，如有可能出现病人血液、体液喷溅时，应穿隔离衣、戴护目镜或防护面屏。

3、严格执行手卫生制度。医务人员戴手套操作时，应一人一更换，每次操作前后严格洗手或卫生手消毒。

4、进入病人口腔内的诊疗器械，必须达到一人一用一消毒或灭菌。

凡接触病人伤口、血液、破损粘膜或者进入人体无菌组织的器械（牙科手机、车针、根管治疗器械、拔牙器械、手术治疗器械、牙周治疗器械、敷料等），使用前必须灭菌；接触病人完整粘膜、皮肤的器械（口镜、探针、牙科镊子等口腔检查器械、各类用于辅助治疗的测量仪器、印模托盘、漱口杯等），使用前必须消毒；凡接触病人体液、血液的修复、正畸模型等物品，送技工室操作前必须消毒。

5、口腔诊疗区应保持整洁，定时通风换气，保持空气清新；空气消毒每日 1 次；室内地面每天湿式拖擦 1 次，遇污染时随时清洁和消毒。每周进行一次彻底的清扫和消毒。

6、每天操作前后应对工作台面、牙科综合治疗台及其配套设施进行清洁和消毒，遇有污染时随时消毒。

7、可重复使用的牙科手机、器械等使用后密闭容器转运，清洗、消毒和灭菌。

8、破伤风、炭疽、朊病毒、气性坏疽等特殊病原体污染的器械，应置于专用容器中，密闭运送至消毒供应室处置。

9、棉球、敷料等无菌物品，一经打开，使用时间最长不得超过 24h。麻药及其他药品开封后，使用时间不得超过 2h。

10、严格控制拍片中的交叉感染。

11、诊疗过程中产生的医疗废物按规定分类收集、交接记录齐全。

二十五、眼科医院感染管理制度

（一）人员及环境管理

1、工作人员衣着整洁，操作时戴口罩。进行各项诊疗操作时应严

格执行标准预防和无菌操作规范。

2. 手卫生设施符合要求，干手设施避免二次污染。医护人员严格执行手卫生制度。

3. 室内保持整洁，定时开窗通风，保持空气清新。

（二）消毒隔离

1、保持室内环境整洁，每日对物体表面和地面湿式清洁，遇明显污染应随时去除污染并消毒。

2、诊室及治疗室的诊疗仪器表面每日清洁 1 次，患者高频接触的表面用 75%酒精或 250~500mg/L 含氯消毒液擦拭消毒。

3、诊疗器械、器具等使用后由消毒供应室统一回收处置。

4、遮眼板和眼压计一人一用一消毒，可用 75%酒精或消毒湿巾擦拭消毒。

5、直接镜、间接镜、裂隙灯、眼压计、同视机等保持清洁，有污染时擦拭消毒。

6. 受水器或弯盘用后清洗干净，再用 500mg/L 含氯消毒液浸泡消毒 30 分钟后清洗晾干备用。

7、三面镜、房角镜、超声探头使用后用碘伏擦拭消毒；激光探头的消毒遵循使用说明。

8、含氯消毒剂应现配现用，连续使用不超过 24 小时，盛放消毒液的容器每日彻底刷洗。

9. 无菌物品的管理符合要求，严禁一次性物品重复使用。

10、用于注射的各种针剂应一人一份，剩余的药品及时清理。

11、医疗废物与生活垃圾不得混放，医疗废物分类收集，密闭转运，交接有记录。

二十六、感染性疾病科医院感染管理制度

（一）人员管理

1、工作人员进入工作区应更换工作服、戴医用外科口罩或医用防护口罩，根据诊疗操作暴露的风险选择帽子、隔离衣、手套、护目镜或防护面屏。

2、根据疫情防控的需要，开展工作人员的症状监测，必要时为高风险人群接种疫苗。

3、患者在病情允许时，宜戴医用外科口罩，活动限制在隔离病室内。指导患者适时、正确实施手卫生及佩戴口罩。

4、严格限制探视人数和时间，确需探视或陪护时，应根据病原体传播途径，指导探视或陪护者穿戴必要的防护用品。

（二）消毒隔离

1、患者安置原则：不同类感染病人分开安置，同类感染病人相对集中，传染病患者应按照国家有关规定收治。

2、布局合理，分区明确（清洁区、潜在污染区、污染区）。各区应配备符合要求、数量充足的防护用品。

3、保持环境清洁卫生，加强通风，每天常规进行空气、物体表面、地面的清洁和消毒，遇污染时随时消毒。

（1）空气消毒

①开窗通风，有防蝇设施，如纱窗、纱门。

②无人时可采用紫外线照射消毒，有人时可采用动态空气消毒机消毒。

（2）物体表面、地面消毒

①室内所有物体表面、地面每日消毒至少 1 次，遇血液、体液污染时，先去除污染，再用 1000mg/L 含氯消毒液进行局部擦拭消毒。

②清洁工具应分区使用，颜色标识，用后清洗消毒，悬挂晾干，分类放置。

3、手卫生要求

（1）手卫生设施符合要求，为非手接触式水龙头，配备干手纸巾和手消毒剂。

（2）诊疗、护理病人前后、接触污染物品后应洗手或卫生手消毒，必要时戴手套，脱手套后应洗手。

（3）在下列情况时应先洗手，然后进行卫生手消毒：

①接触患者的血液、体液和分泌物以及被传染性致病微生物污染的物品后。

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。

4、病人使用物品消毒

（1）血压计、听诊器等表面用 75%酒精擦拭消毒。血压计袖带有可见污染时，应先清洗干净，再用 500mg/L 含氯消毒液浸泡消毒 30min。

（2）体温计、止血带等医疗用品一人一用一消毒或专人专用。

(3) 运送患者的轮椅、推车使用后，应用 500mg/L 含氯消毒液擦拭消毒备用。

5、健康宣教

(1) 做好患者及陪护的卫生宣教工作，包括手卫生、咳嗽礼仪。

(2) 指导患者注意饮食卫生，不互串病房或随意外出，防止医院内交叉感染。

6、医疗废物管理

感染性疾病科产生的所有废物（包括患者的生活垃圾）均按医疗废物处置，使用双层包装袋收集，及时进行有效封扎，由专人收取转运。

7、传染病报告

做好门诊日志和传染病疫情登记管理工作，及时、准确报告传染病病例。

第四章 重点部位医院感染预防与控制制度

一、呼吸机相关肺炎感染预防与控制制度

呼吸机相关肺炎（VAP）是指建立人工气道（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 48 小时内曾经使用人工气道进行机械通气者。

1. VAP 诊断标准

排除肺结核、肺部肿瘤、肺不张等肺部疾病：

1.1 使用呼吸机后发病。

1.2 与机械通气前胸片比较出现肺内浸润阴影或显示新的炎性病变。

1.3 肺部实变体征和/或肺部听诊可闻及湿罗音，并具有下列条件之一者：

1.3.1 血细胞 $>10.0\times 10^9/L$ 或 $<4\times 10^9/L$ ，伴或不伴核转移；

1.3.2 发热，体温 $>37.5^{\circ}\text{C}$ ，呼吸道出现大量脓性分泌物；

1.3.3 起病后从支气管分泌物中分离到新的病原菌。

2. 开展呼吸机诊疗活动的临床科室，医务人员应受过专业培训，并具备独立工作能力，在诊疗活动中应严格手卫生的原则、指征和方法，应熟练掌握无菌技术、气管插管、气管切开技术以及呼吸机相关性肺炎预防的相关知识和操作规程；应严格遵循“标准预防”和“基于疾病传播途径”的原则；患有呼吸道传染性疾病时，应避免直接接触患者。

3. 预防与控制措施

3.1 患者管理

3.1.1 应每天评估呼吸机及气管插管的必要性, 尽早脱机或拔管。

3.1.2 若无禁忌症应将患者头胸部抬高 $30^{\circ} \sim 45^{\circ}$, 并应协助患者翻身拍背及震动 排痰。

3.1.3 应使用有消毒作用的口腔含漱液进行口腔护理, 每 8h 一次。

3.1.4 在进行与气道相关的操作时应严格遵守无菌技术操作规程。

3.1.5 宜选择经口气管插管。

3.1.6 应保持气管切开部位的清洁、干燥。

3.1.7 宜使用气囊上方带侧腔的气管插管, 及时清除声门下分泌物。

3.1.8 气囊放气或拔出气管插管前应确认气囊上方的分泌物已被清除。

3.1.9 呼吸机管路湿化液应使用无菌水。

3.1.10 呼吸机内外管路应做好清洁消毒。

3.1.11 应每天评估镇静药使用的必要性, 尽早停用。

3.1.12 实施肠内营养时, 应避免胃过度膨胀, 宜采用远端超过幽门的鼻饲管, 注意 控制容量和输注速度; 条件许可时应尽早拔除鼻饲管。

3.1.13 应积极预防深静脉血栓形成。

3.1.14 多重耐药菌感染或定植者, 应采取接触隔离措施。

3.1.15 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。避免为预防呼吸机相关肺炎而常规给予全身静脉使用或呼吸道局部使用抗菌药物。

3.2 气道管理

3.2.1 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。

3.2.2 宜选择经口气管插管，经鼻气管插管可增加肺炎的风险。短期内（2周）不能撤除人工气道的患者，宜尽早选择气管切开。

3.2.3 应选择型号合适的气管插管，宜常规进行气囊压力监测。

3.2.4 插管时间可能超过72h的患者，宜选用带声门下分泌物吸引的气管导管。

3.2.5 尽早拔除气管插管。每日停用或减量镇静剂一次，评估是否可以撤机或拔管。同时要尽量避免拔管后再插管。

3.2.6 应定时抽吸气道分泌物。当转运患者、改变患者体位或插管位置、气道有分泌物积聚时，应及时吸引气道分泌物。

3.2.7 可采用开放式吸痰。对于多重耐药菌感染或定植，以及疑似有传染性的呼吸道感染患者，宜采用密闭式吸痰装置。

3.2.8 抽吸气道分泌物时，医务人员应严格遵守无菌技术操作规程，每次吸引应充分。3.2.9 连续使用机械通气的患者，不应频繁更换呼吸机管路，宜每周更换1次。如有明显污染或功能出现障碍，则应及时更换。

3.2.10 呼吸机管路集水杯中的冷凝水，应及时倾倒，操作时要谨

慎，避免冷凝水流 入气管插管和呼吸机管路中的湿化器或雾化器内。

冷凝水应倒入本院污水处理中，

不应随意倾倒在室内地面上。

3.2.11 应在管路中常规应用气道湿化装置，但不应常规使用微量泵持续泵入湿化液 进行湿化。加热湿化器内添加用水，应为无菌水。

3.2.12 使用热湿交换器可减少或避免冷凝水形成。热湿交换器的更换频率不宜短于 48h，除非有明显污染和功能出现障碍。

3.2.13 雾化器应一人一用一消毒。雾化器内不宜添加抗菌药物。

3.2.14 不应常规使用细菌过滤器预防呼吸机相关肺炎。呼吸道感染性疾病患者或疑似呼吸道感染性疾病患者，可使用细菌过滤器防止病原体污染呼吸机内部。

3.3 医用物品的清洁、消毒管理

3.3.1 应遵循医疗卫生机构消毒、灭菌基本要求。

3.3.2 使用中的呼吸机外壳、按钮、面板应每天清洁消毒 1~2 次。有明显污染、遇 感染暴发或耐药菌流行时应消毒。

3.3.3 呼吸机外部管路及配件应一人一用一消毒或灭菌，长期使用者应每周更换。

3.3.4 对呼吸机内部管路应按照厂家说明书进行消毒，不必进行常规消毒，除非有明显污染。

3.4 环境管理：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。

4. 监测管理

4.1 应开展呼吸机相关肺炎的目标性监测，包括发病率、危险因素和常见病原体等，定期对监测资料进行分析、总结和反馈。

4.2 应定期开展呼吸机相关肺炎预防与控制措施的依从性监测、分析和反馈，并有对干预效果的评价和持续质量改进措施。

4.3 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。

二、导尿管相关尿路感染预防与控制制度

导尿管相关性尿路感染（CAUTI）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。

1. 诊断标准

临床诊断：患者出现尿频、尿急、尿痛等尿路刺激症状，或者有以下下腹触痛、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：

1.1 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。

1.2 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。

1.3 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。

1.4 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 周内行内镜检查或导尿管置入，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。

2. 导尿管相关尿路感染预防要点

2.1 管理要求

2.1.1 加强关于无菌技术、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，医务人员能够熟练掌握相关操作规程。

2.1.2 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。

2.1.3 应开展导尿管相关尿路感染的目标性监测，持续改进，有效降低感染率。

2.2 感染预防要点置管前：

2.2.1 严格掌握留置导尿管的适应征，避免不必要的留置导尿。

2.2.2 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。

2.2.3 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。对留置导尿管的患者，应当采用密闭式引流装置。

2.2.4 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。

3. 置管时：

3.1 医务人员应严格手卫生，认真洗手后，戴无菌手套实施导尿术。

3.2 严格遵循无菌操作技术原则留置导尿管，动作要轻柔，避免损伤尿道粘膜。 3.3 正确铺无菌巾，避免污染尿道口，保持最大的无菌屏障。

3.4 充分消毒尿道口，防止污染。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。

3.5 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。

3.6 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。

4. 置管后：

4.1 应每日评估留置导尿管的必要性，尽早拔出导尿管。

4.2 妥善固定尿管，避免打折、弯曲，保证集尿袋高度低于膀胱水平，避免接触地面， 防止逆行感染。

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

4.4 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。

4.5 留取少量尿标本进行微生物病原学检测时，应当消毒导尿管后，在导尿管侧面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。

4.6 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，应当做好导尿管的日常维护，防止滑脱，每日清洁或冲洗尿道口，保持尿道口及会阴部清洁。

4.7 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。

4.8 长期留置导尿管患者，不宜频繁更换导尿管，普通导尿管 7d 更换，特殊类型导尿管按说明书更换。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，更换导尿管时应将集尿袋同时更换。

4.9 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。

4.10 对长期留置导尿管的患者，拔除导尿管时，应当训练膀胱功能。

4.11 置管时间 > 3d 者，宜持续加闭，定时开放。

4.12 医护人员在维护导尿管时，要严格执行手卫生。

三、导管相关血流感染预防与控制制度

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。 1.

导管相关血流感染预防要点

1.1 管理要求：

1.1.1 加强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，医务人员能够熟练掌握相关操作规程。

1.1.2 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。

1.1.3 应当逐步开展导管相关血流感染的目标性监测，持续改进，有效降低感染率。 1.2 感染预防要点置管时：

1.2.1 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。 1.2.2 严格手卫生，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。

1.2.3 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。

1.2.4 选择合适的静脉置管穿刺点，成人中心静脉置管时，不宜选择股静脉。

1.2.5 宜使用有效含量 $\geq 2\text{g/L}$ 氯己定-乙醇（70%体积分数）溶液局部擦拭 2~3 遍进行皮肤消毒，或采用经医院批准使用的皮肤消毒剂消毒，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，作用时间遵循产品的使用说明书。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。

1.2.6 应根据患者病情尽可能使用腔数较少的导管。

1.2.7 患皮肤病或患感冒、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。

1.3 置管后：

1.3.1 应当尽量使用无菌透明、透气性好的敷料覆盖穿刺点，应保持穿刺点干燥，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。

1.3.2 应当定期更换置管穿刺点覆盖的敷料，密切观察穿刺部位有无感染征象。更换间隔时间为：无菌纱布为 1 次/2 天，无菌透明敷料为 1 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。

1.3.3 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。

1.3.4 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。

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

1.3.6 在输血、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。

1.3.7 严格保证输注液体的无菌。

1.3.8 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。

1.3.9 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，如无禁忌，应立即拔除导管。导管尖端送微生物监测，同时送静脉血进行微生物检测。

1.3.10 应严格掌握导管留置指征，每日评估留置导管的必要性，尽早拔除导管。

1.3.11 如无感染征象时，不宜常规更换导管，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；不宜定期对穿刺点涂抹送微生物监测。

四、手术部位感染预防与控制制度

手术部位的感染包括切口感染和手术涉及的器官或腔隙的感染，手术部位感染的危险因素包括患者方面和手术方面。患者方面的主要

因素是：年龄、营养状况、免疫功能、健康状况等。手术方面的主要因素是：术前住院时间、备皮方式及时间、手术部位皮肤消毒、手术室环境、手术器械的灭菌、手术过程的无菌操作、手术技术、手术持续的时间、预防性抗菌药物使用情况等。医疗机构和医务人员应当针对危险因素，加强外科手术部位感染的预防与控制工作。

1. 外科手术切口的分类

根据外科手术切口微生物污染情况，外科手术切口分为清洁切口、清洁-污染切口、污染切口、感染切口。

1.1 清洁切口。手术未进入感染炎症区，未进入呼吸道、消化道、泌尿生殖道及口咽部位。

1.2 清洁-污染切口。手术进入呼吸道、消化道、泌尿生殖道及口咽部位，但不伴有明显污染。

1.3 污染切口。手术进入急性炎症但未化脓区域；开放性创伤手术；胃肠道、尿路、胆道内容物及体液有大量溢出污染；术中有明显污染（如开胸心脏按压）。

1.4 感染切口。有失活组织的陈旧创伤手术；已有临床感染或脏器穿孔的手术。

2. 外科手术部位感染的定义

外科手术部位感染分为切口浅部组织感染、切口深部组织感染、器官/腔隙感染。

2.1 切口浅部组织感染。手术后 30 天以内发生的仅累及切口皮肤或者皮下组织的感染，并符合下列条件之一：

2.1.1 切口浅部组织有化脓性液体。

2.1.2 从切口浅部组织的液体或者组织中培养出病原体。

2.1.3 具有感染的症状或者体征，包括局部发红、肿胀、发热、疼痛和触痛，外科医 师开放的切口浅层组织。

2.1.4 下列情形不属于切口浅部组织感染：

2.1.4.1 针眼处脓点（仅限于缝线通过处的轻微炎症和少许分泌物）。

2.1.4.2 外阴切开术或包皮环切术部位或肛门周围手术部位感染。

2.1.4.3 感染的烧伤创面，及溶痂的Ⅱ、Ⅲ度烧伤创面。

2.2 切口深部组织感染。无植入物者手术后 30 天以内、有植入物者手术后 1 年以内 发生的累及深部软组织（如筋膜和肌层）的感染，并符合下列条件之一：

2.2.1 从切口深部引流或穿刺出脓液，但脓液不是来自器官/腔隙部分。

2.2.2 切口深部组织自行裂开或者由外科医师开放的切口。同时，患者具有感染的症 状或者体征，包括局部发热，肿胀及疼痛。

2.2.3 经直接检查、再次手术探查、病理学或者影像学检查，发现切口深部组织脓肿 或者其他感染证据。

2.2.4 同时累及切口浅部组织和深部组织的感染归为切口深部组织感染；经切口引流 所致器官/腔隙感染，无须再次手术归为深部组织感染。

2.3 器官/腔隙感染：无植入物者手术后 30 天以内、有植入物者手术后 1 年以内发生的累及术中解剖部位(如器官或者腔隙)的感染，并符合下列条件之一：

2.3.1 器官或者腔隙穿刺引流或穿刺出脓液。

2.3.2 从器官或者腔隙的分泌物或组织中培养分离出致病菌。

2.3.3 经直接检查、再次手术、病理学或者影像学检查，发现器官或者腔隙脓肿或者 其他器官或者腔隙感染的证据。

3. 外科手术部位感染预防要点

3.1 管理要求。

3.1.1 医疗机构应当制定并完善外科手术部位感染预防与控制相关规章制度和工作规范，并严格落实。

3.1.2 医疗机构要加强对临床医师、护士、医院感染管理专业人员的培训，掌握外科 手术部位感染预防工作要点。

3.1.3 医疗机构应当开展外科手术部位感染的目标性监测，采取有效措施逐步降低感染率。

3.1.4 严格按照抗菌药物合理使用有关规定，正确、合理使用抗菌药物。

3.1.5 评估患者发生手术部位感染的危险因素，做好各项防控工作。

3.2 感染预防要点。

3.2.1 手术前。

3.2.1.1 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。

3.2.1.2 有效控制糖尿病患者的血糖水平。

3.2.1.3 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。

3.2.1.4 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。

3.2.1.5 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，还需术前一天 分次、足剂量给予非吸收性口服抗菌药物。

3.2.1.6 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，在未治愈前不应当参加手术。

3.1.2.7 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。

3.1.2.8 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。

3.2.2 手术中。

3.2.2.1 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。

3.2.2.2 保证使用的手术器械、器具及物品等达到灭菌水平。

3.2.2.3 手术中医务人员要严格遵循无菌技术原则和手卫生规范。

3.2.2.4 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。

3.2.2.5 手术人员尽量轻柔地接触组织，保持有效地止血，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。

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

3.2.2.7 冲洗手术部位时，应当使用温度为 37℃ 的无菌生理盐水等液体。

3.2.2.8 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。

3.2.3 手术后。

3.2.3.1 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。

3.2.3.2 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。

3.2.3.3 术后保持引流通畅，根据病情尽早为患者拔除引流管。

3.2.3.4 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诊断、治疗和监测。

五、皮肤软组织感染预防控制制度

1. 疖、痈、蜂窝织炎、急性淋巴管炎和淋巴结炎

1.1 锻炼身体，增强体质，及早治疗糖尿病等。

1.2 注意个人卫生，常洗头、洗澡，衣服宽松，减少皮肤摩擦和刺激。

1.3 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。

1.4 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。

1.5 对住院的危重症病人应加强皮肤护理，勤翻身，防止褥疮产生。

2. 新生儿皮下坏疽

2.1 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。

2.2 保持婴儿皮肤干燥，经常更换其体位，以防局部长期受压。做好产房和婴儿室的消毒隔离工作，控制感染源。

3. 褥疮

3.1 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。

3.2 尽量避免潮湿、摩擦及排泄物刺激。

3.3 增进局部血液循环，对于易发生褥疮的病人应经常检查受压部位。

3.4 增加营养摄入，增强体质。

4. 烧伤感染

4.1 加强感染监控：严重烧伤后感染发生发展有一过程，且变化快，注重感染早期症状，及早采取措施，便于终止其进一步发展。有效的监控措施包括对有细菌定植的病人的病情进行监控，做到及时送创面分泌物培养；环境卫生监控。医院成立感染 监控小组，及时地发布细菌感染发生状况和药敏结果；临床治疗及时地分析评估，

以指导临床合理用药。

4.2 严格地无菌隔离措施：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洗 手、换衣、戴手套制度；实行终末消毒制度。

下呼吸道感染预防控制制度

1. 减少或清除口咽部胃肠道病原菌的定植与吸入

1.1 改进营养支持治疗方法 尽可能采用胃肠内营养，小肠喂养可最大限度减少细菌 通过肠粘膜向外移行并维持正常肠道菌群平衡。

1.2 控制胃内容物返流 使病人采用半卧位，尤其是机械通气的

病人采用此姿势是减少胃内容物吸入下呼吸道的简单而有效的方法。

1.3 使用硫糖铝替代 H₂-受体阻滞剂和抗酸剂防治消化道应激性溃疡。

1.4 合理使用抗菌药物 抗菌药物的使用可引起口咽部菌群失调，因此应合理使用以维持正常的菌群状态。

2. 切断传播途径

2.1 洗手 医务人员在接触呼吸道分泌物、呼吸道插管或气管切开病人后应洗手。

2.2 医疗器械的消毒与灭菌 呼吸机管道、湿化瓶、雾化液等呼吸道治疗设备的污染 是医院获得性肺炎发生的一个重要传播途径。因此应定期对呼吸机管道及湿化瓶等 进行更换消毒用于雾化的液体一定要严格无菌。

2.3 隔离措施 对病人及病原体携带者应采取适当的隔离措施对 MRSA、铜绿假单胞菌感染病人及携带者积极治疗的同时予以隔离。对耐万古霉素肠球菌感染的病人或 携带者必须隔离。对高危病人如器官移植、粒细胞缺乏症等严重免疫功能低下者应 采取保护性隔离措施。

3. 提高机体免疫功能

可采用多种方式提高病人机体免疫功能。

4. 护理工作中的预防控制措施

4.1 坚持病室通风换气湿式清扫不在室内及走廊内抖被单等。

4.2 鼓励、指导并协助术后病人勤咳、深咳、深呼吸、采取体位

引流及叩背手法助病人排痰控制影响病人术后咳嗽、深呼吸引起的疼痛。

4.3 在接触两个病人之间、在处理呼吸道分泌物和污染物品后及接触另一病人、物品和周围环境表面前、在接触人体污染和清洁部位之间应更换手套和洗手。

4.4 直接接触下呼吸道粘膜的物品必须灭菌或用高效消毒法处理。使用中的氧气湿化瓶每天消毒，内盛无菌液体每天更换。备用的湿化瓶每周消毒干燥保存。

4.5 对于气管切开病人切开部位及其周围应保持清洁干燥，在切开部位的一切操作均应采用无菌技术吸痰时原则上吸痰管只能提拉一次。

4.6 有呼吸道感染的医护人员不应直接护理高危病人。

六、胃管医院感染预防与控制制度

1、预防控制制度

1.1 各科室应当制定并落实预防与控制胃管医院感染的工作规范，明确相关人员职责。

1.2 加强对医务人员的培训和教育，熟练掌握关于胃管医院感染的预防与控制措施。

1.3 定期分析、评估患者发生胃管医院感染的危险因素，实施预防和控制胃管医院感染的相关工作措施。

2、预防控制措施

2.1 妥善固定，防止打折，避免脱出。

2.2 保证胃管的通畅，定时冲洗，抽吸胃液。

2.3 密切观察胃液的颜色，性质、量、并做好记录。

2.4 掌握鼻饲指征。

2.5 每日清洁口腔；意识清楚合作的可以用牙刷清洁。鼓励患者刷牙漱口，养成良好的卫生习惯，生活不能自理的患者和昏迷不醒的患者应给与口腔护理。

2.6 加强健康教育与心理护理。患者放置胃管致躯体不适，甚至出现恐惧、焦虑、烦躁不安的情绪，应为患者提供一个安静舒适的环境，多与患者沟通，加强心理护理，耐心向患者讲解胃管的治疗目的、过程和可能出现的不适，如何配合，增强其治疗的信心；做好健康教育，告知患者在翻身活动时，如出现胃管脱出，不必惊慌，更不能自行将胃管插入，防止污染，应呼叫护士重新更换胃管。

七、引流管感染预防与控制制度

1、预防控制制度

1.1 各科室制定并落实预防与控制引流管医院感染的工作规范，明确相关人员职责。

1.2 加强对医务人员的培训和教育，熟练掌握关于引流管医院感染的预防与控制措施。

1.3 定期分析、评估患者发生引流管医院感染的危险因素，实施预防和控制引流管医院感染的相关工作措施。

2、预防控制措施

2.1 严格执行无菌技术操作原则。

2.2 手术期间必须保持手术室的无菌环境。

2.3 保持引流管的通畅引流和冲洗，负压瓶的引流液要及时倾倒。倾倒引流液前后护士应严格洗手。

2.4 妥善固定引流管，保持引流管通畅，使它发挥有效作用，要经常检查胶管受压或扭曲折叠或接头处是否漏气，保证负压吸引管道的密闭，观察引流的通畅情况，密切观察负压表的压力，压力过低达不到引流效果，压力过高容易吸附引流管周围组织造成出血。

2.5 准确计算冲洗时的出入量，密切观察引流液的性质是否与病情相符，如有异常，及时报告医生，配合、协助医生解决问题。

2.6 严格掌握拔管指征。

2.7 加强健康教育与心理护理。患者术后放置多根引流管致躯体不适与疼痛，甚至出现恐惧、焦虑、烦躁不安的情绪，应为患者提供一个安静舒适的环境，多与患者沟通，加强心理护理，耐心向患者讲解引流管的治疗目的、过程和可能出现的不适，如配合，增强其治疗的信心；做好健康教育，告知患者在翻身活动时，需防止牵拉或将引流管压在身下造成扭曲、打折或脱漏等，如出现引流管脱出，不必惊慌，更不要自行将引流管插入，防止污染，应呼叫护士由医生更换消毒后的导管。

第五部分 其他科室医院感染管理制度

一、门、急诊医院感染管理制度

（一）人员管理

1、工作人员上班时衣着整洁，不留长指甲、不戴假指甲，不得穿工作服进入会议室、食堂或离院外出。

2、严格执行手卫生制度，接触病人前后、手部有可见污染物或被病人的血液、体液污染后应洗手，无可见污染物时，可使用速干手消毒剂消毒双手。

3、执行标准预防，正确选择个人防护用品，防止发生职业暴露。

（二）环境管理

1、急诊科、儿科门诊应与普通门诊分开，自成体系，设单独出入口。

2、保持各诊室空气清新，抢救室、治疗室、输液室、注射室等，应每日进行空气消毒并有记录。

3、诊疗桌、椅、检查床、平车、轮椅等应每日擦拭清洁 1 次，若被血液、体液污染后应及时擦拭消毒。

4、地面湿式清扫，每日 2 次；遇有血液、体液等污染时，应先去除污染，再用 1000mg/L 含氯消毒剂进行局部擦拭消毒。

5、各诊室应配置合格的手卫生设施。

（三）消毒隔离

1、建立预检分诊制度，发现传染病人或疑似传染病人，应按指定路线引导到感染性疾病门诊就诊；被污染的区域应及时进行消毒处理。

2、严格遵守无菌技术操作原则，侵袭性操作的诊疗用品应一人一用一灭菌；无菌物品分类放置于无菌柜内，柜内保持清洁干燥。无菌包标识清晰，在有效期内使用；无菌持物钳（镊）罐应高压灭菌，干

罐保存每 4h 更换。一次性小包装碘伏、酒精开启有效期 7 日，使用后应及时盖好瓶盖。

3、接触完整皮肤的一般诊疗用品如血压计袖带、听诊器等保持清洁，若被血液、体液污染，应先清洗，再用 500mg/L 的含氯消毒液浸泡 30 分钟，洗净晾干备用。听诊器可用 75%酒精擦拭消毒。腋温表一人一用一消毒，可用 75%酒精或 500mg/L 含氯消毒剂浸泡 10-30 分钟，清水冲净，干燥备用。

4、各种急诊抢救包、穿刺包、缝合包等必须高压灭菌后备用。各种急诊监护仪器的表面应每日清洁，遇污染及时清洁和消毒。

5、吸氧装置、雾化器、氧气湿化瓶、呼吸面罩、呼吸机管道等一人一用一消毒。连续使用的氧气湿化瓶每日更换，湿化液用灭菌水；呼吸机管路应每周更换 1-2 次。呼吸机螺纹管、湿化器以及接头、活瓣通气阀等可拆卸部分应定期消毒处理后干燥封闭保存。

6、吸引器、引流瓶、洗胃机等用后及时消毒，干燥保存备用。7、治疗车上的物品摆放有序，上层为清洁区，下层为污染区车上应配备速干手消毒剂。止血带一人一用一洗一消毒，使用 500mg/L 含氯消毒液浸泡 30 分钟，干燥保存备用。

8、含氯消毒液配制后先检测浓度合格方可使用，以保证消毒液的有效浓度。

9、清洁工具定点放置，分区、分室使用，标志明显，用后清洗消毒，悬挂晾干备用。

10、眼科门诊的检查仪器、器械和用品应一人一用一消毒或灭菌。

11、耳鼻喉科门诊的检查器械、雾化器、螺纹管等，应做到一人一用一消毒/灭菌。

12、一次性使用医疗用品应在有效期内使用，严禁重复使用。

13、传染病病人应在隔离留观室留观，严格按传染病的消毒隔离制度执行。

14、医疗废物分类收集，密闭转运，做好交接登记。

二、治疗准备室医院感染管理制度

（一）人员管理

1、医护人员进入治疗准备室应衣着整洁，无菌操作前戴口罩。

2、严格执行各项无菌技术操作规程及手卫生制度。

（二）环境管理

1、室内环境整洁，布局合理，进行配药等操作前半小时应停止清扫地面等工作，避免不必要的人员进出。

2、洗手设施符合要求。

3、空气消毒 1-2 次/日，治疗台面、地面湿式清洁 2 次/日，必要时则增加次数。

（三）物品管理

1、无菌物品与非无菌物品分开存放。无菌物品按灭菌日期依次放入专柜，包外标识清楚，在有效期内。

2、一次性医疗器械应一次性使用。由医院统一购置，妥善保管，正确使用。使用前应检查包装的完好性，有无污损，并在有效期内使

用。

3、严格执行无菌物品的保存时限，无菌物品（棉签、纱布等）一经打开，使用时间不得超过 24 小时，提倡使用小包装。铺好的无菌盘应集中使用时间，原则上不保留，如需持续使用，应 4 小时更换。碘伏、酒精应密闭保存，一次性小包装启封后使用时间不超过 7 天。

4、进行配药、取用清洁/无菌物品前进行手卫生，并佩戴医用口罩。

5、应根据药品说明书的要求配置药液，现用现配。抽出的药液和配制好的静脉输注用无菌液体，放置时间不应超过 2h；启封抽吸的各种溶媒不应超过 24h。

6、严格执行一人一针一管一用，尽可能使用单剂量注射用药；多剂量用药无法避免时，严禁使用过的针头及注射器再次抽取药物。

7、室内冰箱每周检查清洁一次，每月除霜一次，药用冰箱不得放置私人物品。

8、科室产生的废弃输液瓶（袋）按照玻璃瓶和塑料瓶分类收集，安全存放，交由医院指定的专人统一回收转运，并做好记录。

9、医疗废物应就地分类处置，禁止二次分拣。

三、处置室、治疗室、注射室医院感染管理制度

（一）人员管理

1、医务人员进入室内应衣着整洁，无菌操作前、有体液暴露风险操作应戴医用口罩。

2、严格执行无菌操作规程及手卫生制度。

（二）环境管理

1、室内应划分清洁区和污染区；物品定位放置，私人物品不得带入室内。

2、配备合格的手卫生设施，如非手触式水龙头、洗手液、干手用品、手消毒剂等。

3、保持室内空气清新，每日进行空气消毒并有记录，每周进行一次大扫除。

4、治疗台面、物体表面和地面每日湿式清洁 2 次；遇有血液、体液等污染时，应先去除污染，再用 1000mg/L 含氯消毒液进行局部擦拭消毒。

（三）消毒隔离

1、进行各项诊疗操作前后严格执行手卫生，摘手套后应执行手卫生。

2、操作前评估是否有接触血液、体液、分泌物、排泄物的风险，根据可能的暴露风险选择适宜的防护用品，包括医用外科口罩、手套、隔离衣、护目镜等。

3、清洁性治疗与感染性治疗应分室或分时段进行，换药应遵循先清洁伤口、再污染伤口、后感染伤口、最后隔离伤口。

4、无菌物品分类放置于无菌柜内，按失效期有序摆放，无菌包标识清晰、在有效期内。无菌敷料罐每天更换并灭菌，置于无菌容器中

的灭菌物品（棉球、纱布等）应注明开启时间，一经打开使用，不得超过 24h，提倡使用小包装。

5、换药用的溶液打开后应注明开启时间，外用生理盐水打开后 24h 内使用。

6、一次性无菌物品使用前应检查小包装有无破损、失效，使用后按规定分类收集，不得重复使用。

7、治疗车、换药车上的物品摆放有序，上层为清洁区，下层为污染区，车上应配备速干手消毒剂。

8、取用无菌物品时，应使用无菌持物钳或镊子。持物钳（镊子）与容器配套使用，一容器一器械。干罐储存无菌持物钳（镊）使用时间不应超过 4h，注明开启时间。

9、为特殊感染患者换药时应戴手套，换药的物品应使用一次性，污染敷料应使用双层医疗废物袋分两次密闭包装。使用后的医疗器械密闭运送至消毒供应室集中处置，并做好交接。

10、医疗废物分类收集，密闭转运，并做好交接记录。

四、病区医院感染管理制度

（一）管理要求

1、认真执行医院感染管理相关的法规、规范、标准和各项制度，根据本科室医院感染的特点，制定科室医院感染管理制度并组织实施。

2、建立医院感染管理责任制，科主任为科室感染管理第一责任人，明确各级各类人员在预防和控制医院感染管理工作中的责任并落实。

3、成立科室感染管理小组，研究并确定本科室医院感染的重点环节、高危因素及干预措施，对感染高危因素实行监控，发现医院感染病例应及时报告院感办。

4、定期对本科室医院感染管理质量进行检查，每季度召开本科室感控会议，定期组织医院感染相关知识学习。

（二）卫生保洁措施

1、病区应保持整洁、干燥、无卫生死角。空气新鲜无异味，定时开窗通风。

2、病房保持整洁，物表和地面湿式清扫，每日 1-2 次，遇可见污染时随时清洁与消毒。

3、病床和床头柜湿式清洁，一床一套（巾）、一桌一抹布，遇有污染随时消毒。

4、禁止在病房、走廊清点脏被服，更换下来的脏被服直接装入被服袋内，由专人负责密闭收取。

5、清洁工具（抹布、拖把等）定点放置，分区使用，标志明显，用后清洗消毒，悬挂晾干备用。

（三）消毒隔离

1、进入人体无菌组织、器官、腔隙，或接触人体破损皮肤、破损黏膜、组织的诊疗器械、器具和物品应进行灭菌；接触完整皮肤、完整黏膜的诊疗器械、器具和物品应进行消毒；各种用于注射、穿刺、采血等有创操作的医疗器具应一用一灭菌；一次性使用的医疗器械、器具应一次性使用。

2、重复使用的器械、器具和物品如弯盘、治疗碗等，应进行清洗、消毒或灭菌；接触完整皮肤的医疗器械、器具及物品如听诊器、监护仪导联、血压计袖带等应保持清洁，被污染时应及时清洁与消毒。

3、湿化瓶、呼吸机管路、呼吸机等的清洁、消毒与更换，应遵循有关标准的规定。

4、治疗车上物品应摆放有序，上层放置清洁与无菌物品，下层放置使用后物品；每天进行清洁与消毒，遇污染随时进行清洁与消毒。

5、患者的安置原则是感染病人与非感染病人分开，同类感染病人相对集中，特殊感染或传染病患者，应按传染病的有关规定实行隔离或转院，并根据疾病的传播途径采取相应的隔离措施。

6、传染病流行季节应加强病房的管理和消毒，严格探视及陪护制度。

7、严格按照《医疗废物管理制度》分类收集医疗废物，密闭转运，做好交接，登记资料保存三年以上。

（四）患者生活卫生用品的清洁与消毒

1、生活卫生用品如毛巾、面盆、痰盂（杯）、便器、餐饮具等，应保持清洁，个人专用，定期消毒。

2、患者出院、转院或死亡后应对其使用过的生活卫生用品应进行终末消毒。

3、对传染病患者及其用物应按传染病管理的有关规定，采取相应的消毒、隔离和管理措施。

（五）床单元的清洁与消毒

1、应进行定期清洁和（或）消毒，遇污染应及时清洁与消毒；患者出院时应进行终末消毒。

2、床单、被套、枕套等直接接触患者的床上用品，应一人一更换；患者住院时间超过一周时，应每周更换；被污染时应及时更换。更换后的用品应及时清洗与消毒。

3、被芯、枕芯、褥子、病床隔帘、床垫等间接接触患者的床上用品，应定期清洗与消毒；被污染时应及时更换、清洗与消毒。

（六）物体表面、地面的清洁与消毒

1、物体表面（包括监护仪器、设备等的表面）应每天湿式清洁，保持清洁、干燥；遇污染时应及时清洁与消毒。

2、擦拭物体表面的布巾，不同患者之间和洁污区域之间应更换，擦拭地面的地巾不同病房及区域之间应更换，用后集中清洗、消毒，干燥保存。

3、应保持通风良好，发生呼吸道传染病时应进行空气消毒。

4、清洁工具分区使用、颜色标记，使用后清洗消毒，悬挂晾干备用。

（七）隔离

1、应根据疾病传播途径的不同，采取接触隔离、飞沫隔离或空气隔离措施，标识正确、醒目。

2、隔离的确诊或疑似传染病患者或隔离的非传染病感染患者，除确诊为同种病原体感染之外，应安置在单人隔离房间。

3、隔离患者的物品应专人专用，定期清洁与消毒，患者出院或转院、死亡后应进行终末消毒。

4、接触隔离患者的工作人员，应按照隔离要求，穿戴相应的隔离防护用品，如穿隔离衣、戴医用外科口罩、手套等，并进行手卫生。

（八）手卫生

1、应配备符合要求的手卫生设施，包括洗手池、清洁剂、干手设施如干手纸巾、速干手消毒剂等。

2、应有醒目、正确的手卫生标识，包括洗手流程图或洗手图示等。

3、定期对医务人员手卫生正确性和依从性进行自查，发现问题，及时改进。

4、医务人员诊疗、护理不同的病人，接触污染物品后，应严格进行手卫生。

五、病理科医院感染管理制度

（一）环境管理

1、建筑布局符合要求，流程合理，严格区分清洁区和污染区。

2、设有流动水洗手设施，手卫生设施符合要求，为非手触水龙头。

3、实验室加强通风，工作人员做好防护。

（二）消毒隔离

1、工作时，应着工作服、戴圆帽、口罩，检查标本前须戴手套，操作时不得触摸检查台以外的器具和物品。操作完毕，脱去手套后立

即洗手，必要时进行手消毒。离开实验室或到污染区以外的区域必须脱掉手套，投入感染性医疗废物桶内。

2、在操作过程中，有可能发生血液、体液飞溅到医务人员的面部时，应戴一次性外科口罩、护目镜或防护面屏。有可能发生血液、体液大面积飞溅或有可能污染到身体时，还应当穿戴具有防渗透性能的隔离衣。

3、各种物体表面及地面进行常规清洁消毒。在进行各种检验时，应避免污染，在进行特殊传染病检验后，应及时进行消毒，遇有场地、工作服或体表污染时，应立即处理，并视污染情况向院感办报告。

4、每次取材后清洁消毒室内物表、地面，掌握消毒剂的性能、使用范围及配制方法。

5、化学试剂应存放在通风良好，远离火源的地方，试剂存放地应贴有警示标识。工作人员在搬运、分装或使用试剂时，做到轻拿轻放，处理试剂时，做好防护措施，戴防护镜及乳胶手套。

6、清理的暂留标本、取材后的样本、病理腊块按病理性废物收集；废弃的二甲苯、甲醛等液体按化学性废物统一收集，交有资质的部门回收处理，严禁随意倒入下水道。

7. 接收胎盘、脏器、肢体等标本时应有登记，以便核查。

六、放射科医院感染管理制度

（一）人员及环境管理

1、室内环境保持清洁，手卫生设施符合要求，方便取用。配备符合要求的个人防护用品，如一次性外科口罩、医用防护口罩、鞋套、护目镜或防护面屏等。

2、医务人员应根据可能的暴露风险，穿戴合适的防护用品。为经飞沫/空气传播疾病的患者检查时（直接接触时），应佩戴医用外科口罩或医用防护口罩，并尽量与患者保持 $\geq 1\text{m}$ 的距离。

3、呼吸道感染患者接受诊疗检查时，应嘱患者遵守呼吸道卫生/咳嗽礼仪，病情允许时，佩戴医用外科口罩。

4、进行介入治疗操作时，应遵循外科手术操作管理要求。

（二）消毒隔离

1、严格落实手卫生及消毒隔离制度，防止检查过程中的交叉感染。

2、室内保持清洁，桌、椅、门把手、检查台每日清洁一次。遇污染时用 500mg/L 含氯消毒液擦拭消毒。地面湿式清洁，避免扬尘，如遇血液、体液、呕吐物污染时，应先去除污染，局部用 1000mg/L 含氯消毒液擦拭消毒，必要时 30 分钟后去除消毒剂残留。

3、保持检查室候诊区空气清新，通风良好。为呼吸道传染病患者检查时，工作人员应戴医用防护口罩，在病情允许的情况下患者戴一次性外科口罩，必要时疏散工作场所无关检查人员，避免交叉感染。检查后对室内空气及患者接触过的环境表面进行消毒。空气消毒装置应正确使用、定期维护。

4、检查时，如需接触患者的黏膜或破损皮肤时，应戴无菌手套，并严格执行无菌操作。

5、为患有接触传播疾病如多重耐药菌感染等患者进行检查后，应对患者接触过或可能被污染的仪器、设备、物体表面进行清洁消毒后方可接诊下一位检查患者。

6、进行注射操作时，应一人一针一管，包括高压注射器注射造影剂时。各种静脉、肌肉注射药品应尽量做到单剂量注射，多剂量无法避免时应确保一人一针一管一用。

7、铅衣管理：

（1）日常可用清水擦拭，保持清洁。

（2）被血液、体液污染时可用软布蘸取清洁剂擦拭干净，再用消毒剂擦拭消毒。

（3）含醇或含氯的消毒剂通常不适用于铅衣消毒。一般铅衣禁止浸泡消毒。日常清洁消毒推荐使用含季铵盐类消毒剂湿巾进行擦拭消毒。

七、针灸推拿科医院感染管理制度

（一）人员管理及保洁措施

1. 有明显皮肤感染或患急性呼吸道传染病、感染性腹泻的医务人员不应参与诊疗工作。

2. 微创手术时，工作人员应严格执行无菌操作，戴帽子、医用外科口罩、无菌手套、穿无菌手术衣。施治部位应铺大小适宜的无菌单。参观人员应戴帽子、口罩，人数不应超过 5 人。

3、保持室内整洁，空气清新，必要时进行空气消毒。

4. 室内环境表面如桌面、椅、治疗床及地面每日清洁消毒 1-2 次。

（二）消毒隔离

1、操作前严格执行手卫生，进行侵入性操作时，还应进行卫生手消毒。

2、进行微创操作、针刺、针罐时，应对针刺、穿刺部位用 75%酒精或碘伏棉球进行消毒。消毒棉球/棉签一穴一换，不得用同一个消毒棉球/棉签擦拭一个以上部位。

3、针灸治疗时严格执行无菌操作原则：一人一针一灭菌，穴位注射一人一针一筒。

4、一次性诊疗器械应一人一用一丢弃（按医疗废物处置），不得重复使用。可复用的诊疗器械、针具一人一用一消毒/灭菌，用后送消毒供应室集中处置。

5、无菌物品如棉球、棉签、纱布等一经打开 24h 内有效，过期应重新灭菌。

6、无菌持物钳及罐应高压灭菌，有效期为 4h；碘伏、酒精瓶每周更换 2 次，容器应高压灭菌，一次性小包装皮肤消毒剂启用后有效期为 7 天。

7、拔火罐一人一用一消毒，每日工作结束后用 500mg/L 含氯消毒液浸泡消毒 30min 后，清洗晾干备用。

8、治疗床上的枕套、床单、毛巾、治疗巾等，每日更换，遇污染时随时更换。

八、超声诊断室医院感染管理制度

为规范我院超声诊疗消毒隔离工作，保障医疗质量和医疗安全，特制定本规范。

（一）人员及环境管理

1. 从事超声诊疗工作的医务人员，须接受相关的医院感染管理知识与技能培训，具备与超声诊疗环节相关的清洁、消毒或灭菌、职业安全防护等医院感染预防与控制方面的知识，遵循标准预防的原则，严格遵守并落实与超声诊疗相关的规章制度。

2. 按照医务人员手卫生制度的要求，根据超声诊疗环境的不同，配备适宜的手卫生设施和用品，操作前后进行手卫生。

2. 检查室内保持清洁整齐，超声仪、检查床等物体表面和地面每日擦拭清洁。窗帘、隔帘定期清洗，遇污染时随时清洗消毒。

3. 被患者血液、体液等污染的耦合剂擦拭纸巾和探头保护套/膜按感染性废物处置。

（二）消毒隔离

1、不同超声诊疗室的消毒隔离要求：

（1）一般超声诊疗室（经皮肤、粘膜或经食管、阴道、直肠等体腔进行超声检查）须做到防尘、通风、干燥，保持物体表面的清洁及诊疗床清洁，每日更换床单、枕套等，如被污染应及时更换。

（2）经皮肤黏膜穿刺、活检、置管、注射药物等介入超声诊疗室应达到二类环境标准，并按照手术室的管理要求对人员和器械进行管理。

(3) 对多重耐药菌患者进行超声检查时，需做好各项防护，检查结束立即更换床单、枕套，对超声探头进行消毒。工作人员洗手和卫生手消毒。

2、根据超声诊疗器械的危险程度及材质特点，选择适宜的消毒或灭菌方法，超声探头须做到一人一用一清洁一消毒或灭菌。并遵循以下原则：

(1) 经皮肤超声检查的探头可采用具耦合功能的消毒凝胶或 75% 酒精进行探头消毒。

(2) 接触患者破损皮肤、黏膜或经食管、阴道、直肠等体腔进行超声检查的探头，可使用具耦合功能的消毒凝胶，并采用薄膜隔离技术，一用一换。检查完毕须对探头进行有效的清洁和消毒。

(3) 手术中超声探头可采用低温灭菌方法灭菌。使用消毒耦合凝胶外套无菌膜。

(4) 每班次检查结束后，须对超声探头等进行彻底清洁、消毒处理，干燥保存。

(5) 对完整皮肤患者进行超声检查时，无需进行皮肤消毒。对有开放性伤口、皮肤病、皮肤感染性疾病患者或多重耐药菌感染患者进行超声检查时，应对患者的受检部位进行皮肤消毒。

3. 每班工作结束后，对超声主机操作表面频繁接触的按键、手柄和电缆线等部位进行清洁，必要时进行消毒。

4、选择的消毒剂、具耦合功能的消毒凝胶应取得卫生行政部门的相关有效证件。不推荐使用阳离子表面活性剂和无机抗菌剂纳米银和对人体有一定毒性的乙二醇等，禁止使用含有纤维素的消毒凝胶。

5. 耦合剂的使用与管理：

（1）所有侵入性操作或探头接触无菌组织、破损皮肤、手术切口时均应使用无菌耦合剂，且耦合剂为独立包装，在有效期内使用。

（2）对婴儿进行超声诊断、治疗时，应使用无菌耦合剂。

（3）挤压耦合剂时，瓶口不能接触探头。

（4）不宜对耦合剂进行分装。

（5）耦合剂应保存于清洁、干燥、通风处，温度〈40℃。

（三）垃圾转运

超声诊疗过程中产生的医疗废物按照我院《医疗废物管理制度》关要求进行分类收集，做好交接及转运。

九、心电图室消毒隔离工作制度

1、保持室内清洁整齐，保持空气清新，工作人员上班衣帽穿戴整洁，检查病人前后均应认真洗手或使用速干手消毒剂。

2、感染或有传染病患者、应尽量安排在每天诊疗的最后时间段，或者预约时间集中检查对患者有传染病者，预约时间集中检查。

3、检查传染病人，医师佩戴一次性手套，戴口罩。检查结束后及时进行手消毒并更换床单。导联线，佩戴动态心电图盒子，皮带专用。

4、检查完毕后，导联线用 500mg/L 的 84 消毒液或用消毒湿巾擦洗，电极用 500mg/L 的 84 消毒液浸洗或用消毒湿巾擦拭。医生常规洗手消毒，定时更换病人使用的床单。

5、棉签一人一用，使用后的棉签作医疗废物处置，放在黄色专用医疗垃圾袋内。

6、保持检查床物表干净，每天用 500mg/L 的 84 消毒液擦拭。

7、每日对空气进行紫外线消毒并记录。

十、急救转运医院感染管理制度

（一）环境管理

1、对车内座椅、担架、车载仪器、地面等进行清洁消毒，每天至少 1 次；遇有污染时及时清洁消毒。

2、车内宜配备血液（体液）溅污处理箱，便于及时进行污点清洁与消毒。

3、抢救仪器及车内物品表面每次使用后清洁消毒。

4、转运感染病患者后根据病原体传播特点进行适宜的终末处理。

（二）消毒隔离

1、车内和出诊箱内配备速干手消毒剂。戴手套不能代替手卫生，手套被污染时避免触摸车内环境表面。

2、配备专用急救防护用物箱，备齐防护用品，包括护目镜或防护面屏、医用外科口罩及医用防护口罩、手套、隔离衣，方便医护人员随时取用。

3、在标准预防的基础上，应根据病原体的传播途径采取额外预防措施。

4、转运过程中进行心肺复苏、气管插管等可能受到患者血液、体液、分泌物等物质飞溅及引发气溶胶的操作时，应戴医用外科口罩或医用防护口罩、护目镜或防护面屏等。

5、所有诊疗器械、器具应一人一用一消毒/灭菌，喉镜使用后，应彻底清洁，镜片应达到高水平消毒或灭菌，镜柄应达到中水平消毒，有条件时，可选择一次性喉镜套、喉镜片。

6、简易呼吸器一人一用一消毒，应达到中水平以上消毒。

7、除颤仪、心电监护仪、呼吸机等设备应保持清洁，污染时及时消毒，消毒方法应循产品说明书，消毒剂或消毒方法应与设备材质兼容。

（三）经空气传播疾病患者的转运管理

1、有条件时，应使用负压转运车，非负压转运车应保持转运途中通风良好。

2、病情允许时，患者应戴医用外科口罩。

3、指导患者遵循呼吸道卫生。

4、转运中避免进行产生气溶胶的操作。

5、转运结束后，及时对车辆进行终末消毒。

十一、救护车医院感染管理制度

根据《消毒技术规范》对救护车接送不同病种病人后要进行消毒处理，院感办特制定关于救护车的消毒管理方式及要求，也是控制交叉感染重要环节。要求熟练掌握消毒隔离制度及自我防护知识，并对

每次消毒情况进行登记，实行消毒管理责任到人。车内应该备有可移动紫外线消毒车或固定紫外线灯管、消毒喷洒壶、含氯消毒剂或 75% 酒精、一次性手套或乳胶手套、医用外科口罩或防护口罩、帽子、鞋套、隔离服或防护服、带盖黄色医疗废物桶、黄色医疗废物袋等。

一、消毒方法

1、接送普通病人的消毒：先对车内进行湿式拖扫，处理车上各种医用垃圾专用医疗垃圾袋送医废暂存点，再用含有效氯 500 mg / L 的消毒液对车上的坐垫、急救箱、血压计等进行擦拭消毒，三十分钟后再用清水擦拭，然后关闭门窗，用专用紫外线车对救护车进行消毒 30 分钟。

2、接送传染病病人或疑似传染病病人的消毒：用车后立即进行消毒处理。先清理车内各种垃圾（同上），然后用含有效氯 1000 mg / L 的消毒液对车上所有物品进行擦拭消毒，再用喷壶向车内喷洒含有效氯 1000 mg / L 的消毒液，敞开担架，更换被褥，关闭所有门窗，再用紫外线消毒 60 分钟后开窗通风。有呼吸道传染病的患者尽量开窗通风，患者病情容许情况下宜戴医用外科口罩。

二、自我防护

因为救护车是特殊专用运输工具，要将救护车上所有物品均视为污染物品、消毒剂对人体有一定的危害，故建立自我防护意识和采取有效防护措施非常重要，消毒前要戴好一次性帽子、一次性防护口罩、手套、鞋套，必要时戴上护目镜或防护面屏，穿隔离服或防护服。产

生的垃圾按照感染性医疗废物处置，放在套有双层黄色垃圾袋带盖的黄色医疗废物桶里。

十二、医院候诊区消毒隔离制度

1、候诊区（包括门诊、各诊区及住院部各候诊区）随时保持清洁，湿式清扫每日至少 2 次，人流量多时应增加清洁与消毒频次。

2、候诊区应有通风设施，保持空气新鲜，在冬春季节呼吸道疾病流行时，应加强空气消毒。

3、候诊区内的物体表面如候诊椅、窗口及台面、门把手、水龙头等公共设施每日擦拭清洁 2 次，遇有传染病流行时期，用 500mg/L 含氯（1：100）消毒液擦拭消毒。消毒剂的选择应考虑其对物体表面的腐蚀性等因素。

4、如遇有血液、体液、排泄物等污染时，应先去除污染，局部用 1000mg/L 含氯（1：50）消毒液消毒。

5、卫生间应随时保持清洁。在夏秋季节肠道传染病流行期间，应加强消毒，每日用 1000mg/L 含氯（1：50）消毒液喷洒、擦洗便池。

6、候诊区内禁止吸烟及从事污染环境的其他活动，不得在候诊区内出售商品和食物。

十三、医用织物洗涤消毒管理制度

1. 洗衣房应独立设置，周围环境卫生整洁，远离诊疗区域。

2、洗衣房建筑布局合理，标识明确，通风、采光良好。分别设有污染区和清洁区，两区之间应有完全隔离屏障，污染区和清洁区应分别设置洗手设施。

3、洗衣房负责各科室医用织物、职工工作服回收、洗涤消毒、晾晒、质量控制和定期更换。认真做好下收下送工作，做好收送物品的登记工作。交接记录应具有可追溯性，记录的保存期应 ≥ 6 个月。

4、根据医用织物使用对象和污渍性质、程度不同，应分机或分批洗涤、消毒。回收的医用织物类与职工工作服装分类存放、分开洗涤。回收的医用织物与发放洗涤消毒后医用织物应当分区管理，做到洁物、污物分开。

5、严格按照洗涤消毒标准操作规程执行，做好个人防护，对洗涤消毒后的医用织物进行妥善保管并及时提供临床使用，清洗合格率应达到 100%。清洁衣物的储存区应清洁干燥，无霉菌滋生。

6、应有专人从事医用织物洗涤消毒管理工作。做到折叠整齐、规格统一、堆放有序、分门别类、科室明确、账物相符。

7、严格控制医用织物受损，可修补使用的由洗衣房送缝纫组修补后使用；严格做好节约水电，抓好内部管理，抓好安全生产。加强各种设备的维护保养；认真落实安全保卫制度。

8、加强洗衣房工作人员医院感染基础知识培训，熟练掌握医用织物洗涤消毒技能。

9、每天工作结束后应对污染区的地面与台面进行拖洗/擦拭。

十四、食堂医院感染管理制度

（一）人员管理

1、工作人员上班时衣、帽、工作服干净整洁，保持个人卫生，勤剪指甲、勤洗手。

2、工作人员上岗前必须经过食品卫生知识、消毒隔离知识和岗位职责的培训。

3、工作人员必须经过从业前的体格检查，建立个人健康档案，每年体检一次。对有消化道传染病、化脓性皮肤病应调离工作岗位。

（二）卫生保洁措施

1、室内布局合理，厨房与辅助用房分开，厨房内布局应做到生进熟出一条龙。

2、厨房内应有防蚊蝇、防尘、防鼠、防蟑螂设施。洗抹布、肉、菜的水池应分开，用后及时清理，保持清洁卫生。

（三）食品卫生管理

1、保持食品的清洁卫生，防止食品在加工、运输、分发过程中被污染。

2、食品应按未处理品、半成品、成品分别放置，生、熟食品分开。应有防毒、防鼠、防蝇、防虫和控制温湿度的设施，严禁污染、变质食品入库。

3、操作台面、切菜板、菜刀等做到生、熟分开；冰箱应定期擦拭，保持清洁，必要时用消毒液擦拭消毒。公用餐具用后必须消毒备用。

4、食品的制作过程必须严格执行卫生标准,熟食不得长时间存放。对剩余饭菜,特别是肉、鱼类在食用前必须检查,彻底加热后方可食用。

(四) 消毒隔离

1、室内保持清洁,通风良好,每周彻底大扫除一次,有灭蟑螂、蚊蝇、老鼠等虫媒的措施。

2、厨房的门、窗、桌、餐具、地面每日擦拭或清洗,餐具用后尽可能放入柜橱内,拖布分室使用、放置。

3、配餐室的台面,在配餐前后应用清水擦拭,抹布每次用后应清洗消毒。

4、参加售饭和送饭人员必须衣帽整洁,戴口罩,洗净双手,再分发食品。

5、送病区的食具用后应刷洗消毒,可选择蒸气消毒 15min 后备用,洗碗用的布料每次用后与餐具一起消毒。

6、送饭车使用前后应擦拭干净,每周用洗涤剂彻底刷洗一次。

十五、医院空气净化系统感染管理制度

(一) 目的

规范医院空气洁净系统的管理,保证空气净化效果。

(二) 内容

1、后勤部负责空气洁净系统的维护、保养并记录。使用科室按要求做好回风口的检查,每日检查洁净系统运行后室内显示的各项指标

的达标情况，并有记录，发现问题及时与后勤部联系。院感科对洁净系统的使用、维护保养及监测工作进行监督。

2、风机组维护与保养

(1) 粗效滤网宜每 2 天清洁一次，1~2 月更换一次。

(2) 中效过滤器宜每周检查一次，3 个月更换一次，发现问题及时更换。

(3) 亚高效过滤器宜每年更换，发现污染和堵塞及时更换。

3、循环机组维护与保养

(1) 粗效滤网宜每周清洗 1 次，1~2 周更换一次。

(2) 中效滤网每月更换 1 次。

(3) 高效滤网 2 年更换 1 次。

4、风口维护与保养

(1) 末端高效过滤器宜每年检查一次，当阻力超过设计初阻力 160Pa 或已经使用 3 年以上时更换。

(2) 洁净区域回风口过滤网每周清洗消毒一次，每年更换。特殊污染及时更换，并用消毒剂擦拭回风口内表面。

(3) 排风口过滤网每月清洗一次，送风口每月擦拭一次。

(4) 中效过滤器每年更换，发现污染和堵塞及时更换。

5、其它维护与保养

(1) 每日检查洁净系统机组环境及运行情况。

(2) 每周检查制冷情况下冷凝水接水盘的排水管，发现脏堵应及时处理。

(3) 每月检查新风口的防虫网、防雨装置及风道与新风口的衔接密封性，有损坏或异常情况及时处理。

(4) 每月对洁净机组内部设备如温度传感器、灭菌灯等进行清洁消毒。

(5) 每季度检查并维护表冷器/换热器翅片和循环水系统，包括清洗过滤器、盘管内腔除垢等。

(6) 每年进行相关检测，当高效过滤网更换后，还应增加对过滤器滤芯及其安装边框完整性验证。

6、更换负压洁净手术室排风高效过滤器时，应佩戴护目镜、口罩和防护手套操作，以减少感染风险。更换下排风高效过滤器应按感染性废物处理。

十六、医院中央空调通风系统管理制度

(一) 目的

保证输送空气的卫生质量，预防空气传播性疾病在医院内的传播。

(二) 内容

1、相关职责 (1) 总务后勤科负责集中空调通风系统的日常维护与管理，对维护保养人员进行中央空调和通风系统的使用、维护、保养及消毒相关法规、标准等知识的培训。

(2) 院感办对中央空调和通风系统维护保养及监测工作进行监督。

(3) 使用部门检查中央空调和通风系统运行后室内显示的各项指标的达标情况，发现问题及时与总务后勤科联系。

2、中央空调和通风系统的安装应符合《公共场所集中空调通风系统卫生规范》和相关卫生标准的要求。

3、中央空调和通风系统的新风应直接来自室外，严禁从机房、楼道及天棚吊顶等处间接吸取新风。新风口应当远离建筑物的排风口、开放式冷却塔和其他污染源，并设置防护网和初效过滤器。

4、中央空调和通风系统应具备应急关闭回风和新风的装置、控制空调系统分区域运行的装置、空气净化消毒装置、供风管系统清洗、消毒用的可开闭窗口。

5、新建、改建、扩建的中央空调和通风系统进行预防空气传播性疾病卫生学评价，评价合格后可投入运行。

6、总务后勤科负责中央空调的卫生管理工作及相关卫生知识培训，建立健全中央空调和通风系统的卫生管理制度，并张贴在空调主机房。

7、空调机房内应保持清洁、干燥，严禁存放无关物品。

8、医院中央空调系统应按要求进行清洗消毒，并有记录。

(1) 每年清洗空气处理机组、新风机组、风机盘管、表冷器、加热（湿）器、冷凝水盘等。

(2) 空气过滤器的检查、清洗消毒及更换周期。

过滤器种类	检查周期	评价指标	管理要求
新风入口过滤器	7d（多风沙地区宜更短）	网眼被堵塞）50%	清洗并消毒

重复使用型粗效过滤器	20d	网眼被堵塞〉 50%	清洗并 消毒
一次性使用型粗效过滤器	≤2 个月	阻力高于额定 初阻力 50Pa	更换
中效过滤器	≤4 个月	阻力高于额定 初阻力 60Pa	更换

(3) 出现冷凝水中检出嗜肺军团菌，送风卫生指标不符合要求，风管表面积尘量、细菌总数不符合要求时应对集中空调系统的相关部件进行清洗消毒处理。

(4) 集中空调通风系统相关清洗消毒及效果监测见附件。

9、集中空调通风系统卫生检测：

(1) 以下检测项目每年至少进行一次。

①冷凝水嗜肺军团菌监测。

②送风卫生检测：包括 PM10、细菌总数、真菌总数、β 溶血性链球菌及嗜肺军团菌。

③风管内表面积尘量、细菌总数、真菌总数。

(2) 每 2 个月对空气处理设备的空气消毒装置、过滤器、换热器盘管、凝结水盘以及设备的箱体内壁表面进行微生物污染状况检测。

10、集中空调通风系统导致或者可能导致空气传播性疾病时，应及时关闭所涉及区域的集中空调通风系统，并按疾病预防控制机构的要求对所涉及区域及其集中空调通风系统进行消毒处理。消毒处理的集中空调通风系统，检测合格后方可重新启用。

11、总务后勤科应建立中央空调系统安全应急预案，应急事件发生时，按要求启动该应急预案。

十七、医院污水处理感染管理制度

1. 医院内的医疗、病房内的生活污水，都要经过医院污水处理站做无害化的消毒处理后并达标（医院污水预处理排放标准），方能排向市污水处理厂的管网，严禁将未作处理的污水直接排放。

2. 医院污水处理站直属总务后勤科管理，污水站应 24 小时不间断运转设备，实行专门岗位，由经培训、考试合格的专业人员操作运行。

3. 处理后污水的检测：

（1）污水站操作人员对处理后的污水抽取水样进行检测，每天不少于两次监测污水总余氯，并将检测结果（余氯、PH 值）作详细记录，每月定期上报卫健委。工作人员做好自身防护，采集污水时戴手套，操作后洗手。

（2）肠菌群（MPN/L）的情况。

（3）按照卫健委、环保局的规定，自觉配合上级主管部门的监督抽样检测，每季度不少于一次，要求所检项目全部合格排放。每年做好致病菌（沙门氏菌、志贺菌）检测，不得少于 2 次。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。

(4)对消毒设备进行定期检修维护保养,对污水池进行定期清洗、消毒(每年一次以上),确保污水处理设备运行安全可靠。

4、对自检、院检、上级部门的监督检测等过程中发现超标指数的,在及时上报主管院领导、科领导的同时,应积极采取措施,严格监督设备的运行情况、投放消毒药物的情况、污水池的清洁情况等并做到达标排放,如遇特殊情况及时报告上级监督部门并在专业人员的指导下及时整改。

5、遇到设备检修或其他原因需停止运行的,要及时向上级部门(卫健委、疾控中心)汇报备案,并加强对排出污水的监督检测。

十八、医院感染质量控制与考评制度

为了预防和控制医院感染,提高医疗与护理质量,将医院感染管理工作,作为医院综合目标管理考评项目,按照医院感染管理标准、制度,对全院各临床科室进行定期与不定期质量考核。具体操作如下:

1、开展前瞻性监测工作,对临床住院病例进行动态监控,监控率为100%。对住院患者医院感染及其相关危险因素进行监测、分析和反馈,针对存在的问题提出控制措施并督导实施。

2、每季度对医院感染发生的状况进行调查、统计分析,定期将结果向医院感染管理委员会和分管院长汇报。

3、对临床出现的聚集性医院感染病例,按照医院感染暴发预案,上报医院感染管理委员或分管院长,并立即开展流行病学调查分析、提出有效的控制措施,写出总结报告。

4、每季对消毒灭菌药械、一次性使用无菌医疗器械、器具的购置随机抽样督查，对其保存及使用情况进行现场指导，发现问题及时上报医院感染管理委员会处理。

5、每月不定期对医院的消毒隔离、无菌技术操作、医疗废物管理等工作进行监督并提供指导。

6、每季度定期对重点区域进行消毒灭菌效果及环境卫生学的抽样检查，督查临床按各项规章制度落实到位。

7、每季将全院耐药菌情况反馈全院。针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。

8、对医院的建筑设计、重点科室建设的基本标准、基本设施和工作流程进行审查并督导实施；对医院感染的重点部门、重点环节、重点流程、危险因素等采取干预措施。

9、每月将按综合目标考核表进行量化考核，对不符合医院感染质量要求的扣分值，扣当月奖金。

10、每次督查结果院感办以口头、电话或书面的形式立即反馈相关科室，督促整改达标；加强临床医务人员医院感染相关知识培训工作。

十九、不同传播途径疾病隔离与预防制度

一、隔离原则

1、在标准预防的基础上根据疾病的传播途径（接触传播、飞沫传播、空气传播和其他途径传播），选择不同的防护措施。

2、一种疾病可能有多种传播途径时，应在标准预防的基础上，采取相应传播途径的隔离与预防。

3、隔离病房应有隔离标志，并限制人员的出入。黄色为空气传播的隔离，粉色为飞沫传播的隔离，蓝色为接触传播的隔离。

4、传染病患者或可疑传染病患者应安置在单间隔离房间。

5、当条件限制是同一种病原体感染的患者可安置在同一病房。

二、接触传播的隔离与预防

1、接触经接触传播疾病如肠道感染、多重耐药菌感染、皮肤感染等的患者，在标准预防的基础上，还应采用接触性传播的隔离与预防。

2、患者的隔离：

(1)限制患者的活动范围。

(2)减少转运：如需要转运时，应采用有效措施减少对其他患者、医务人员和环境表面的污染。

3、医务人员的防护

(1)接触隔离患者的血液、体液、分泌物、排泄物等物质时，应戴手套；离开隔离病室前、接触污染物品后应摘除手套、洗手和或手消毒。手上有伤口时应戴双层手套。

(2)进入隔离病房，从事可能污染工作服的操作时，应穿隔离衣；离开病室前，脱下隔离衣，按要求悬挂，每天更换清洗与消毒；或使用一次性隔离衣，用后按医疗废物管理要求进行处置。接触甲类传染病应按要求穿脱防护服，离开病室前，脱去防护服，防护服按医疗废物管理要求进行处置。

三、空气传播的隔离与预防

1、接触经空气传播的疾病，如肺结核、水痘等，在标准预防的基础上，还应采用空气传播的隔离与预防。

2、患者的隔离：

(1)无条件收治时，应尽快转运至有条件收治呼吸道传染病的医疗机构进行收治，并注意转运过程中医务人员的防护。

(2)当患者病情容许时，应戴外科口罩，定期更换，并限制其活动范围。

(3)严格空气消毒。

3、医务人员的防护：

(1)严格按照区域流程，在不同的区域，穿戴不同的防护用品，离开时按要求摘脱，并正确处理使用后的物品。

(2)经确诊或可疑传染病患者房间时，应戴帽子、医用防护口罩；进行可能产生喷溅的诊疗操作时，应戴护目镜或防护面罩、穿防护服；当接触患者及其血液、体液、分泌物、排泄物等物质时应戴手套。

(3)正确穿戴防护用品。

四、飞沫传播的隔离与预防

接触经飞沫传播的疾病，如百日咳、白喉、流线性感冒、病毒性腮腺炎、流行性脑脊髓膜炎等，在标准预防的基础上，还应采用飞沫传播的隔离与预防。

1、患者的隔离：

- (1)遵循不同传播途径疾病的隔离原则要求对患者进行隔离与预防。
- (2)应减少转运；当需要转运时，医务人员应注意防护。
- (3)患者病情容许时，应戴外科口罩，并定期更换。应限制患者的活动范围。
- (4)患者之间、患者与探视者之间相隔距离在 1m 以上，探视者应戴外科口罩。
- (5)加强通风，或进行空气消毒。

2、医务人员的防护：

- (1)应严格按照区域流程，在不同的区域，穿戴不同的防护用品，离开时按要求摘脱，并正确处理使用后的物品。
- (2)与患者近距离（1m）以内接触，应戴帽子、医用防护口罩；进行可能产生喷溅的诊疗操作时，应戴护目镜或防护面罩，穿防护服；当接触患者及其血液、体液、分泌物、排泄物等物质时应戴手套。

二十、传染病相关医院感染预防与控制制度

一、组织管理：院感办负责拟定传染病三种途径医院感染预防控流程，对医师、护士、清洁工等进行医院感染知识的培训，对救治全过程医院感染控制实施全方位监管，对防护用品、复用物品进行质量监管，对外来设备的消毒管理进行技术指导。

二、疫情前管理：负责对参与传染病诊疗的部门实施全过程的医院感染控制具体指导与监管。根据季节性传染病相关特点，针对性地

进行传染病医院感染防控及职业防护系列培训。培训对象包括医、护、检、特检、护工、保洁、医疗废物处置人员等。掌握消毒设备、防护用品、消杀药品的储备情况：根据疫情研判情况，建立防护用品储备，包括病房储备、设备科库房储备、供货商储备，并落实到位，有记录。医疗废物处置工作保障：及时、安全转运医疗废物。

三、过程管理：传染病医院感染监管：积极开展重点环节，重点人群与高危险目标医院感染监测，控制并降低传染病院内感染风险。当出现传染病病例时，临床经治医师应及时报告院感办，院感办第一时间到达现场进行调查处理，采取有效措施，避免医院感染的聚集发生。消毒、隔离监管：应根据传染病的传播途径、疾病特征采取可靠的预防控制措施。院感办现场指导隔离方式、消毒工作等，促进各项措施的落实。监督化学消毒剂、空气消毒机、气溶胶喷雾器等消毒液、消毒设备正确使用及定期维护。疫情后指导科室对环境、仪器设备等的终末消毒及消毒效果监测。手卫生依从性监管：各科室配备充足、合格的洗手液、纸巾、快速手消毒剂，非手触式水龙头便捷、有效，张贴洗手图示。院感防控人员应及时掌握医务人员手卫生执行情况，定期进行卫生手消毒效果监测。职业防护、职业暴露处置监管：督查防护用品配备及质量，根据传染病特点进行职业防护指导。对职业安全及职业暴露进行评估，实施和调整控制措施。病房保洁监管：对保洁员工作质量进行监督、评价，实施指导，保证保洁效果，避免因保洁导致的环境污染。监督医疗废物的分类、收集、转运及登记。感染隐患追踪：当怀疑感染与环境质量相关时，进行相应致病微生物检测。

当怀疑感染与防护相关时，要对防护用品、防护措施、执行力进行检查。如出现传染病医院感染发生，应会同相关科室进行调查分析，评估措施的有效性，做出总结和改进。知识培训：对救治过程中发现的不符合院感防控要求的问题，要结合临床工作特点，提出整改措施，采取不同形式，对不同人员予以培训。

四、疫情结束后的总结与质量持续改进在疫情结束后，要认真总结组织管理中存在的问题并分析找出原因所在，总结经验和不足，及时修订、完善各项制度、预案，完成资料的整理和存档。

二十一、发热门诊消毒隔离制度

1、发热门诊位置相对独立，建筑布局合理，标识清楚，工作流程明确。设置独立的诊室、治疗室、隔离留观室、隔离病室等。

2、医务人员进入室内必须穿工作服（或洗手衣），医用隔离服或防护服、戴医用防护口罩、橡胶手套、一次性帽子、一次性鞋套或靴套，必要时戴护目镜或防护面屏。如进行呼吸道标本采集、吸痰等产生气溶胶操作时要佩戴护目镜或防护面屏。

3、各区应配备必要的医疗、防护设备和手卫生设施，安装非手触式水龙头。医护人员每诊疗、护理一个病人和接触污染物品后，应严格进行手卫生，必要时戴手套。

4、严格遵循《医院消毒隔离技术规范》，在实施标准预防的基础上，根据病原体传播途径，采取相应的消毒隔离措施，为就诊的呼吸道发热病人提供口罩。

5、发热门诊诊室内要加强开窗通风，每日开窗通风不少于 4 次，每次不少于 1 小时；空气消毒机进行空气消毒每天不少于 4 次，每次 1 小时，消毒时间与方法参照厂家使用说明。通风良好的病室，在注意保暖的同时，加强开窗通风。每班至少开窗通风一次，每次不少于 60 分钟；通风不良病室或无法开窗通风时，使用符合国家标准空气消毒机进行空气消毒，每班一次，消毒方法参照厂家说明，适当延长。

6、物体表面、地面应每天清洁消毒 4 次，用含有效氯 1000mg/L 的含氯消毒剂消毒，作用 30 分钟。遇污染时，先去除污染再使用含有效氯 2000mg/L 的含氯消毒剂消毒。用后的抹布、拖布，使用 1000mg/L 含氯消毒剂浸泡，作用 30 分钟，清洗干燥后备用。

7、护目镜：使用后采用 1000mg/L 的含氯消毒剂浸泡 30 分钟后，清洗干燥后备用。一次性使用的医疗用品按照感染性医疗废物处置。

8、病人用物处理

尽量使用一次性医疗用品。重复使用的医疗用品，做到专人专用。

（1）体温计一人一用一消毒，使用后放在 75%酒精或 1000mg/L 有效氯消毒剂浸泡消毒 30 分钟，清洁后干燥保存；听诊器、血压计使用后用 75%酒精、1000mg/L 的双链季铵盐消毒湿巾或 1000mg/L 含氯消毒剂彻底擦拭消毒，血压计袖带遇污染应进行清洗消毒，晾干备用。

（2）患者使用的床单、被罩等物品，按感染性织物收集，标识清楚，交洗衣房。洗衣房用 1000mg/L 含有效氯消毒剂浸泡消毒半小时后，专机清洗干燥。

（3）患者使用后的可复用高度、中度危险物品，用后应当立即用

1000mg/L 的含氯消毒剂浸泡消毒 30 分钟后，密闭包装，做好标识、单独交接，交由消毒供应中心集中处置供应。若可疑接触呼吸道分泌物，用后应当立即用 2000mg/L 的含氯消毒剂浸泡消毒 30 分钟后，再按上述流程与消毒供应中心交接。

（4）呼吸治疗装置尽可能使用一次性使用物品。呼吸机表面清洁后，用 1000mg/L 的含氯消毒剂擦拭消毒，遇污染时及时清洁消毒。

（5）推车、担架等物品使用后清洁消毒，用 1000mg/L 含氯消毒液消毒剂擦拭，作用 30min 后用清水擦净备用。

9、患者病室及医疗过程中产生的所有废物均应按医疗废物进行处置，执行医院《医疗废物管理制度》，置于双层黄色医疗废物袋中，有效封口，贴上明显标签，外表面可疑污染时需加套医疗废物袋，严防渗漏、专人收集专线密闭转运。

10、终末消毒

病人出院、转院、死亡后，病室必须进行终末消毒。

二十二、肠道门诊消毒隔离制度

一、诊室和治疗室固定医护人员，并进行上岗前的培训，熟悉《传染病防治法》的有关规定。

二、工作场所保持空气流通，经常通风换气，动态空气消毒每日二次，每次一小时。

三、医务人员进入肠道门诊应穿工作服、戴口罩、戴帽子、必要时穿隔离衣、戴乳胶手套。

四、医务人员在每次接触病人后及各项操作前应按七步洗手法进行手的清洗；确因无法洗手时使用快速手消毒剂（按需配备能有效杀灭相应病原体的消毒剂）。

五、环境及各种医疗物品、物体表面、病人排泄物等消毒方法：

1、空气

（1）开窗通风，保持空气流通。

（2）动态空气消毒机每日消毒 2 次，每次 1 小时。

2、地面

地面湿式拖扫，用 500mg/L 含氯消毒剂拖地每日 2 次，污染时随时进行，拖把分室有标记。

3、物体表面

桌、椅、柜、门（门把手）、窗、病历夹、医用仪器设备（有特殊要求的除外）、玩具等物体表面用 500mg/L 含氯消毒剂擦拭消毒，作用 30 分钟，每日 2 次，必要时随时擦拭，抹布应分类。

4、病人残余食物、饮具用 500mg/L 有效氯消毒液浸泡 30 分钟。

5、病人使用的被褥、衣服、口罩等定时消毒，在阳光下暴晒或煮沸 20 分钟或用 500mg/L 有效氯消毒液浸泡 30 分钟。

6、病人粪便、排泄物、分泌物

（1）病人排泄物、分泌物要及时消毒处理。

（2）设置加盖容器，装足量 1000mg/L 有效氯消毒液与粪便充分搅拌，作用 120 分钟后倒入卫生间。如所处区域污水进入医院污水处理系统，则无需初消毒，可直接排入卫生间。

- 7、盛放排泄物的容器用 500mg / L 有效氯消毒液浸泡作用 120 分钟。
- 8、生活污水用 500mg / L 有效氯消毒液浸泡作用 120 分钟。医疗废物的处置参照发热门诊相关要求。

二十三、中医治疗室消毒隔离制度

- 1、每天治疗结束后，用 500mg/L 的 84 消毒液擦拭工作台面、拖地、然后用紫外线照射消毒，每周清洁大扫除一次。
- 2、做各种治疗需戴口罩、帽子、严格执行无菌操作规程。
- 3、无菌物品放置专柜，过期重新灭菌。
- 4、碘酒、酒精开启后注明开启时间与责任人，并密闭保存，使用时间不超过 7 天。容器每周灭菌 2 次，常用无菌敷料罐应每天更换并灭菌，置于无菌储槽中的灭菌物品（棉球等）一经打开，使用时间最长不超过 24 小时。
- 5、器械使用后按《消毒隔离技术》规范要求，一次性物品一次性使用，高度危险性物品达到灭菌水平，中度危险性物品达到中水平以上消毒水平，低度危险性物品达到低水平消毒以上水平。
- 6、无菌持物钳干式保存，持物钳、干罐等器械使用后送供应室高压灭菌，每 4 小时更换一次，并注明启用日期和时间
- 7、医疗废物按照规定做好分类、收集、登记等工作，由暂存点人员统一回收处理。

第六部分 中医医疗技术感染防控制度

一、中医医疗技术感染预防与控制制度

1、中医诊室内布局合理，光线充足，每天 ≥ 2 次自然通风，保证室内空气流通。如接诊呼吸道传染病患者，嘱患者戴口罩，接诊后应进行紫外线空气消毒。

2、中医治疗区域应配备洗手设施、洗手流程图及图示，配置充足的手卫生物品。治疗车上配备免洗手消毒剂。

3、环境卫生遵循先清洁、再消毒的原则，采取湿式卫生的方法。诊疗床、诊疗椅、治疗车等物体表面及地面无明显污染时采用清水清洁为主，每日2次。发生血液、体液、排泄物、分泌物等污染时，先采用可吸附的材料将其清除，再用有效氯500mg/L的含氯消毒液擦拭，作用30分钟。

4、床单位用物等直接接触患者的一人一用一更换。被血液、体液、分泌物、排泄物等污染时立即更换。

5、各类中医操作消毒隔离要求：

（1）各类操作前后严格执行手卫生，操作人员手部皮肤破损、接触患者血液、体液、排泄物、分泌物或有感染性的物质时，戴手套。

（2）中医针刺类操作前检查针具包装是否完好，确保有效期内使用，无菌针具包装打开后超过4小时不应继续使用。严格执行无菌操作规程。使用络合碘棉签以针刺部位为中心，由内向外缓慢旋转，逐步涂擦，消毒面积 $\geq 5\text{cm} \times 5\text{cm}$ ，消毒2遍，消毒棉签一穴一换，不得使用同一个消毒棉签擦拭2个以上部位，起针后使用无菌棉签按压止

血。火针、三棱针、皮肤针等治疗后，嘱患者 24 小时内局部皮肤避免沾水。一次性针具一人一穴一用一废弃，按损伤性医疗废物处理，直接放入耐刺、防渗漏锐器盒中，集中处置，严禁重复使用。（3）中医微创类操作前检查诊疗器械、微创器具、埋线器具等物品的包装是否完整、在有效期内。无菌包装超过 4 小时不应继续使用。医务人员应当戴帽子、外科口罩、无菌手套，穿无菌手术衣。施治部位应铺无菌单。微创操作时消毒以针刺部位为中心，络合碘棉签由内向外缓慢旋转，逐步涂擦共 2 次，消毒范围直径应 $\geq 15\text{cm}$ ，遵循微创诊疗操作规范，结束后清理创口的血渍，按压止血后使用无菌敷料覆盖，叮嘱患者避免沾水。微创治疗中使用的医疗器械、微创器具等医疗用品必须达到灭菌水平。一次性微创针具按照损伤性医疗废物处理，可重复使用的微创器具遵循“清洗—修针—整理—灭菌—无菌保存”程序处理。

（4）刮痧类操作前后清洁患者刮痧部位皮肤，刮痧类器具保持圆润、光滑、清洁，不得有粗糙、毛刺等。重复使用的刮痧器具一人一用一清洁消毒，使用后先用流动水刷洗，必要时使用清洁剂去除油渍，再用 500mg/L 含氯消毒液浸泡 ≥ 30 分钟。刮痧器具如被血液、体液污染时应及时去除污染物，再用含有效氯 2000mg/L—5000mg/L 消毒浸泡 ≥ 30 分钟，清水冲洗，干燥保存。存放容器每周清洁消毒一次，遇污染随时清洁消毒。

（5）中医拔罐类操作前检查火罐包装、有效期，罐口是否平整、光滑。针罐或刺络拔罐时局部使用络合碘棉签消毒 2 遍，针刺部位为中心，由内向外缓慢旋转，逐步涂擦，消毒面积 $\geq 5\text{cm} \times 5\text{cm}$ ，消毒次

数 2 遍，消毒棉签一穴一用。起罐后保持治疗部位清洁、干燥，如有皮肤破损应用无菌敷料覆盖。使用后的罐类由消毒供应中心集中处置。

(6) 中医敷熨熏浴类操作前检查穴位贴敷部位皮肤应完整、清洁。敷熨熏浴类器具保持清洁。穴位贴敷使用的胶布、纱布应一人一用一丢弃。中药干热熨使用布套专人专用。湿性药熨法及中药冷敷直接接触皮肤的毛巾、纱布应一人一用一更换，使用后清洗和消毒。中药熏蒸使用过的熏蒸床以 500mg/L 含氯消毒液擦拭，熏蒸室每晚紫外线照射 1 小时。中药泡洗容器内应套一次性清洁塑料套一人一用一更换，不得重复使用。使用后将一次性清洁塑料套连同药浴液一并去除，避免药浴液遗撒容器内。药浴容器一人一用一清洁。

(7) 中医灌肠操作前检查器具的包装是否完整及是否在有效期内，操作前后实施手卫生，操作过程中戴一次性医用手套，治疗前后病人须清洁肛周，使用流动水及皂液冲洗肛周。操作中遵循灌肠诊疗操作规范，避免损伤肠道粘膜及出血。一次性器具一人一用一废弃，按医疗废物处理，可重复使用的器具遵照“清洗—高水平消毒—清洁保存”程序处理，严格一人一用一消毒。

(8) 中医针灸类技术和推拿类操作前后做好手卫生，因施灸不慎灼伤皮肤，局部出现小水泡，不需特殊处理，避免摩擦，防止破损，任其吸收。如水泡较大，可用消毒毫针刺破水泡，放出水液，再适当外涂烫伤油或无菌敷料覆盖，保持疮面清洁。推拿使用的治疗巾应专人专用。

6、职业暴露的预防与处理

(1)医务人员应遵循标准预防的原则,诊疗中正确使用防护用品,熟知利器伤事件处理报告流程等。(2)一旦发生锐器刺伤情况,立即用皂液和流动清水清洁被污染的局部。尽可能挤出损伤处的血液。用75%的乙醇或0、5%碘伏对伤口进行消毒处理。

(3)按照医院医务人员针刺伤处理流程及时上报相关部门,留存档案并追踪结果。

二、中医针刺类技术相关性感染预防与控制制度

1、本制度适用于毫针技术、耳针技术、三棱针技术、芒针技术、皮内针技术、火针技术、皮肤针技术、鍉针技术及浮针技术等。

2、医务人员必须熟练掌握中医针刺类技术诊疗操作规程,掌握中医针刺类技术相关性感染的预防要点,落实中医针刺类技术相关性感染的防控措施。有明显皮肤感染或者患感冒、流感等呼吸道疾病的医务人员,不应参与诊疗工作。

3、应教育患者注意个人卫生,建议其针刺治疗前洗头、沐浴,患呼吸道感染时建议其佩戴口罩。

4、诊室应具备良好的通风、采光条件。应根据季节、室内外风力和气温,适时进行自然通风和(或)机械通风保证诊疗场所的空气流通和换气次数。

5、依据《医疗机构环境表面清洁与消毒管理规范》WS/T512-2016的要求,物体表面应遵循先清洁、再消毒的原则,采取湿式卫生的方法,抹布等清洁工具使用后应及时清洁与消毒,干燥保存。或采用清

洁、消毒“一步法”完成的产品，如消毒湿巾。要求达到干净、干燥、无尘、无污垢、无碎屑、无异味。

6、诊桌、诊椅、诊床、地面等无明显污染时采用清水清洁为主，每天 2 次。发生血液、体液、排泄物、分泌物等污染时，应先采用可吸附的材料将其清除，再采用有效氯 500mg/L 的含氯消毒液擦拭，作用 30min，再用清水擦拭干净。

7、床单（罩）、被套、枕套等直接接触患者的用品应每人每次更换，亦可选择使用一次性床单。被血液、体液、分泌物、排泄物等污染时立即更换。被芯、枕芯、褥子、床垫等间接接触患者的床上用品，应定期清洗与消毒；被污染时应及时更换、清洗与消毒。

8、每间诊室应配备至少一套洗手设施、充足的手卫生及干手物品，包括流动水、非手触式水龙头、洗手液、免洗手消毒剂等，应配备洗手流程图及说明图，干手用品宜使用一次性干手纸巾。治疗车配备快速手消毒剂。

9、操作前严格执行无菌操作规程，检查针具的包装，确保完整无破损，有效期内使用。包装不应过早打开以防污染，无菌针具包装打开超过 4 小时不应继续使用。

10、针刺操作前应先遵照七步洗手法洗手，或快速手消毒剂消毒双手。为不同患者操作时应洗手或手消毒，接触患者血液、体液、分泌物或有感染性的物质时，应戴手套；接触患者黏膜、破损皮肤时，应戴无菌手套。

11、皮肤消毒可选用 75%乙醇溶液擦拭 2 遍，作用 3min~5min。

皮肤消毒范围：以针刺部位为中心，以涂擦为主，由内向外缓慢旋转，逐步涂擦，共 2 次，消毒皮肤面积应 $\geq 5\text{cm} \times 5\text{cm}$ ，消毒棉球应一穴一换，不得使用同一个消毒棉球擦拭两个以上部位。

12、操作中遵守针刺诊疗操作规范，尽量减少损伤及出血，操作结束后预防感染。针刺完毕，应用无菌棉球起针，按压止血。火针、三棱针、皮肤针等治疗后，嘱患者 24 小时内局部皮肤避免沾水。

13、一次性针具应使用符合相关标准要求的产品，必须一人一用一废弃，遵照《医疗废物管理条例》规定，按损伤性医疗废物处理，直接放入耐刺、防渗漏的专用利器盒中，集中处置，严禁重复使用。

三、中医刮痧类技术相关性感染预防与控制制度

1、本制度适用于刮痧技术、撮痧技术及砭石技术等。

2、医务人员必须熟练掌握中医刮痧类技术诊疗，掌握中医刮痧类技术相关性感染的预防要点，落实中医刮痧类技术相关性感染的防控措施。有明显皮肤感染或者患感冒、流感等呼吸道疾病的医务人员，不应参与诊疗工作。

3、应教育患者注意个人卫生，做到皮肤清洁，建议其刮痧治疗前沐浴，患呼吸道感染时建议其佩戴口罩。治疗部位存在皮肤感染、破损及出血倾向等，不宜进行刮痧治疗。

4、诊室应具备良好的通风、采光条件。应根据季节、室内外风力和气温，适时进行自然通风和（或）机械通风保证诊疗场所的空气流通和换气次数。

5、物体表面应遵循先清洁、再消毒的原则，采取湿式卫生的方法，抹布等清洁工具使用后应及时清洁与消毒，干燥保存或采用清洁、消毒“一步法”完成的产品，如消毒湿巾。要求达到干净、干燥、无尘、无污垢、无碎屑、无异味。

6、诊桌、诊椅、诊床、地面等应保持清洁。如果发生血液、体液、排泄物、分泌物等污染时应先用可吸附的材料将其清除，再采用有效氯 500mg/L 的含氯消毒液擦拭，作用 30min。

7、床单、枕巾、椅垫（罩）等直接接触患者的用品应每人次更换，亦可选择使用一次性用品。被血液、体液、分泌物、排泄物等污染时立即更换。被芯、枕芯、褥子、床垫等间接接触患者的床上用品，应定期清洗与消毒；被污染时应及时更换、清洗与消毒。

8、每间诊室应配备至少一套洗手设施及充足的手卫生用品，包括流动水、非手触式水龙头、洗手液、肥皂、免洗手消毒剂等，应张贴洗手流程图及说明图，干手用品宜使用一次性干手纸巾。治疗车配备快速手消毒剂。

9、医务人员应当按标准预防原则，穿工作服、必要时戴帽子、口罩、手套等。

10、医务人员应实施手卫生，遵循新版《医务人员手卫生规范》要求，操作前、后应分别按照七步洗手法洗手或手消毒。接触患者血液、体液、分泌物或有感染性的物质时，应戴手套；接触患者黏膜、破损皮肤时，应戴无菌手套。

11、患者的施治部位皮肤应完整没有破溃，刮痧部位可使用热毛

巾或一次性纸巾或生理盐水棉球或 75%乙醇棉球，进行清洁或消毒。

刮痧后应用清洁的纸巾、毛巾或棉球将刮拭部位的刮痧介质擦拭干净。

12、刮痧类器具有刮痧板（砭石、水牛角、玉石、陶瓷等材质），应圆润，光滑、清洁，不得有粗糙、毛刺等。

13、刮痧类诊疗操作中使用的医疗器械、器具、介质等应保持清洁，重复使用的刮痧器具应一人一用一清洁一消毒，宜专人专用。遇到污染应及时先清洁，后消毒。消毒方法和消毒剂选用应符合国家标准。

14、重复使用的刮痧器具，使用以后应先用流动水刷洗，必要时使用清洁剂去除油渍等附着物，做到清洁。依据刮痧器具不同的材质，选择适宜的方式进行清洗消毒处理，达到高水平消毒。消毒方法和消毒剂选用要符合国家标准。可采用含有效氯 500mg/L~1000mg/L 的溶液浸泡，大于 30min；也可用热力消毒，应符合 A0 值 3000（温度 90℃/5min，或 93℃/2、5min）。砭石等圆钝用于按压操作的器具，达到中水平消毒即可，可使用 75%的乙醇、碘类消毒剂擦拭消毒。遇有污染应及时去除污染物，再清洁消毒。刮痧器具如被血液、体液污染时应及时去除污染物，再用含有效氯 2000mg/L~5000mg/L 消毒液浸泡消毒大于 30 分钟，清水冲洗，干燥保存。

15、当日诊疗结束后，应将清洁消毒后的刮痧器具，放于清洁容器内干燥保存，容器每周清洁消毒一次，遇有污染随时清洁消毒。

16、刮痧润滑油应专人专用，保持清洁干净，按说明书使用。

四、中医拔罐类技术相关性感染预防与控制制度

1、本制度适用于留罐技术、闪罐技术、走罐技术、药罐技术、针罐技术及刺络拔罐技术等。

2、医务人员必须熟练掌握中医拔罐类技术诊疗操作规程，掌握中医拔罐类技术相关性感染的预防要点，落实中医拔罐类技术相关性感染的防控措施。有明显皮肤感染或者患呼吸道传染病时不应参加诊疗工作。

3、应教育患者注意个人卫生，保持皮肤清洁，建议其治疗前沐浴。患有呼吸道感染时建议其佩戴口罩。

4、诊室应具备良好的通风、采光条件。采用自然通风和（或）机械通风以保证诊疗场所的空气流通和换气次数。

5、物体表面应遵循先清洁、再消毒的原则，采取湿式卫生的方法，抹布、地巾等清洁工具使用后应及时清洁与消毒，干燥保存。或采用清洁-消毒“一步法”完成的产品，如消毒湿巾。要求达到干净、干燥、无尘、无污垢、无碎屑、无异味。

6、诊桌、诊椅、诊床、地面等无明显污染时清洁为主，每天2次。发生血液、体液、排泄物、分泌物等污染时应先用可吸附的材料将其清除，再采用有效氯500mg/L的含氯消毒液擦拭，作用30min。

7、床单、枕巾、椅垫（罩）等直接接触患者的用品应每人次更换，亦可选择使用一次性床单。被血液、体液、分泌物、排泄物等污染时立即更换。更换后的用品应及时清洗与消毒。被芯、枕芯、褥子、床垫等间接接触患者的床上用品，应定期清洗与消毒；被污染时应及时更换、清洗与消毒。

8、每间诊室应配备至少一套洗手设施及充足的手卫生用品，包括流动水、洗手池、皂液、速干手消毒剂及干手用品等。干手用品宜使用一次性干手纸巾。应配备洗手流程及说明图。治疗车配备快速手消毒剂。

9、操作人员应遵循标准预防原则，穿工作服，必要时佩戴帽子、口罩及手套等。操作前后均应洗手或手消毒，操作人员手部皮肤破损、接触或可能接触患者血液、体液、分泌物及其它感染性物质时应戴手套。

10、检查清洁、无菌物品，确保包装完整，无污迹，且在有效限期内使用。包装不应过早打开以防污染，无菌物品包装打开超过 4 小时不应继续使用。检查罐口是否平整、光滑。走罐所使用的润滑剂应保持清洁。

11、针罐或刺络拔罐时皮肤消毒范围：以针刺部位为中心，由内向外缓慢旋转，逐步涂擦，共 2 次，消毒皮肤面积应 $\geq 5\text{cm} \times 5\text{cm}$ ，消毒棉球应一穴一换，不得使用同一个消毒棉球擦拭两个以上部位。

12、操作中遵守拔罐类技术诊疗操作规程，尽量减少皮肤损伤及出血。起罐后保持治疗部位清洁、干燥，如有皮肤破损应用无菌敷料覆盖。

13、罐具直接接触患者皮肤，应一人一用一清洗一消毒，宜消毒供应中心集中处置。

14、医务人员应遵循标准预防原则，在诊疗及可复用器具的清洗消毒工作中，使用适宜的防护用品。

五、中医敷熨熏浴类技术相关性感染预防与控制制度

1、本制度适用于穴位敷贴技术、中药热熨敷技术、中药冷敷技术、中药湿热敷技术、中药熏蒸技术、中药泡洗技术及中药淋洗技术等。

2、医务人员必须熟练掌握中医敷熨熏浴类技术诊疗操作规程，掌握中医敷熨熏浴类技术相关性感染的预防要点，落实中医敷熨熏浴类技术相关性感染的防控措施。患有呼吸道传染病、感染性腹泻、皮肤破损感染等疾病时不应参加诊疗工作。

3、应教育患者注意个人卫生，患呼吸道感染时建议其佩戴口罩。

4、部分敷熨熏浴技术可治疗皮肤病外，敷熨熏浴诊疗规范中明确禁忌的皮肤创伤、溃疡、感染及出血倾向等，不宜进行相关诊疗。

5、治疗室应具备良好的通风、采光条件。采用自然通风和（或）机械通风保证诊疗场所的空气流通和换气次数。

6、物体表面应遵循先清洁、再消毒的原则，采取湿式卫生的方法，抹布等清洁工具使用后应及时清洁与消毒，干燥保存。或采用清洁、消毒“一步法”完成的产品，如消毒湿巾。要求达到干净、干燥、无尘、无污垢、无碎屑、无异味。

7、诊桌、诊椅、诊床等以采用清水清洁为主，必要时可采用清洁剂辅助清洁，清洁卫生频度 ≥ 2 次/日，必要时可以提高清洁频次。被患者体液、排泄物、分泌物等污染时，应先用可吸附的材料将其清除，再采用有效氯 500mg/L 的含氯消毒液擦拭，作用 30min。

8、床单、枕巾、椅垫（罩）等直接接触患者的用品应每人次更换，亦可选择使用一次性床单。被血液、体液、分泌物、排泄物等污染时

立即更换。更换后的用品应及时清洗与消毒。被芯、枕芯、褥子、床垫等间接接触患者的床上用品，应定期清洗与消毒；被污染时应及时更换、清洗与消毒。

9、应配备洗手设施及手卫生用品，包括流动水、非手触式水龙头、洗手液、免洗手消毒剂等，应配备洗手流程图及说明图，干手用品宜使用一次性干手纸巾。治疗车配备快速手消毒剂。

10、医务人员应当按标准预防原则，穿工作服、必要时戴帽子、口罩、手套等。

11、进行穴位敷贴时，贴敷部位皮肤应完整，洁净，如有污渍等皮肤不清洁状况，可用 75%乙醇棉球擦拭干净后再敷药。

12、敷熨熏浴类诊疗操作中使用的医疗器械、器具等应保持清洁，遇到污染应及时先清洁，后采用中、低效的消毒剂进行消毒。消毒方法和消毒剂选用应符合国家标准。

13、穴位敷贴技术

穴位敷贴使用的胶布、纱布应一人一用一丢弃，一次性使用。

14、中药热熨敷技术

干热熨法使用的布套或毛巾应一人一用一更换，使用后清洗和消毒。湿热熨法使用的毛巾、纱布应一人一用一更换，使用后清洗和消毒，若患处皮肤有破损，上述用品应一人一用一丢弃，如复用应达到灭菌水平；盛装药液的容器一人一用一清洁一消毒

15、中药冷敷技术

直接接触皮肤的纱布、毛巾应一人一用一更换，使用后清洗和消

毒，若患处皮肤有破损，上述用品应一人一用一丢弃，如复用应达到灭菌水平。

16、中药湿热敷技术

湿敷垫应一人一用一更换，使用后清洗和消毒，可采用湿热消毒，A0 值至少达到 600，相当于 80℃/10min，90℃/1min，或 93℃/30sec。盛装药液的容器一人一用一清洁一消毒。

17、中药熏蒸技术

患者每次使用过的熏蒸床以 500mg/L 含氯消毒溶液擦拭，与患者直接接触的熏蒸锅定时用 0、5%过氧乙酸溶液喷洒消毒，熏蒸室每晚紫外线照射 1 小时，紫外线灯应按国家相关规范安装和使用，定期进行强度监测。

18、中药泡洗技术

药浴容器内应套一次性清洁塑料套，盛装药浴液供患者浸泡药浴；药浴液及内置一次性塑料袋应一人一用一更换，不可重复使用；药浴容器一人一用一清洁，使用后清洗和消毒。使用后将一次性清洁塑料套连同药浴液一并去除，避免药浴液遗撒容器内，清水冲刷容器，去除残留的液体污渍。药浴容器污染后用含有效氯 500mg/L 的消毒剂，消毒刷洗药浴容器，消毒后的药浴容器应清洗后干燥保存。

六、中医灸类和推拿类技术相关性感染预防与控制制度

1、本制度适用灸类技术包括麦粒灸技术、隔物灸技术、悬灸技术、热敏灸技术、雷火灸技术及推拿类技术等。

2、医务人员必须熟练掌握中医灸类技术、推拿类技术诊疗操作，掌握中医灸类技术、推拿类技术相关性感染的预防要点，落实相关性感染的防控措施。有明显皮肤感染或者患呼吸道传染病时不应参加诊疗工作。

3、应教育患者注意个人卫生，保持皮肤清洁，建议其治疗前沐浴。患有呼吸道感染时建议其佩戴口罩。

4、诊室应具备良好的通风、采光条件。采用自然通风和（或）机械通风以保证诊疗场所的空气流通和换气次数。

5、物体表面应遵循先清洁、再消毒的原则，采取湿式卫生的方法，抹布、地巾等清洁工具使用后应及时清洁与消毒，干燥保存。或采用清洁-消毒“一步法”完成的产品，如消毒湿巾。要求达到干净、干燥、无尘、无污垢、无碎屑、无异味。

6、诊桌、诊椅、诊床、地面等无明显污染时清洁为主，每天至少2次。发生血液、体液、排泄物、分泌物等污染时应先用可吸附的材料将其清除，再采用有效氯 500mg/L 的含氯消毒液擦拭，作用 30min。

7、床单、枕巾、椅垫（罩）等直接接触患者的用品应每人每次更换，亦可选择使用一次性床单。被血液、体液、分泌物、排泄物等污染时立即更换。更换后的用品应及时清洗与消毒。被芯、枕芯、褥子、床垫等间接接触患者的床上用品，应定期清洗与消毒；被污染时应及时更换、清洗与消毒。

8、每间诊室应配备至少一套洗手设施及充足的手卫生用品，包括流动水、洗手池、皂液、速干手消毒剂及干手用品等。干手用品宜使

用一次性干手纸巾。应配备洗手流程及说明图。治疗车配备快速手消毒剂。

9、医务人员应穿工作服、必要时戴帽子、口罩，操作前后做好手卫生。

10、因施灸不慎灼伤皮肤，局部出现小水泡，可嘱患者衣着宽松避免摩擦，防止破损，任其吸收，一般 2~5 天即可愈合。如水泡较大，可用消毒毫针刺破水泡，放出水液，再适当外涂烫伤油或覆盖无菌纱布等，保持疮面清洁。

11、推拿使用的治疗巾应一人一用一更换，头面部、下肢及足部应区分使用。每次推拿治疗前后，医生须按手卫生相关要求做好手卫生。

12、医务人员应遵循标准预防原则，施灸物品燃烧易产生烟雾，尤其雷火灸，有条件者应安装排烟系统。