



目 录

第一节 医院感染管理委员会组织

医院感染管理三级网络制度及架构图.....	1
医院感染管理委员会的职责.....	1
医院感染管理委员会例会制度.....	2
医院感染管理制度.....	2
医院感染管理培训制度.....	3
医院感染质量管理及考核工作制度.....	4

第二节 医院感染管理相关部门及医务人员职责

医院感染管理科职责.....	6
医院感染管理科主任职责.....	6
科室感染管理小组职责.....	7
医务科在感染管理工作中履行的职责.....	7
护理部在感染管理工作中履行的职责.....	7
总务科在感染管理工作中履行的职责.....	7
药械科在感染管理工作中履行的职责.....	8
检验科在感染管理工作中履行的职责.....	8
临床微生物室在感染管理工作中履行的职责.....	8
临床兼职监控医师职责.....	8
临床兼职监控护士职责.....	9
临床医务人员医院感染管理职责.....	9
感染性疾病门诊医师职责.....	9
感染性疾病门诊护士职责.....	10
医疗废物回收人员职责.....	10



第三节 院感监测、上报管理

医院感染病例监测报告制度.....	11
消毒灭菌效果监测制度.....	11
消毒灭菌效果监测及环境卫生学监测标准及采集方法.....	12
洁净手术室空气采样方法及评定标准.....	14
ICU、供应中心、配置中心等洁净场所空气采样.....	18
消毒灭菌效果监测及环境卫生学监测质量持续改进制度.....	22

第四节 医院感染爆发、流行管理

医院感染暴发及医院感染突发事件的监测、报告、调查与控制制度.....	23
医院感染暴发信息核查机制.....	24
医院感染突发事件紧急预案.....	25
医院感染流行、暴发的报告及处置流程图.....	30

第五节 重点环节感染预防与控制

医务人员手卫生制度.....	31
呼吸机相关肺炎(VAP)的预防措施.....	32
导管相关血流相关预防措施.....	33
导尿管相关尿路感染预防措施.....	34
医院手术部位感染预防和控制措施.....	34
皮肤软组织感染预防控制措施.....	35
输血传染性疾病预防措施和上报制度.....	36

第六节 院感控制重点科室管理..... 39

- 急诊科



急诊科消毒隔离制度.....	39
救护车医院感染管理制度.....	39
● 手术室	
手术室医院感染管理制度.....	40
手术室消毒隔离制度.....	45
● 产房	
产房医院感染管理制度.....	47
产房消毒隔离制度.....	48
隔离产房消毒隔离制度.....	50
母婴同室消毒隔离制度.....	50
● 新生儿	
新生儿科消毒隔离制度.....	52
隔离新生儿的消毒隔离管理制度.....	53
新生儿沐浴间消毒隔离制度.....	54
配奶间消毒隔离管理制度.....	54
● 重症监护室	
重症监护室医院感染管理制度.....	55
重症监护室消毒隔离制度.....	57
口腔科医院感染管理制度.....	58
口腔科消毒隔离制度.....	59
口腔科医务人员职业防护规定.....	59
● 消毒供应中心	
消毒供应中心医院感染管理制度.....	61



消毒供应中心消毒隔离制度.....	64
● 内窥镜室	
内窥镜室医院感染管理制度.....	66
气管镜室医院感染管理制度.....	66
胃镜室医院感染管理制度.....	67
● 血液透析室	
血液透析相关感染的监测方法及医院感染管理制度.....	68
● 感染性疾病科	
感染性疾病科医院感染管理制度.....	70
发热门诊医院感染管理的制度.....	70
● 介入室/导管室.....	72
介入室 / 导管室医院感染管理制度.....	72
介入室 / 导管室消毒隔离制度.....	73
● 检验科	
检验科医院感染管理制度.....	73
传染病菌（毒）种的管理制度.....	74
实验室污染事故及其处理制度.....	75
病理科医院感染管理制度.....	75
B超室医院感染管理制度.....	76
放射科医院感染管理制度.....	76
输血科医院感染管理制度.....	77
消毒药械管理制度.....	78
一次性医疗用品管理制度.....	79



医院消毒隔离制度.....	79
病区消毒隔离制度.....	80
各类治疗室、换药室、处置室消毒保洁制度.....	81
各类物品常用消毒保洁方法.....	82
医院常用液体消毒剂使用管理办法.....	82
空气消毒机使用管理规定.....	85
营养科医院感染管理制度.....	86
第七节 职业安全防护，职业暴露管理	
医务人员标准预防措施.....	87
医务人员职业安全防护管理制度.....	88
职业暴露后的登记报告制度.....	89
职业安全监测管理制度.....	90
职业暴露损害的紧急处理及措施.....	90
第八节 多重耐药菌管理	
常见多重耐药菌感染预防和控制措施.....	95
预防、处置多重耐药菌感染管理规范.....	95
多重耐药菌管理多部门合作机制.....	98
第九节 医疗废物管理	
医疗废物管理制度.....	101
医疗废物发生意外事故的应急预案.....	102
第十节 预防感染标准操作规程	
多重耐药菌(MDR0s)预防与控制标准操作规程.....	104
医院感染暴发事件报告及处置标准操作规程(SOP).....	105
急诊科医院感染管理标准操作规程.....	106



手术室医院感染预防与控制标准操作规程.....	108
感染性手术医院感染预防与控制标准操作规程.....	109
产房医院感染管理标准操作规程.....	111
婴儿保温箱清洗消毒标准操作规程.....	112
新生儿沐浴感染预防与控制标准操作规程.....	113
新生儿配奶感染预防与控制标准操作规程.....	114
重症监护室清洁消毒标准操作规程.....	115
口腔科综合治疗椅医院感染管理标准操作规程.....	115
可重复使用诊疗器材（器具）和物品回收标准操作规程.....	116
外来医疗器械清洗消毒灭菌标准操作规程.....	117
朊病毒、气性坏疽及突发不明原因的病原体污染器械（器具）和物品清洗标准操作规程.....	118
软式内镜清洗和消毒（灭菌）标准操作规程.....	119
硬式内镜清洗和消毒（灭菌）标准操作规程.....	120
血液透析机维护与消毒标准操作规程.....	122
血液透析治疗区环境及物品清洁消毒标准操作规程.....	123
血液透析室（中心）水处理系统质量控制标准操作规程.....	123
空气隔离标准操作规程.....	124
飞沫隔离标准操作规程.....	125
接触隔离标准操作规程.....	125
医疗废物管理标准操作规程(SOP).....	127

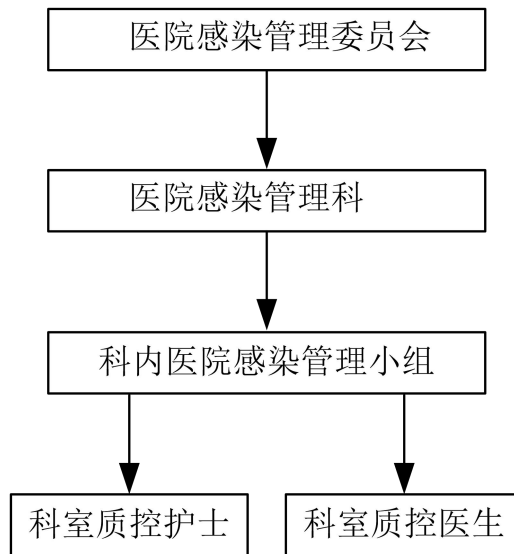


第一节 医院感染管理委员会组织

医院感染管理三级网络制度及架构图

为加强医院感染管理，医院实行医院感染管理三级网络制度：

- 1、医院感染管理委员会对医院感染管理科的工作进行监督、检查，并提出具体要求和对策。
- 2、医院感染管理科对各临床科室感染管理小组的工作进行监督、检查，并及时反馈意见，提出改进措施，同时负责接受来自全院各科的业务咨询。
- 3、各科室感染管理小组人员每月对科室内的医院感染、消毒隔离、无菌技术、保洁工作、一次性无菌物品使用、医疗废物管理、业务学习、专业培训等进行监督、检查，做好记录，并及时向感染管理科报告。



医院感染管理三级组织管理架构图

医院感染管理委员会的职责

- 一、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、医院感染诊断标准并监督实施。
- 二、根据预防医院感染和卫生学要求，对本医院的建筑设计、重点科室建设的基本标准、基本设施和工作流程进行审查并提出意见。
- 三、研究并确定本医院的医院感染管理工作计划，并对计划的实施进行考核和评价。



四、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。

五、研究并制定本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。

六、建立会议制度，定期研究、协调和解决有关医院感染管理方面的问题。

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

八、其他有关医院感染管理的重要事宜。

医院感染管理委员会例会制度

每年至少应召开两次会议，遇重大感染管理问题应随时召开。两次会议一般安排在年初和年中召开，目的是总结上一阶段的工作、讨论下一阶段的工作重点以及商议需要解决的重要事项。

一、会议形式

1. 全体会议：主任委员和至少 2/3 的委员应参会。
2. 扩大会议：可邀请相关人员参加。

二、会议组织与内容

1. 医院感染管理科负责人与主任委员商定会议的主要内容，拟定会议大纲，对大纲的内容逐条落实。

2. 对上一阶段的医院感染管理工作进行总结，介绍检测项目进展情况，用具体的数据说明检测与控制的效果和存在的问题。

3. 列出委员们讨论的议题内容：下一阶段的工作重点、下一步需要推行的医院感染预防与控制措施的重要性和依据，尽可能多地为委员会提供有关该措施的指南、论文等资料。评估推行该措施可能遇到的问题，并提出解决问题的方案。

4. 将会议的主要内容制作成多媒体课件、形成决议。

三、会议记录

院感委员会工作人员负责进行会议记录，包括参加人员、时间、地点，讨论的主要事项会议纪要。

四、反馈与落实

经委员会讨论通过的较重要的议题，以文件的形式下发。

医院感染管理制度

1、认真贯彻执行《中华人民共和国传染病防治法》、《医疗废物管理条例》、《医院感染管理办法》、《医院感染监测规范》等有关法律法规，将医院感染管理纳入医院



质量管理与安全管理工作的重要组织部分。

2、设立医院感染管理委员会和独立的医院感染管理部门，建立并不断完善医院感染突发事件应急管理及日常管理的程序与措施。

3、制定和实施医院感染管理与监控方案、对策、措施、效果评价和登记报告制度，确定临床预防和降低医院感染的重点管理项目，并作为医院质量管理的重要内容，定期或不定期进行核查。

4、对医务人员的消毒、隔离技术操作定期考核与医院感染管理指标的完成情况，纳入定期科室医疗质量管理与考核的范围，并定期向医务人员与管理部门通报。

5、建立医院感染控制的在职教育制度，定期对医院职工进行预防医院感染的宣传与教育。

6、规范消毒、灭菌、隔离与医疗废物管理工作，严格执行无菌技术操作、消毒隔离工作制度，要加强感染性疾病科、口腔科、手术室、重症监护室、新生儿病房、产房、内窥镜室、血液透析室、导管室、临床检验部门和消毒供应室等重点部门的医院感染管理与监测工作。

7、积极按照《抗菌药物临床应用指导原则》的要求，与医务、护理、药学、检验部门一起制定和完善医院抗菌药物临床应用实施细则，提高临床合理应用抗菌药物水平。定期发布本院“细菌耐药检测信息”，指导临床合理选择和使用抗感染药物。

8、按照《医疗废物管理条例》、《医疗卫生机构医疗废物管理办法》的规定对医疗废物进行有效监管，制定医疗废物流失、泄漏、扩散和意外事故的应急方案。做好医疗废物收集、转运和对外移交等工作。按规定对医疗废物进行有效管理，并有医疗废物流失、泄漏、扩散和意外事故的应急方案。

医院感染管理培训制度

1、专职管理人员的培训：

每年选派专职医院感染管理人员参加省级以上的医院感染短期学习（每年每人>15学时），并将主要学习内容向院感委员会进行汇报和对相关的医务人员进行培训。

2、兼职监控员的培训：

由专职管理人员承担，每年对兼职监控护士、监控医师进行1次培训（3个学时），培训内容：监测采样方法和诊断标准，以及当年新颁布的医院感染法规、规范和医院感染新进展等基础知识，内容以临床实用为主。

3、新上岗人员的培训：

新进入医院的人员，均需参加由人事部门组织的上岗前培训，医院感染基础知识学习时间半天（4学时）。培训面达到100%。培训内容：医院感染相关法律法规及规范；耐药菌感染预防与控制；职业安全防护；医院感染爆发事件；无菌操作等。

4、其他医院职工的培训：



由医院感染管理科、医务科、护理部等共同组织，按人员专业、层次的不同，举办不同形式、不同内容的讲座或学习班，每年2~3期；每年与全院医师培训同步进行医院感染基础知识的培训，要求参加人员达到在岗人员的90%。培训内容：医院感染相关法律法规及规范、相关知识及进展（特别是耐药菌管理）等。

5、其他进修、实习人员的培训：

由医务科、护理部组织不定期业务学习，医院感染科专职人员主讲医院感染管理基础知识。

6、卫生保洁员的培训：

由医院感染管理科负责对后勤负责保洁工作及保洁管理人员进行培训，一年1-2次。培训内容：预防和控制医院感染的基础卫生学和消毒隔离常识、职业安全防护（包括利器伤处理、洗手等）、重点部门感染管理要求、医疗废物管理要求等。由总务科保洁管理人员负责组织新进的卫生保洁人员的培训。

医院感染质量管理及考核工作制度

1、考评内容：

根据医院感染相关法律、法规、指南及省院感质控中心要求等内容，医院感染管理科制定病房、产房、手术室、消毒供应中心、血液透析中心、ICU、消化内镜室、检验科等部门的医院感染考核标准。

1.1 认真贯彻落实医院感染管理相关法律法规。

1.2 科室院感管理组织制度建设及落实。

1.3 科室院感管理各项流程的制订及措施的落实。

1.4 检查临床科室医院感染发病率及上报与登记情况、住院病人监控及医院感染调查表填写质量。

1.5 定期或不定期检查病区手卫生、无菌技术规范、消毒隔离制度的落实工作。重点检查高危科室如手术室、供应室、血液透析中心、ICU、儿科等各项感控措施的执行情况。

1.6 定期或不定期检查一次性无菌医疗用品和消毒药械的管理。

1.7 定期或不定期检查监控小组的活动情况：如消毒灭菌效果、消毒灭菌剂、环境卫生学监测情况；医院感染管理记录本的填写质量。

1.8 定期开展多部门参与的多重耐药菌管理合作机制，及时反馈多重耐药菌信息和抗生素使用情况。

1.9 随时检查医疗废物分类、收集、运送、贮存工作。

1.10 随时或定期检查医务人员手卫生依从性执行情况。

1.11 定期检查医务人员职业防护措施的落实情况；职业暴露后的上报登记等情况。

1.12 定期检查耐药菌的监测及常见耐药菌隔离措施的执行情况。



1. 13. 随时提问医院感染应知应会知识，定期检查院感知识培训掌握的情况。

2、检查结果与反馈

2. 1. 对于检查时存在的问题采用口头反馈、书面反馈的方法。

2. 2. 对书面反馈存在的问题提出整改建议，并限期整改，科室应有书面整改措施并落实。

2. 3. 根据科室的整改措施和整改时限定期复查，如没有整改或整改不符合要求的报分管院长。

2. 4. 日常检查、月度检查、上级组织的检查等作为参数，纳入当月考核。

2. 5. 医疗质量管理综合每月考核结果纳入年度考核。



第二节 医院感染管理相关部门及医务人员职责

医院感染管理科职责

- 1、对有关预防和控制医院感染管理规章制度的落实情况进行检查和指导。
- 2、对医院感染及其相关危险因素进行监测、分析和反馈，针对问题提出控制措施并指导实施。
- 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者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进行报告和调查分析，提出控制措施并协调、组织有关部门进行处理。
- 8、对医务人员进行预防和控制医院感染的培训工作。
- 9、参与抗菌药物临床应用的管理工作。
- 10、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。
- 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。

医院感染管理科主任职责

- 1、为本科医院感染质量管理第一责任人。负责本科医院感染管理工作，根据科室特点，制定管理制度，并组织实施。
- 2、督促、指导本科医护人员严格执行消毒灭菌、无菌技术操作规程，抗感染药物合理应用、手卫生、医疗废物管理、一次性医疗用品的管理等有关医院感染管理的制度。
- 3、督促检查本科室有关医院感染管理的各项工作，对医院感染可疑病例、可能存在的感染环节进行监测，并采取有效防治措施；监测及监督检查情况每季度在医疗质量安全工作会上反馈。
- 4、督促本科医护人员对医院感染散发病例按要求登记报告，发现有医院感染流行趋势时，及时报告医院感染管理科，并积极协助调查。
- 5、按要求对可疑或确诊医院感染病例留取临床标本进行细菌学检查及药敏试验。
- 6、组织和参加有关医院感染管理知识的培训学习；科内每半年组织一次医院感染知识业务学习。
- 7、有针对性进行目标监测，采取有效措施，降低医院感染发病率。
- 8、积极参与医院感染管理委员会决策，完成医院感染管理科交办的其他工作。



科室感染管理小组职责

- 1、制定本科室医院感染管理规章制度并组织实施。
- 2、督促检查本科室有关医院感染管理的各项工作，对医院感染可疑病例、可能存在的感染环节进行监测，并采取有效防治措施；监测及监督检查情况每月在医疗质量安全工作会上反馈。
- 3、对医院感染散发病例按要求登记报告，发现有医院感染流行趋势时，及时报告医院感染管理科，并积极协助调查。
- 4、按要求对可疑或确诊医院感染病例留取临床标本进行细菌学检查及药敏试验。
- 5、监督检查本科室抗感染药物使用情况。
- 6、组织和参加有关医院感染管理知识的培训学习；科内每半年组织一次医院感染知识业务学习。
- 7、加强医德医风教育，严格监督执行医院感染管理制度、无菌技术操作、手卫生规范、消毒隔离制度，切实做好卫生员、陪护、探视者的卫生学管理。
- 8、有针对性进行目标监测，采取有效措施，降低本科室医院感染发病率。

医务科在感染管理工作中履行的职责

- 1、协助组织医师和医技部门人员预防、控制医院感染知识的培训。
- 2、监督、指导医师和医技人员严格执行无菌技术操作规程、抗感染药物合理应用、一次性医疗用品的管理等有关医院感染管理的制度。
- 3、发生医院感染流行或暴发趋势时，统筹协调并组织相关科室、部门开展感染调查与控制的工作；根据需要进行医师人力调配；组织对病人的治疗和善后处理。

护理部在感染管理工作中履行的职责

- 1、协助组织全院护理人员预防、控制医院感染知识的培训。
- 2、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、一次性使用医疗用品的管理等有关医院感染管理的规章制度。
- 3、发生医院感染流行或暴发趋势时，根据需要进行护士人力调配。

总务科在感染管理工作中履行的职责

- 1、负责组织医院废弃物的收集、运送及无害化处理工作。
- 2、负责组织污水的处理、排放工作，符合国家“污水排放标准”要求。
- 3、监督医院营养室的卫生管理工作，符合《中华人民共和国食品卫生法》要求。
- 4、对洗衣房的工作进行监督管理，符合医院感染管理要求。



药械科在感染管理工作中履行的职责

- 1、负责本院抗感染药物的应用管理、定期总结、分析和通报应用情况。
- 2、及时为临床提供抗感染药物信息。
- 3、督促临床人员严格执行抗感染药物应用的管理制度和应用原则。
- 4、根据临床需要和医院感染管理委员会对消毒灭菌药械选购的审定意见进行采购，按照国家有关规定，查验必要证件，每批次向厂家索要相关检测报告单，监督进货产品的质量，并按有关要求登记。要求责任人、分管科主任双签字。
- 5、为确保消毒器械的消毒质量，要做到定期维护、修理、防止因设备维护不当而造成的医院感染发生。对购入的消毒器械、一次性医疗用品，必须符合卫生部《消毒管理办法》和《一次性使用医疗用品管理办法》，做到各种证件齐全。

检验科在感染管理工作中履行的职责

- 1、负责医院感染常规微生物学监测。
- 2、开展医院感染病原微生物的培养、分离鉴定、药敏试验及特殊病原体的耐药性、监测，定期总结、分析，向有关部门反馈，并向全院公布。
- 3、发生医院感染流行或暴发时，承担相关检测工作。

临床微生物室在感染管理工作中履行的职责

- 1、病原菌的监测：
检测标本：临床各科室检测的病人感染部位标本、消毒剂标本、各种插管的采样标本、环境消毒如空气采样标本（特别是手术室、供应室、产房、换药室、治疗室、内镜室、母婴同室、透析室、ICU等）以及医护人员手指的采样标本等进行细菌、真菌的分离培养。
- 2、发现医院感染流行菌株及多重耐药菌要加盖警示标识并及时报告医院感染管理办公室和相关科室。
- 3、及时报告传染性强的细菌，如霍乱弧菌、结核杆菌(TB菌)、伤寒沙门菌等，以便及时采取措施，防止其蔓延。
- 4、定期报告常见细菌的耐药性，以利临床治疗选药。

临床兼职监控医师职责

- 1、随时掌握本科病人医院感染情况，发现或可疑医院感染病例，督促经治医生及时送检病原学检查，根据药敏试验结果，决定用药情况。明确诊断，早期治疗，确诊为医院感染病例者，督促其及时上报医院感染管理科。
- 2、对医院感染病例及感染环节进行监测，（如各种插管的病人、上有呼吸装置的病



人、多重耐药菌感染的病人、手术后的病人等)。并采取有效措施,降低本科医院感染发生率。

3、积极预防本科内因诊治不当引起的医院感染,督促、检查医生的无菌操作技术、消毒隔离制度执行情况。

4、发现医院感染流行趋势或感染暴发流行时,须立即向科主任及医院感染管理科汇报,积极协助专职人员调查发病原因,寻找感染源和途径,控制蔓延,迅速采取有效控制措施,并积极治疗病人。

临床兼职监控护士职责

1、制定符合本科室特点的感染管理制度及操作流程。负责本科室医院感染管理各项工作的检查与落实。

2、开展本科室医院感染病例监测,并积极配合医师上报感染病例。

3、对医院感染病例及感染环节进行监测,(如各种插管的病人、上有呼吸装置的病人、多重耐药菌感染的病人、手术后的病人等)。并采取有效措施,降低本科医院感染发生率,发现流行趋势及时报告医院感染管理科,并协助调查。

4、发现或可疑医院感染病例,协助并监督本科室护理人员遵医嘱正确留取标本,及时送病原学检查,寻找感染源和途径,控制蔓延。

5、对本科医护人员进行预防、控制医院感染知识的培训。

6、督促本科室人员严格执行无菌操作技术和消毒隔离制度。

7、做好卫生员、配餐员、病人及家属卫生宣教及管理。

8、负责对本科室空气、物体表面、医护人员手、使用中的消毒液、消毒灭菌物品按规定时间进行监测,资料保存备查。

临床医务人员医院感染管理职责

1、严格执行无菌技术操作规程等医院感染管理的各项规章制度。

2、掌握抗感染药物临床合理应用原则,做到合理使用。

3、掌握医院感染诊断标准。

4、发现医院感染病例,及时送标本做病原学检测及药敏试验,查找感染源、感染途径,控制蔓延,积极治疗病人,24小时内网上报告;发现有医院感染流行趋势时,及时报告医院感染管理科,并协助调查。发现法定传染病,按《传染病防治》法的规定报告。

5、参加预防、控制医院感染知识的培训。

6、积极配合医院感染管理科进行各种医院感染的常规监测和调查。

7、掌握自我防护知识,正确进行各项技术操作,预防锐器刺伤。

感染性疾病门诊医师职责



- 1、认真履行医师的义务，在诊疗工作中规范执业。尊重患者的知情权和选择权，注意保护患者隐私。
- 2、遵守医院各项规章制度，并能认真执行传染病防治的法律、法规、规章和规定。
- 3、及时筛查传染病病人，正确诊疗和转诊传染病病人。
- 4、认真填写传染病报告卡，并按规定的时限和内容及时、准确报告传染病。
- 5、严格执行消毒隔离制度，在做好自身防护工作的同时，配合护士做好消毒隔离工作。

感染性疾病门诊护士职责

- 1、认真履行护士的义务，在护理工作中规范执业。尊重患者的知情权和选择权，注意保护患者隐私。
- 2、遵守医院各项规章制度，熟练掌握感染性疾病护理知识、技能，认真执行传染病防治的法律、法规。
- 3、负责感染性疾病患者的登记工作，登记内容包括患者姓名、性别、年龄、家庭住址、联系电话、身份证号码等。
- 4、帮助、指导呼吸道发热患者戴口罩，并引导患者到指定地点候诊。
- 5、认真做好监测及消毒隔离工作，熟练掌握常用消毒液的配制、使用方法和注意事项，并监督消毒隔离措施落实到位。
- 6、按《医疗废物管理条例》做好医疗废物回收工作。
- 7、对就诊患者进行感染性疾病的卫生宣传教育。

医疗废物回收人员职责

- 1、一次性使用的废弃物回收工作，由总务科指定专人负责统一回收至医疗废物暂贮地，废弃物的保存、清理和卫生工作有专人负责。
- 2、回收人员应将医疗废物密闭运送，不得遗洒、暴露和污染周围环境。
- 3、做好医疗废物的回收交接登记及上交交接登记工作。上交登记资料保存三年。
- 4、注意个人防护，上岗应着装整齐，佩戴胸卡，操作时要戴口罩、胶皮手套。工作前后应及时清洗和消毒双手。
- 5、废物贮存地应每日清洁、消毒、做好环境卫生，每周一次大扫除。室内、外应保持干净整洁。各种污物密闭存放，室内地面及四壁不能有血迹、污垢和污物残留。
- 6、定期对贮存地进行喷药和消毒，防止蚊蝇滋生，杀灭蟑螂和老鼠。
- 7、违反以上规定和原则应给予适当的经济处罚，情节严重者给予开除、及相关的法律、法规处罚。



第三节 院感监测、上报管理

医院感染病例监测报告制度

1、各临床科室感染管理小组必须对本科室住院病人开展医院感染病例监测，以掌握我院医院感染发病特点，为我院医院感染控制提供科学依据。

2、医院感染病例由病区临床主管医生按照《医院感染诊断标准》进行初步诊断，及时对病原微生物检测，并且保证感染病例病原微生物送检率 $\geq 80\%$ 。

3、明确诊断后，由主管医生于 24 小时内通过医生工作站上报医院感染管理科，并且认真填写科内《医院感染管理记录本》。

4、监控医生发现有 3 例及以上相同症状（如发热）或同种疾病（如肺炎）或同种病原体（如 MRSA）应高度重视，并立即向科主任及感染管理科汇报。由感染管理科组织相关专家进行流行病学调查并予以确认。

5、医护人员在发现病区感染迹象（如发热等）病人增多时，应 24 小时内电话通知感染管理科。

6、确诊为传染病的医院感染病例，按《中华人民共和国传染病防治法》的有关规定进行报告。

7、对疑似医院感染的诊断，主管医生报告科主任，该科医院感染管理小组成员和院感科专职人员一同讨论，并作进一步的分析及检查，做好讨论记录，讨论后能确定的按本制度第三条的规定进行报告。

8、感染管理科根据本院感染病例发病特点、高危因素等每年进行一到两项目标性监测。

9、感染管理科及各临床科室监控医生每年联合进行一次医院感染现患率调查。

消毒灭菌效果监测制度

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

2、使用中的消毒剂每季度、灭菌剂每月进行一次生物监测。消毒剂其细菌含量必须 $< 100\text{cfu/ml}$ ，不得检出致病性微生物；灭菌剂不得检出任何微生物。对消毒、灭菌物品进行消毒、灭菌效果监测，消毒物品不得检出致病性微生物，灭菌物品不得检出任何微生物。化学监测：应根据消毒灭菌剂和性能定期监测，如含氯消毒剂、过氧乙酸等应每日监测，对戊二醛的监测每周不少于一次。

3、压力蒸汽灭菌：必须进行工艺监测、化学监测和生物监测。工艺监测应每锅进行，并详细记录。化学监测应每包进行，手术包尚需进行中心部位的化学监测。预真空压力蒸汽灭菌器每天灭菌前进行 B-D 实验。生物监测应每周进行，新灭菌器使用前必须进行



生物监测，合格后才能使用；对似使用的新包装容器，摆放方式，排气方式及特殊灭菌工艺，也必须先进行生物监测，合格后才能采用。

4、环氧乙烷及过氧化氢气体灭菌：必须每锅进行工艺监测，每包进行化学监测，每锅进行生物监测。

5、紫外线消毒：应进行日常监测、紫外线灯管照射强度监测和生物监测。日常监测包括灯管应用时间，累计照射时间和使用人签名。照射强度监测每半年一次；生物监测必要时进行。

6、各种消毒后内窥镜（如胃镜、肠镜、喉镜、气管镜等）及其化消毒物品：应每季度进行生物监测，消毒后的内镜合格标准为：细菌总数 $<20\text{cfu/件}$ ，不能检出致病菌；灭菌后的内镜应每月进行生物学监测，灭菌后内镜合格标准为：无菌检测合格。

7、血液净化系统：必须每月对入、出透析器的透析液进行监测。当疑有透析液污染或有严重感染病例时，应增加采样点，如原水口、软化水口、反渗水出口、透析液配液口等，并及时进行监测。当检查结果超过规定标准值时，须再复查。标准值为：透析器入口液的细菌菌落总数必须 $\leq 100\text{cfu/ml}$ ，出口液的细菌菌落总数 $\leq 1000\text{cfu/ml}$ ，并不得检出致病微生物。

消毒灭菌效果监测及环境卫生学监测标准及采集方法

1、各类环境空气、物体表面

环境类别		空气平均菌落数 (cfu/皿)	物体表面平均菌落数 (cfu/cm ²)
I 类环境	洁净手术室	见附表	≤ 5.0
	其他洁净场所	$\leq 4.0(30\text{min})$	
II 类环境	非洁净手术室 产房 导管室 血液病病区、烧伤病区等保护性隔离病区 重症监护病区 新生儿室	$\leq 4.0(15\text{min})$	≤ 5.0



III 类环境	母婴同室 消毒供应室检查包装 灭菌区和无菌物品存 放区 血液透析室 其他普通住院病区等	$\leq 4.0(5\text{min})$	≤ 10.0
IV类环境	普通门（急）诊及其 检查、治疗室 感染性疾病科门诊和 病区	$\leq 4.0(5\text{min})$	≤ 10.0

注：1) 空气采样前，关闭门、窗，在无人走动的情况下，静止 10min 后采样

2) 物表采样方法：采样面积大于 100CM²用 5cm×5cm 无菌规板，连续采样 4 个，用无菌液棉拭子 1 支在板内横竖往返涂擦 5 次。

3) 洁净手术室空气采样方法及评定标准见附页 1

4) ICU、供应中心、配置中心等洁净场所空气采样见附页 2

5) 非洁净场所空气采样见附页 3

2、其他项目卫生标准

项目		采样方法	结果判定
医务人员手	卫生手消毒后	清洁消毒后立即采样。五指并拢，用无菌液棉拭子在双手屈面从指根到指端往返涂擦 2 次	$\leq 10\text{cfu}/\text{cm}^2$
	外科手消毒后		$\leq 5\text{cfu}/\text{cm}^2$
医疗器材	高度危险性医疗器材（如手术器械、穿刺针、活检钳、心脏导管、植入物等）	灭菌后存放期内，小件（缝合针、针头、刀片等）各取 5 件别投入 5ml 无菌洗脱液试管中；大件在无菌操作下用无菌液棉拭子反复涂擦表面	无菌
	中度危险性器材（湿化瓶、胃肠镜、纤支镜、喉镜、面罩、牙托等）	内窥镜：无菌液棉拭子在内窥镜上从头至镜身反复涂擦；20ml 无菌水冲洗管腔接到无菌试管中。其余器械同大件处理。	$\leq 20\text{cfu}/\text{件}$ 并未检出致病菌
	低度危险性器材（听诊器、止血带、袖带、体温计等）	同大件处理	$\leq 200\text{cfu}/\text{件}$
血	透析液	无菌操作下取物表试管倒出无菌液取 20ml	$< 100\text{cfu}/\text{ml}$



液透析相关		透析液	内毒素 <0.5EU/ml
	透析用水	同上	≤100cfu/ml 内毒素 0.5EU/ml
消毒剂	使用中灭菌剂	按中和液毫升数按 10:1 抽取	无菌
	使用中皮肤黏膜消毒剂		≤10cfu/ml
	使用中消毒液		≤100cfu/ml
紫外线灯	使用中(30W)	开启 5 分钟后将指示卡置灯下垂直距离 1 米处,有图案面朝上,照射 1 分钟	辐射强度 ≥70 μ/cm ²
	高强度新灯(30W)	同上	辐射强度 ≥180 μ/cm ²
压力蒸汽锅		将监测指示卡放入待灭菌的物品包中央,灭菌完后取出	根据颜色及性状改变判断效果
洗衣房衣物		消毒烘干后采样,方法同物表	未检出致病菌
卫生洁具		清洁消毒后使用前采样,便器、尿壶用无菌棉拭子反复涂擦容器内表面及内口处;拖把、抹布等物品用无菌的方法剪取 1cm×3cm,直接投入 5ml 无菌液试管中	未检出致病菌、HbsAg 阴性合格

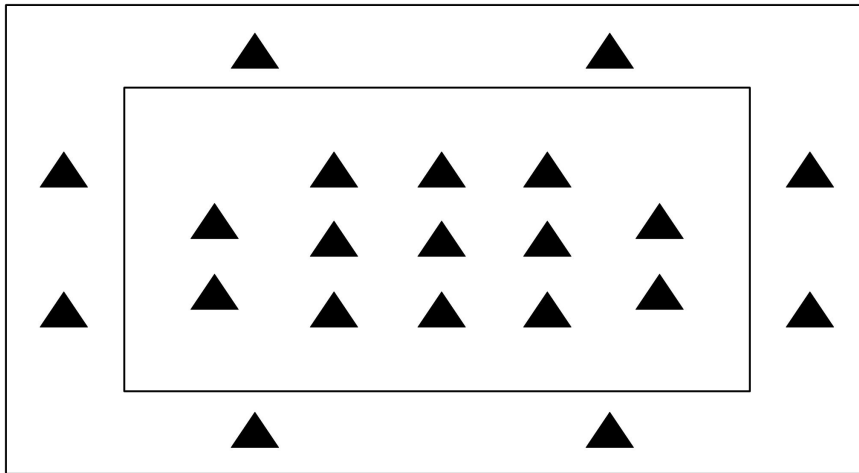
注：1、卫生手消毒：医务人员用速干手消毒剂揉搓双手，以减少手部暂居菌的过程。

2、外科手消毒：外科手术前医务人员用肥皂（皂液）和流动水洗手，再用手消毒剂清除或者杀灭手部暂居菌和减少常居菌的过程。使用的手消毒剂可具有持续抗菌活性

洁净手术室空气采样方法及评定标准

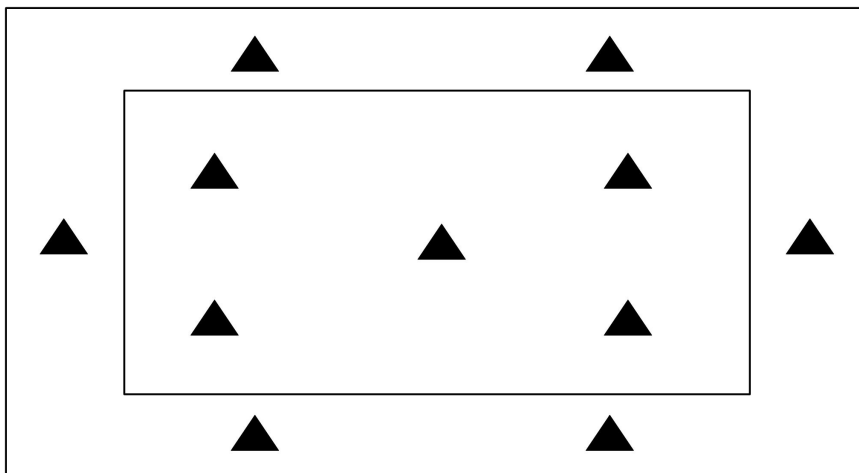
1、洁净度局部百级设置 21 个点

采样时培养皿放置距地面 0.8-1.5M，若有固定设备、仪器、手术床等，可放置在上面，层流洁净室应尽量避免高效送风口正下方，同时布点位置应避开障碍物，周边区域布点时应尽量避免避开回风口。房间每面各放置两个培养皿共八个，培养皿上应标识百级周边区，手术区（手术床）布点十三个培养皿，标识百级手术区。



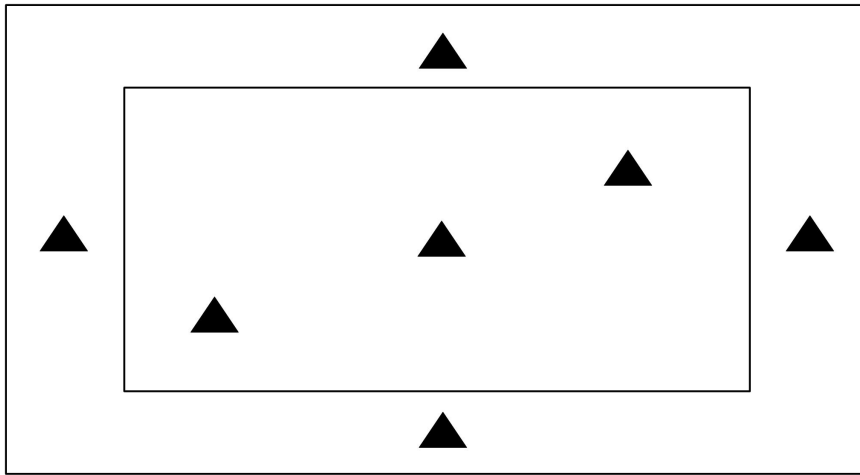
2、洁净度局部千级设置 11 个点

采样时培养皿放置距地面 0.8-1.5M，若有固定设备、仪器、手术床等，可放置在上面，层流洁净室应尽量避免高效送风口正下方，同时布点位置应避免障碍物，周边区域布点时应尽量避免回风口。房间长边各放置两个培养皿，短边各放置一个培养皿共六个培养皿，培养皿上应标识千级周边区，手术区（手术床）呈梅花状布点五个培养皿，标识千级手术区。



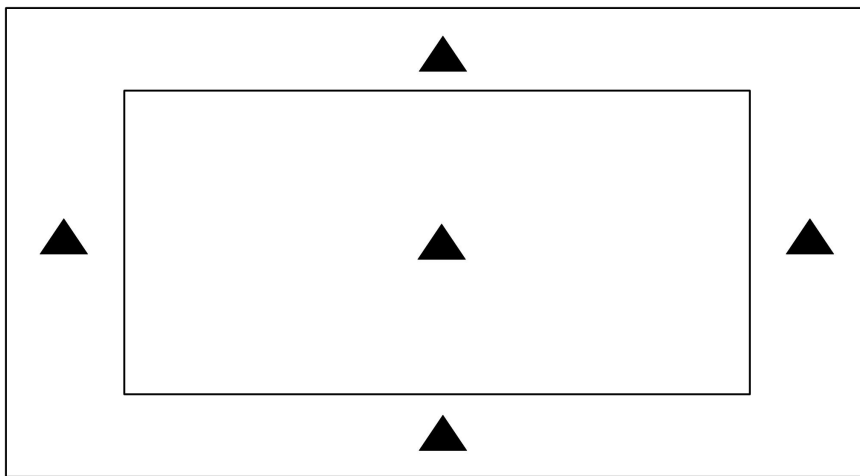
3、洁净度局部万级周围十万级设置 7 个点

采样时培养皿放置距地面 0.8-1.5M，若有固定设备、仪器、手术床等，可放置在上面，层流洁净室应尽量避免高效送风口正下方，同时布点位置应避免障碍物，周边区域布点时应尽量避免回风口。房间长边及短边各放置一个培养皿共四个培养皿，培养皿上应标识万级周边区，手术区（手术床）呈对角线布点三个培养皿，标识万级手术区。



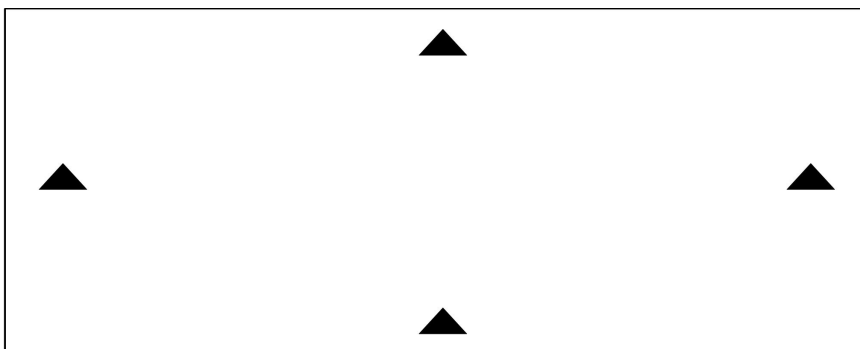
4、洁净度十万级设置 5 个点

采样时培养皿放置距地面 0.8-1.5M，若有固定设备、仪器、手术床等，可放置在上面，层流洁净室应尽量避开高效送风口正下方，同时布点位置应避开障碍物，周边区域布点时应尽量避开回风口。房间长边及短边各放置一个培养皿共四个培养皿，培养皿上应标识十万级周边区，手术区（手术床）呈对角线布点三个培养皿，标识十万级手术区。



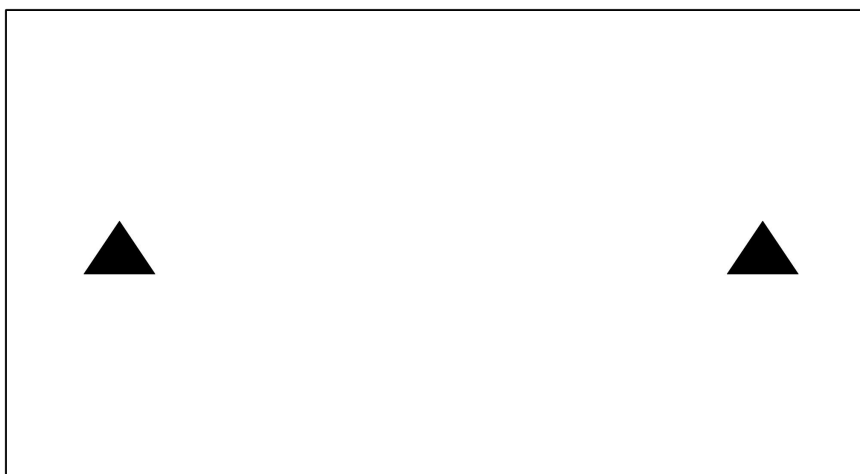
5、洁净度局部三十万级设置 4 个点（房间面积>30m²）

采样时培养皿放置距地面 0.8-1.5M，若有固定设备、仪器、手术床等，可放置在上面，层流洁净室应尽量避开高效送风口正下方，同时布点位置应避开障碍物，周边区域布点时应尽量避开回风口。房间长边、短边各放置一个培养皿共四个，培养皿标识三十万级手术间。



6、洁净度局部三十万级设置 2 个点（房间面积 $\leq 30\text{m}^2$ ）

采样时培养皿放置距地面 0.8-1.5M，若有固定设备、仪器、手术床等，可放置在上面，层流洁净室应尽量避免高效送风口正下方，同时布点位置应避开障碍物，周边区域布点时应尽量避免回风口。房间短边各放置一个培养皿共两个，培养皿标识三十万级手术间。



7、结果判定

等级	手术室名称	沉降法细菌最大平均浓度		空气洁净度级别	
		手术区	周边区	手术区	周边区
I	特别洁净手术室	0.2 个/30min · $\phi 90$ 皿	0.4 个/30min · $\phi 90$ 皿	100 级	1000 级
II	标准洁净手术室	0.75/30min · $\phi 90$ 皿	1.5 个/30min · $\phi 90$ 皿	1000 级	10000 级

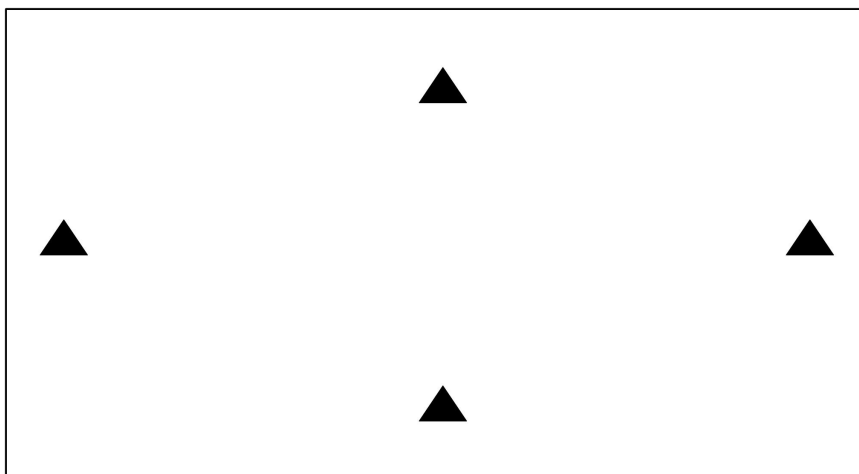


III	一般洁净 手术室	2个/30min·φ90皿	4个/30min·φ90皿	10000级	100000级
IV	准洁净 手术室	5个/30min·φ90皿		300000级	

ICU、供应中心、配置中心等洁净场所空气采样

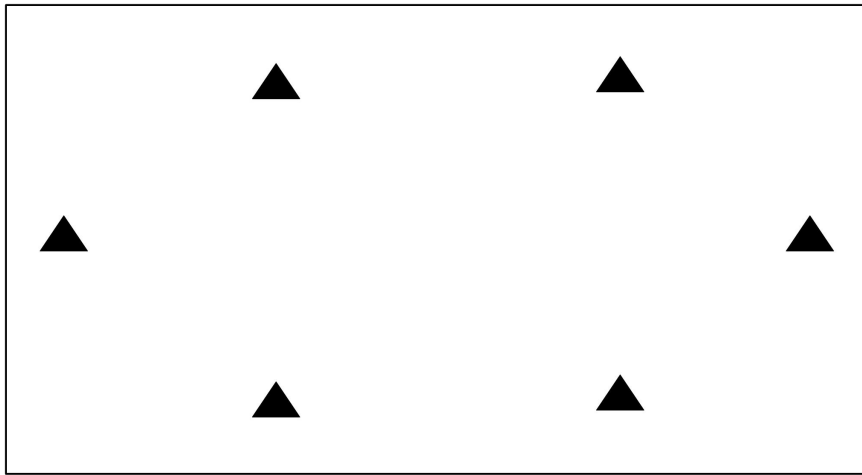
1、重症监护及供应室洁净房间设置4个点

采样时培养皿放置距地面0.8-1.5M，若有固定设备、仪器、手术床等，可放置在上面，层流洁净室应尽量避免高效送风口正下方，同时布点位置应避开障碍物，周边区域布点时应尽量避免避开回风口。房间长边短边各放置一个培养皿共四个培养皿，在培养皿上标识xx科重症监护室和供应室无菌间。



2、配置中心洁净度局部千级房间设置6个点

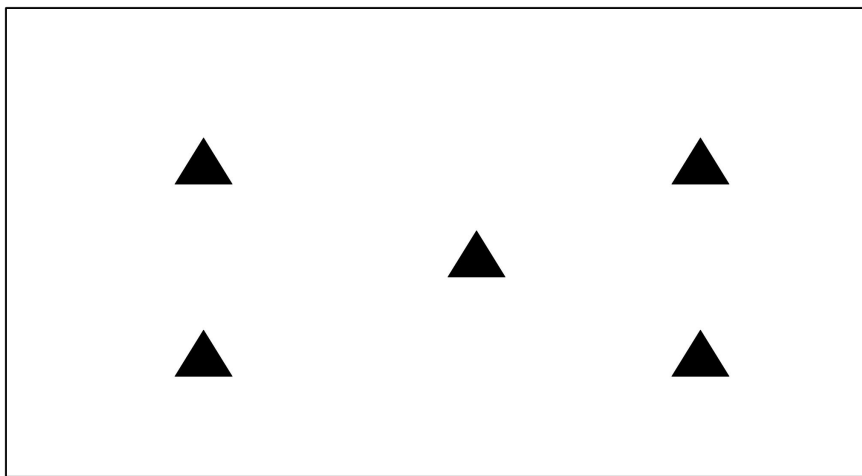
采样时培养皿放置距地面0.8-1.5M，若有固定设备、仪器、手术床等，可放置在上面，层流洁净室应尽量避免高效送风口正下方，同时布点位置应避开障碍物，周边区域布点时应尽量避免避开回风口。房间长边各放置两个培养皿，短边各放置一个培养皿共六个培养皿，培养皿上应标识配置中心千级房间。



非洁净场所空气采样方法

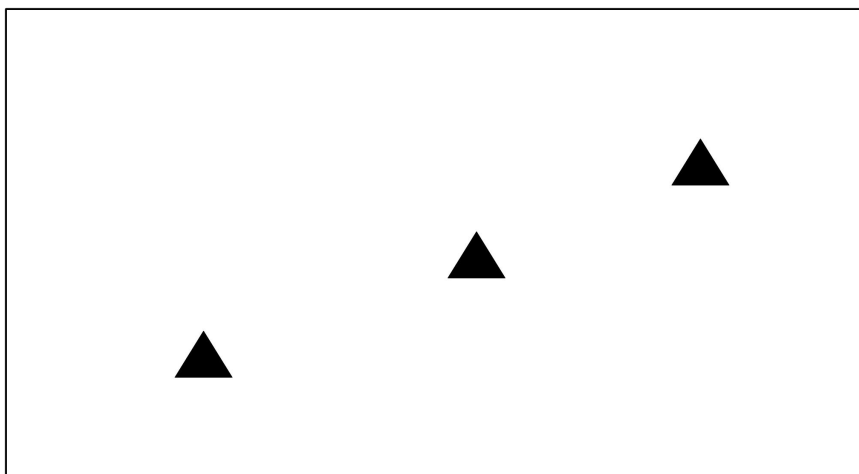
1、布点方法（室内面积 $>30\text{M}^2$ 设四角及中央共五点）

设四角及中央五点，四角的布点位置应距墙 1m 处，采样高度为距地面 0.8m-1.5m，采样时关闭门窗。



2、布点方法（室内面积 $\leq 30\text{M}^2$ 设对角线三点）

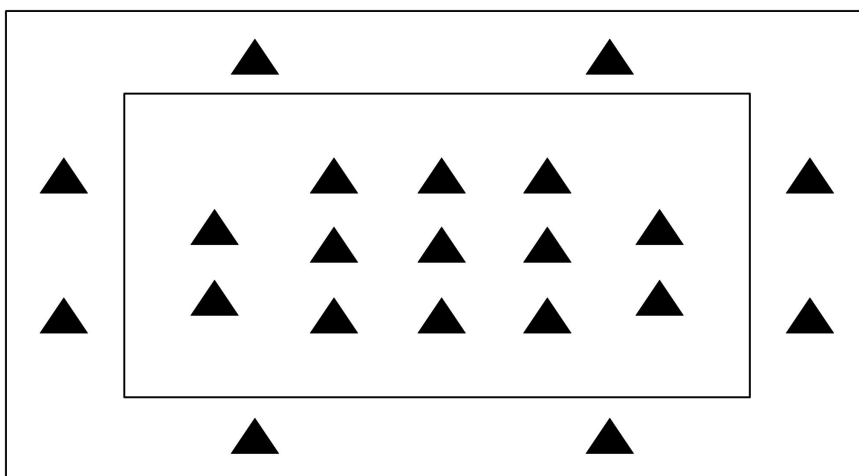
设内、中、外对角线三点，内、外点应距墙壁 1m 处，采样高度为距地面 0.8m-1.5m，采样时关闭门窗。



其他洁净场所（生物实验室）空气消毒效果监测

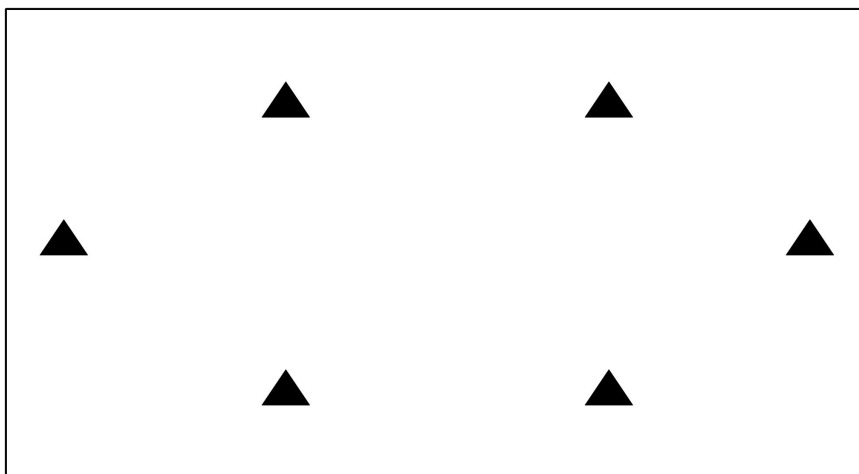
洁净度局部百级房间设置 21 个点

采样时培养皿放置距地面 0.8-1.5M，若有固定设备、仪器、手术床等，可放置在上面，层流洁净室应尽量避免高效送风口正下方，同时布点位置应避免障碍物，周边区域布点时应尽量避免回风口。房间每面各放置两个培养皿共八个，培养皿上应标识生物实验室百级周边区，中央区布点十三个培养皿，标识生物实验室百级中央区。



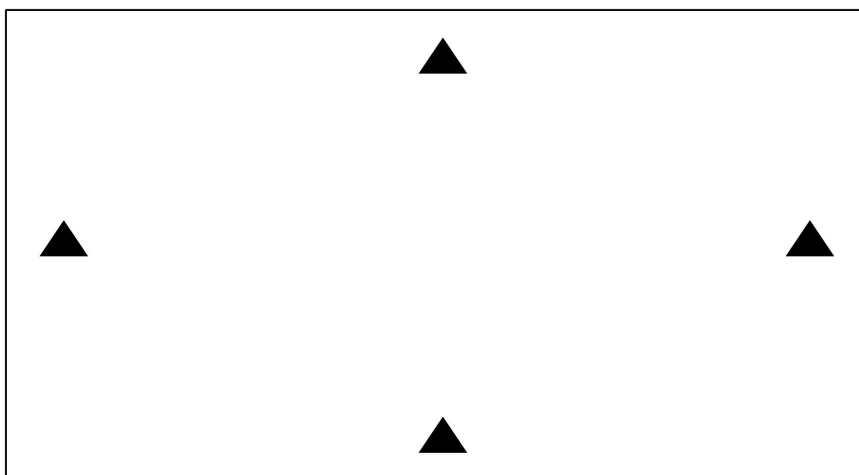
洁净度局部千级房间设置 6 个点

采样时培养皿放置距地面 0.8-1.5M，若有固定设备、仪器、手术床等，可放置在上面，层流洁净室应尽量避免高效送风口正下方，同时布点位置应避免障碍物，周边区域布点时应尽量避免回风口。周边区长边各放置两个培养皿，短边各放置一个培养皿共六个培养皿，培养皿上应标识生物实验室千级房间。



洁净度万级房间设置 4 个点

采样时培养皿放置距地面 0.8-1.5M，若有固定设备、仪器、手术床等，可放置在上面，层流洁净室应尽量避免高效送风口正下方，同时布点位置应避免障碍物，周边区域布点时应尽量避免避开回风口。周边区长边短边各放置一个培养皿共四个培养皿，培养皿上标识生物实验室万级房间。



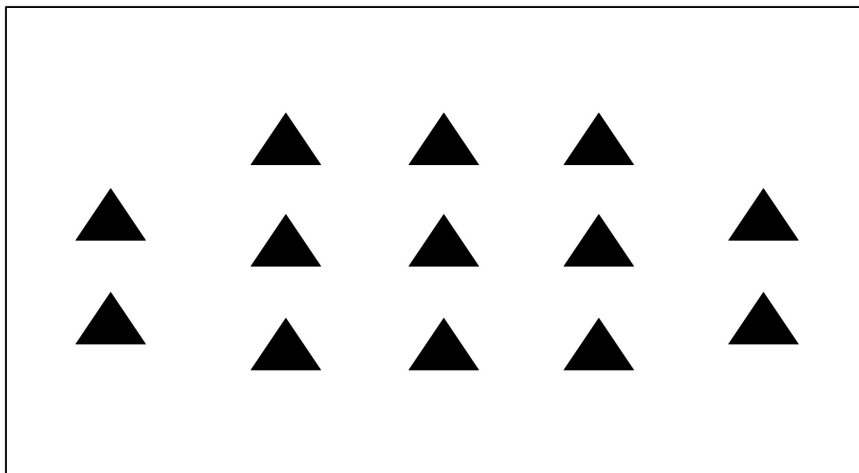
结果判定：

等级	沉降法细菌最大平均浓度	表面最大染菌密度 (个/cm ²)	空气洁净度级别
I	局部：0.2 个/30min · φ90 皿 其他区域 0.4 个/30min · φ90 皿	5	局部 100 级其他区域 1000 级
II	1.5 个/30min · φ90 皿	5	10000 级
III	4 个/30min · φ90 皿	5	100000 级



洁净度局部百级生物安全柜设置 13 个点

采样时培养皿放置在生物安全柜内，布点十三个培养皿，标识××科生物安全柜。



结果判定:

等级	沉降法细菌最大平均浓度	表面最大染菌密度 (个/cm ²)	空气洁净度级别
I	0.2/30min · φ90 皿	5	100 级

消毒灭菌效果监测及环境卫生学监测质量持续改进制度

1、各科室必须遵照执行《消毒技术规范》《医院感染管理办法》中的清洁、消毒、灭菌与监测管理规定，正确清洁、消毒、灭菌物品，根据以上规定做好环境卫生学及消毒灭菌效果监测工作。

2、各科室固定一名兼职监测护士或护士长做医院感染监测工作，固定期为一年以上。每月根据要求及科内物品危险性选择采样，及时回收报告结果，发现不合格时查找原因并向护士长报告，整改后再次监测。护士长监督检查监测结果。

3、感染管理科负责监测员的培训指导与督促检查工作，并定期对医院感染高危科室、重点人群进行监测。

4、定期到检验科查看监测结果，每月分析评价；发现不达标情况及特殊致病菌及时反馈科室并查找原因，提出整改措施，监测整改结果。

5、检验科按要求为各科提供监测用品，有特殊原因提前通知科室。监测结果严重超标或有特殊致病菌时及时通知感染管理科。



第四节 医院感染爆发、流行管理

医院感染暴发及医院感染突发事件的监测、报告、调查与控制制度

一、医院感染暴发及医院感染突发事件的监测与报告制度

(一) 出现医院感染流行趋势时, 经治医师应及时向本科室医院感染监控小组负责人报告, 并立即报告医院感染管理科。

医院感染管理科应立即报告主管院长和医务科, 并通报相关部门。医院感染委员会经调查证实发生以下情形时, 应当于 12 小时内向所在地的县级地方人民政府卫生行政部门报告, 并同时向所在地疾病预防控制机构报告。

- (1) 5 例以上医院感染暴发;
- (2) 由于医院感染暴发直接导致患者死亡;
- (3) 由于医院感染暴发导致 3 人以上人身损害后果。

(二) 医院发生以下情形时, 应当按照《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。

(三) 医院发生的医院感染属于法定传染病的, 应当按照《中华人民共和国传染病防治法》和《国家突发公共卫生事件应急预案》的规定进行报告和处理。

二、调查与控制制度

出现医院感染流行或医院感染突发事件时, 应采取下列调查与控制措施:

1、各科室应当及时发现医院感染病例和医院感染的暴发, 分析感染源、感染途径, 协助调查和执行控制措施, 积极救治患者。

2、医院感染管理科必须协助所在地的疾病预防控制机构及时进行流行病学调查, 查找感染源、感染途径、感染因素, 采取控制措施, 防止感染源的传播和感染范围的扩大。基本步骤为:

(1) 证实流行或暴发: 对怀疑患有同类感染的病例进行确诊, 计算其罹患率, 若罹患率显著高于该科室或病房历年医院感染一般发病率水平, 则证实有流行或暴发。

(2) 查找感染源: 对感染病人、接触者、可疑传染源、环境、物品、医务人员及陪护人员等进行病原学检查。

(3) 查找引起感染的因素: 对感染病人及周围人群进行详细流行病学调查。

(4) 制定和组织落实有效的控制措施: 包括对病人作适当治疗, 进行正确的消毒处理, 必要时隔离病人甚至暂停接收新病人。

(5) 分析调查资料, 对病例的科室分布、人群分布和时间分布进行描述; 分析流行或



暴发的原因，推测可能的感染源、感染途径或感染因素，结合实验室检查结果和采取控制措施的效果综合做出判断。

(6) 写出调查报告，总结经验，制定防范措施。

3、主管院长接到报告，应及时组织相关部门协助医院感染管理科开展流行病学调查与控制工作，并从人力、物力和财力方面予以保证。

4、当其它医院发生医院感染流行或暴发时，应对本地区或本院同类潜在危险因素进行调查并采取相应控制措施。

5、确诊为传染病的医院感染，按《传染病防治法》的有关规定进行管理。

医院感染暴发信息核查机制

核查机制主要是对临床科室上报的医院感染暴发或疑似暴发的信息进行进一步核查，以此来核实诊断，确认暴发，避免错报浪费资源。

1、首先确认是否为感染，应根据患者的症状、体征并结合临床医生的诊断来综合考虑是否为感染。如患者不存在感染，而确实培养出同一病原体，则应查清该病原体是污染还是定植。

2、如患者确实为感染，应根据患者的发病时间、症状和体征出现时间及疾病的潜伏期来判定是否为医院感染，如为医院感染，则需调查医院感染可能的感染源和感染途径，并通过其病例出现的规律来判断是人传人（不同病例间隔时间约为该疾病的潜伏期）还是同一暴露源所引起（短时间内大量病例出现）。

3、如确实存在医院感染，应统计医院感染病例数是否达到规范规定的暴发定义。

(1) 医院感染发病例数为 3 例或 4 例，条件允许情况下可用脉冲场凝胶电泳 (PFGE) 检测其同源性（我院没有同源性分析仪，只能看细菌耐药谱是否相同），如 3 例或以上的病原体具有同源性则可确定为医院感染暴发，应按《医院感染暴发报告及处置管理规范》进行上报。

(2) 医院感染发病例数为 3 例或 4 例，但未能培养出病原体，则只能定义为疑似医院感染暴发。

(3) 医院感染发病例数为 5 例及以上，即可定义为疑似医院感染暴发病例，应按《医院感染暴发报告及处置管理规范》进行上报。

4、有关定义

(1) 医院感染暴发：指在医疗机构或其科室的患者中，短时间内发生 3 例以上同种同源感染病例的现象。

(2) 疑似医院感染暴发：指在医疗机构或其科室的患者短时间内出现 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感染途径的感染病例现象。



医院感染突发事件应急预案

一、总则

(一) 目的

有效预防、及时控制和消除医院感染突发事件及其危害，指导和规范医院感染突发事件的应急处理工作，最大程度地减少医院感染突发事件对医患健康造成的危害，保障医患身心健康与生命安全。

(二) 制定依据

依据《中华人民共和国传染病防治法(2004年)》《医疗卫生机构医疗废物管理办法(2003年)》《医院感染管理办法(2006年)》《国家突发公共卫生事件相关信息报告管理工作规范(2006年试行)》《传染病信息报告管理规范》《国家救灾防病与突发公共卫生事件信息报告管理规范(2003年)》《突发公共卫生事件与传染病疫情监测信息报告管理办法(2003年)》《国家突发公共卫生事件应急预案(2006年)》、卫生部关于修改《突发公共卫生事件与传染病疫情监测信息报告管理办法的通知》等。

(三) 适用范围

适用于突然发生，造成或可能造成医患双方身心健康等医院感染突发事件的应急处理工作。

(四) 工作原则

1、预防为主，常抓不懈。提高医护人员对医院感染突发事件的防范意识，落实各项防范措施，做好人员、技术、物资和设备的应急储备工作。对各类可能引发医院突发事件的情况要及时进行分析、预警，做到早发现、早报告、早处理。

2、统一领导，分级负责。突发事件应急组织体系在应急领导小组的统一领导和指挥下，按照预案规定，在各自的职责范围内做好突发事件应急处理的有关工作。根据突发事件的范围、性质和危害程度，对突发事件实行分级管理。

3、依法规范，措施果断。按照相关法律、法规和规章的规定，完善突发事件应急体系，建立健全系统、规范的突发事件应急处理工作制度，对突发事件和可能发生的突发事件做出快速反应，及时、有效开展监测、报告和处理工作。

4、依靠科学，加强合作。突发事件应急工作要充分尊重和依靠科学，要重视开展防范和处理突发事件的培训，为突发事件应急处理提供保障。各相关小组要通力合作、资源共享，有效应对突发事件。要广泛组织、动员广大医护人员参与突发事件的应急处理。

二、医院感染管理应急组织体系的职责及成员

(一) 领导小组

负责统一领导和指挥，组织、协调突发事件应急处理工作，并根据突发事件应急处理工作的实际需要，成立成员结构合理的指挥部。

组 长：院长

常务副组长：分管院长



副组长：所有副院长

组 员：医务科主任、护理部主任、感染管理科主任、门诊部主任

（二）临床专家组：负责组织对突发事件涉及人员的诊断救治。

组 长：医疗副院长

组 员：内、外、妇、儿、传科主任及相关专家

（三）流调小组

负责组织对突发事件进行流行病学调查，内容包括事件名称、初步判定事件的类别和性质、发生地点、发生时间、涉及人数、死亡人数、主要的临床症状和体征、可能原因、病原学检验等。

组 长：分管副院长

组 员：医务科主任、护理部主任、感染管理科主任。

（四）消毒、隔离及防护小组

根据突发事件的性质，负责消毒、隔离和防护技术指导 and 消毒实施工作。

组长：分管副院长

组员：总务科主任、感染管理科主任

（五）后勤及物质保障组：

负责消毒、隔离和防护等物资的日常储备和应急供应。

组长：后勤院长

组员：总务科主任、药械科主任。

（六）疫情信息组

根据传染病报告有关规定和突发事件信息报告有关规定，负责疫情的报告与院内信息交流工作。

组 长：分管副院长

组 员：公共卫生科主任、信息科主任。

三、医院感染突发事件应急处理流程

（一）日常监测

1、建立有效的医院感染监测制度医院感染管理专职人员定期对病区进行医院感染前瞻性调查，及时发现医院感染病例；临床科室出现医院感染散发病例时，经治医师应及时向病区院感兼职医生报告，并于24小时内报告医院感染管理科。

2、加强医疗废物的管理，科室确定责任人，每日对医疗废物的分类、收集、交接等情况进行巡查，发现问题及时向护士长或院感兼职护士报告，并立即报告医院感染管理科。

（二）预警

医院感染管理科根据监测信息，按照突发事件的发生、发展规律和特点，及时分析其危害程度、可能的发展趋势，及时做出预警。



（三）报告

1、报告人：医院任何部门为责任报告部门，临床医院感染管理小组成员为责任报告人，所有医护人员为义务报告人。

2、报告程序：上班时间立即电话或直接报告医院感染管理科，休息时间立即电话或直接报告医院总值班。

3、报告监督：任何部门和个人都有权向医院感染管理科及总值班报告突发事件及其隐患，也有权向医院领导举报不履行或者不按照规定履行突发事件应急处理职责的部门和个人。

（四）应急反应

1、原则

发生突发事件时，按照分级响应的原则，做出相应级别应急反应。同时，要遵循突发事件发生发展的客观规律，结合实际情况和预防控制工作的需要，及时调整预警和反应级别，以有效控制事件，减少危害和影响。要根据不同类别突发事件的性质和特点，注重分析事件的发展趋势，对事态和影响不断扩大的事件，应及时升级预警和反应级别；对范围局限、不会进一步扩散的事件，应相应降低反应级别，及时撤销预警。

突发事件应急处理要采取边调查、边处理、边抢救、边核实的方式，以有效措施控制事态发展。

2、措施

医院感染管理科接到突发事件报告后应在 30 分钟之内，赶赴事发现场采取相应措施。

2.1 初步证实

1) 初步证实流行或暴发对怀疑患有同类感染的病例进行确诊，若短时间内发生 3 例以上同源感染病例的现象，应计算罹患率，若罹患率显著高于该病区一般发病率水平，则证实有流行或暴发。

2) 初步证实医疗废物流失、泄漏、扩散和意外事故，确定流失、泄漏、扩散的医疗废物的类别、数量、发生时间、影响范围及严重程度。

2.2 院内报告

1) 医院感染管理科经初步证实后，根据突发事件的级别向分管院领导或值班院领导汇报，并根据突发事件的级别提出是否启动应急处理措施的建议。

2) 分管院领导或值班院领导经报医院应急领导小组批准后实施；医院应急领导小组根据突发事件情况决定是否成立应急指挥部，以及组成成员名单。

3) 应急指挥部对突发事件进行评估，并根据评估结果督促落实应急处理措施并评估应急处理的效果。

2.3 院外报告

按照突发事件的分级要求实行分类报告。



（五）突发事件应急反应的终止

突发事件应急反应的终止需要符合以下条件：突发事件隐患或相关危险因素消除，或未例医院感染病例发生后经过最长潜伏期无新的病例出现。

四、医院感染突发事件的分类应急处理措施

（一）医院感染的流行或暴发

1、分级

I 级

- 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。

II 级

- 1) 5 例以上医院感染暴发；
- 2) 由于医院感染暴发直接导致患者死亡；
- 3) 由于医院感染暴发导致 3 人以上人身损害后果。

III 级

发生 3 例以上 5 例以下医院感染暴发。

2、基本处理

2.1 指导医护人员根据医院感染病原学的流行病学特征做好个人防护措施。

2.2 开展医院感染病人的救治工作，实行重症和普通病人分开管理，对疑似病人及时排除或确诊，必要时隔离病人甚至暂停接收新病人。

2.3 查找引起医院感染的因素对医院感染病人、接触者、可疑传染源、环境、物品、医务人员及陪护人员等进行病原学检查和详细流行病学调查。

2.4 做好现场控制、消毒隔离、个人防护、医疗废物和排泄物等处理工作，防止院内交叉感染和污染。

2.5 分析调查资料对病例的科室分布、人群分布和时间分布进行描述；分析流行或暴发的原因，推测可能的感染源、感染途径或感染因素，结合实验室检查结果和采取控制措施的效果综合做出判断。

2.6 做好突发事件的信息报告。

2.7 确诊或疑似传染病人按规定及时转诊传染病院。

3、报告

3.1 院内报告程序

由医院感染管理科向分管院领导或值班院领导报告。

I 级立即报告；

II 级 1 小时内报告；

III 级 24 小时内报告。



3.2 院外报告程序

经应急领导小组批准后，由医院报告市卫计委、CDC 疾控科。

I 级：应在 2 小时内向区卫计委和区 CDC 报告。

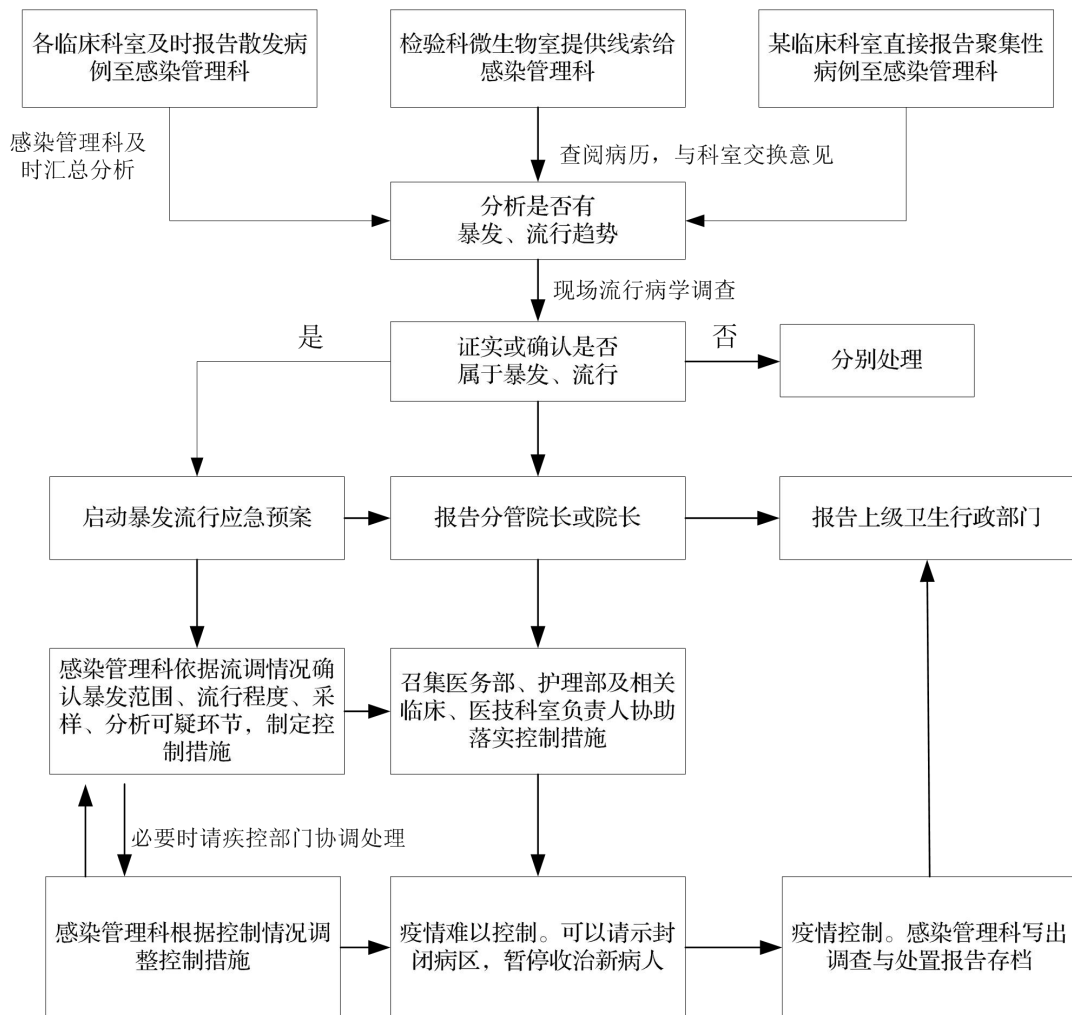
II 级：应在 12 小时内向区卫计委和区 CDC 报告。

III 级：医院内自行处理即可。

根据相关规定上报上级部门。



医院感染流行、暴发的报告及处置流程图





第五节 重点环节感染预防与控制

医务人员手卫生制度

为加强医务人员手卫生工作，预防和控制医院感染，提高医疗质量，保障医疗安全和医务人员的职业安全，根据卫生部《医务人员手卫生规范》要求，所有医务工作者人员必须遵守以下规定。

一、医务人员洗手指征：

1. 直接接触每个患者前后，从同一患者身体的污染部位移动到清洁部位时。
2. 接触患者黏膜、破损皮肤或伤口前后，接触患者的血液、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，接触清洁、无菌物品之前。
5. 接触患者周围环境及物品后。
6. 处理药物或配餐前。

二、手卫生设施：

- 1、设置流动水洗手设施。

手术室、产房、导管室、层流洁净病房、骨髓移植病房、器官移植病房、重症监护病房、新生儿室、母婴室、血液透析病房、烧伤病房、感染疾病科、口腔科、消毒供应中心等重点部门应配备非手触式水龙头。有条件的医疗机构在诊疗区域均宜配备非手触式水龙头。

- 2、应配备清洁剂。盛放皂液的容器宜为一次性使用，重复使用的容器应每周清洁与消毒。皂液有浑浊或变色时及时更换，并清洁、消毒容器。

- 3、应配备干手物品或者设施，避免二次污染。
- 4、应配备合格的速干手消毒剂。
- 5、手卫生设施的设置应方便医务人员使用。
- 6、卫生手消毒剂应符合下列要求：

- ①应符合国家有关规定。
- ②宜使用一次性包装。
- ③医务人员选用的手消毒剂应有良好的接受性，手消毒剂无异味、无刺激性等。

三、医务人员洗手的方法：

1. 采用流动水洗手，使双手充分浸湿。
2. 取适量皂液，均匀涂抹至整个手掌、手背、手指和指缝。
3. 认真揉搓双手至少 15 秒钟，应注意清洗双手所有皮肤，清洗指背、指尖和指缝，



具体揉搓步骤为：

- 3.1、掌心相对，手指并拢，相互揉搓；
 - 3.2、手心对手背沿指缝相互揉搓，交换进行；
 - 3.3、掌心相对，双手交叉指缝相互揉搓；
 - 3.4、右手握住左手大拇指旋转揉搓，交换进行；
 - 3.5、弯曲手指使关节在另一手掌心旋转揉搓，交换进行；
 - 3.6、将五个手指尖并拢放在另一手掌心旋转揉搓，交换进行；
 - 3.7、必要时增加对手腕的清洗。
4. 在流动水下彻底冲净双手，擦干，取适量护手液护肤。

四、合理使用速干手消毒剂：

医务人员手无可见污染物而又不方便流水洗手时可以使用速干手消毒剂消毒双手代替洗手。具体方法是：

1. 取适量的速干手消毒剂于掌心；
2. 严格按照洗手的揉搓步骤进行揉搓；
3. 揉搓时保证手消毒剂完全覆盖手部皮肤，直至手部干燥，使双手达到消毒目的。

五、医务人员在下列情况时应当进行手消毒：

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后。

手消毒方法是：先用流动水按七部洗手法洗手，然后使用手消毒剂按七部洗手法揉搓步骤进行揉搓，消毒双手。

呼吸机相关肺炎(VAP)的预防措施

- 1、如无禁忌证，应将床头抬高 30-45°。
- 2、对存在 VAP 高危因素的患者，常规做口腔护理，每日至少两次。
- 3、鼓励手术后患者（尤期胸部和上腹部手术）早期下床活动。
- 4、指导患者正确咳嗽，必要时以翻身，拍背，以利于干痰液引流。
- 5、严格掌握气管插管或切开适应症，使用呼吸机辅助呼吸的患者应优选考虑无创通气。
- 6、对气管插管或切开患者，吸痰时应严格执行无菌操作，吸痰前后，医务人员必须遵守手卫生规范。
- 7、建议使用可吸引的气管导管，定期（每小时）作声门下分泌物引流。
- 8、呼吸机螺纹管每周更换 1 次，有明显分泌物污染时则应及时更换；湿化器中须使用无菌水，每 24h 更换一次，螺纹管冷凝水应及时作为污水清除，不可直接倾倒在室内地面，不可使冷凝水流向患者气道。
- 9、对于人工气道、机械通气患者，每天评估是否可以撤机和拔管，减少插管天数。



10、正确进行呼吸机及相关配件的消毒。

①消毒呼吸机外壳、按钮、面板，使用 75%酒精擦拭，每天 1 次；

②耐高温的物品如呼吸机螺纹管、雾化器、金属接头、湿化罐等，首选清洗消毒机清洗消毒，干燥封闭保存。不耐高温的物品如某些材质的呼吸机螺纹管、雾化器等，应选择高水平消毒方法，如 2%戊二醛，含氯消毒剂等浸泡消毒，流动水冲洗、晾干密闭保存，也可选择真空消毒或环氧乙烷灭菌；

③不必对呼吸机内部进行常规消毒。

11、不宜常规采用选择性消化道脱污染(SOD)来预防 HAP/VAP。

12、尽量减少使用或尽早停用预防应激性溃疡的药物，包括 H₂ 受体附带剂如西米替丁或制酸剂。

13、对于器官移植、粒细胞减少症等严重免疫功能抑制患者，应进行保护性隔离，包括安置于层流室，医务人员进入病室时需戴口罩、帽子，穿无菌隔离衣等。

14、有关预防措施对全体医务人员包括护工定期进行教育培训。

导管相关血流相关预防措施

1、深静脉置管时应遵守严格的无菌操作要求，插管部位放置大无菌单。

2、操作人员应戴帽子、口罩，穿无菌手术衣。

3、认真执行手消毒程序，戴无菌手套，插管过程中手套意外破损应立即更换。

4、插管过程中严格遵循无菌操作技术。

5、使用的医疗器械以及敷料必须达到灭菌水平，接触病人的麻醉用品应当一人一用一消毒。

6、权衡利弊后选择合适的穿刺点，成人尽可能选择锁骨下静脉。

7、建议 2%洗必泰酊剂洗涤穿刺点皮肤。

8、建议选用抗菌定置导管。

9、患有疖肿、湿疹等皮肤病，患感冒等呼吸道疾病，感染或携带有 MRSA 的工作人员，在未治愈前不应进行插管操作。

10、用无菌透明专用贴膜或无菌纱布敷料覆盖穿刺点。

11、定期更换穿刺点覆盖的穿刺敷料，更换间隔时间：无菌纱布为 2d，专用贴膜可至 7d，但敷料出现潮湿、松动、沾污时应立即更换。

12、接触导管接口或更换敷料时，须进行严格的手卫生，并戴手套，但不能以手套代替洗手。

13、保持三通锁闭清洁，如有血迹等污染应立即更换。

14、病人洗澡或擦身时要注意对导管的保护，不要把导管浸入水中。

15、输液管更换不宜过频，但在输血、输入血制品、脂肪乳或停止输液时应及时更换。



- 16、对无菌操作不严的紧急置管，应在 48h 内更换导管，选择另一穿刺点。
- 17、怀疑导管相关感染时，应考虑拔除导管，但不要为预防感染而定期更换导管。
- 18、由经过培训且经验丰富的人员负责留置导管的日常护理。
- 19、每天评价留置导管的必要性，尽早拔除导管。

导尿管相关尿路感染预防措施

1. 尽量避免不必要的留置导尿。
2. 仔细检查无菌导尿包，如过期、外包装破损、潮湿，不得使用。
3. 应选用硅胶尿管，并选择合适的导尿管口径、类型，通常成年男性选 16F，女性选 14F。
4. 规范手卫生和戴手套程序。
5. 常规的消毒方法：用 0.1% 的碘伏消毒尿道口及其周围皮肤粘膜，程序如下：
男性：自尿道口、龟头向外旋转擦拭消毒，注意洗净包皮及冠状沟。
女性：先清洗外阴，其原则由上至下，由内向外，然后清洗尿道口，前庭、两侧大小阴唇，最后会阴、肛门，每一个棉球不能重复使用。
6. 插管过程严格执行无菌操作，动作要轻柔，避免尿道粘膜损伤。
7. 对留置导尿患者，应采用密闭式引流系统：
 - ①保持尿液引流系统通畅和完整，不要轻易打开导尿管与集尿袋的接口。
 - ②如要留取尿标本，可从集尿袋采集，但此标本不得用于普通细菌和真菌学检查。
 - ③导尿管不慎脱落或导尿管密闭系统被破坏，需要更换导尿管。
 - ④疑似导尿管阻塞应更换导管，不得冲洗。
 - ⑤保持尿道口清洁，每天用 0.1% 碘伏擦洗消毒会阴及尿道口。
 - ⑥患者洗澡或擦身时要注意对导管的保护，不要把导管浸入水中。
 - ⑦不主张使用含消毒剂或抗菌药物的生理盐水进行膀胱冲洗或灌注来预防泌尿道感染。
 - ⑧悬垂集尿袋，不可高于膀胱水平，并及时清空袋中尿液。
 - ⑨长期留置导尿管病人，定期更换导尿管(1 次 / 2 周)和集尿袋(防返流 1 次 / 周)；疑似出现尿路感染而需要抗菌药物治疗前，应先更换导尿管。
 - ⑩每天评价留置导尿管的必要性，尽早拔除导管。

医院手术部位感染预防和控制措施

手术部位感染 (SSI) 是外科患者最常见的医院感染，包括浅表切口感染、深部切口感染、器官腔隙感染。其不仅增加医疗费用，延长住院时间，而且导致死亡率和再次住院率都显著高于没有感染者。应引起医务人员的广泛关注。为有效预防与控制 SSI，特制



定如下措施：

一、严格管理标准

- 1、手术室按规范加强消毒管理，确保手术部符合环境卫生学标准。
- 2、不同类别的手术安置在相应级别的洁净环境下进行。
- 3、传染病人手术安置在隔离手术间进行，医务人员严格执行隔离技术规范的规定；手术过程中手术室的门应当关闭，尽量减少人员出入，避免不必要的走动和交谈。
- 4、出入手术室应当严格遵循手术室管理规定和 workflows，控制闲杂人员进入；进入手术室人员按要求更换手术室专用工作衣、鞋、帽和口罩。

二、严格遵守规范操作

- 1、医务人员要严格执行无菌技术操作规范。
- 2、认真执行外科手消毒程序，戴无菌手套，必要时戴双层手套；手术过程中手套意外破损、手术衣、口罩、帽子潮湿应立即更换。
- 3、手术使用的医疗器械、器具以及各种敷料必须达到灭菌水平；接触病人的麻醉用品应当一人一用一消毒。
- 4、术者应努力提高手术技巧；避免在手术者背后传递器械和物品，坠落在手术床边缘以下或者手术器械台平面以下的器械和物品应当视为污染。
- 5、必须进行的伤口引流，应首选闭合式引流。
- 6、换药应严格遵守换药原则，先换清洁伤口、再换感染伤口、最后换隔离伤口；特殊感染病人如炭疽、气性坏疽、破伤风等应严格进行隔离并做好自我防护。
- 7、对择期手术的病人术前住院日应少于3天；手术部位的皮肤应先清洁；对于器官移植手术或处于重度免疫抑制状态的患者，术前应使用抗菌或抑菌皂液或20000mg/L葡萄糖氯己定擦拭洗净全身皮肤。
- 8、避免不必要的术前备皮；必须备皮时选择不损伤皮肤的脱毛方法，在手术当天或手术室内进行；严格消毒手术部位的皮肤，消毒范围应在手术野及其外扩展 $\geq 15\text{cm}$ 部位由内向外擦拭。
- 9、进入手术室洁净区域的物品、药品应当拆除外包装后存放，设施、设备应当进行表面的清洁处理。

三、严格遵循《抗菌药物临床使用指导原则》和本院管理办法，严格掌握预防性应用抗菌药物的指征，正确、合理使用抗菌药物。

皮肤软组织感染预防控制措施

为有效预防和控制皮肤软组织感染，特制定《皮肤软组织感染预防控制措施》如下：

一、一般预防措施

- 1、指导患者注意个人卫生，保持皮肤清洁干燥无汗液；保持衣服和被服清洁干燥、无皱褶；被汗液、尿液等浸湿时应及时更换；大小便失禁患者及时清洁局部皮肤，肛周



可涂皮肤保护剂，减少皮肤摩擦和刺激。

2、指导患者加强营养，增强皮肤抵抗力，预防褥疮发生。

二、专科预防措施

1、积极治疗或纠正可引起皮肤软组织感染的疾病或危险因素。患有皮肤病者应积极治疗，避免抓破损伤；注意皮肤出现的浅表伤口，及时处理体表软组织的损伤，防止继发感染；有效控制糖尿病患者的血糖水平，提高机体抵抗力。

2、对昏迷、瘫痪、老年等患者定期检查受压部位皮肤，避免局部皮肤长期受压；协助定时变换体位，2~3小时一次，必要时缩短变换体位的时间。尽量避免潮湿、摩擦及排泄物刺激；因治疗需要不允许过多翻身者，应使用特殊床垫、器具防止褥疮发生。

3、新生儿护理应手法轻柔，更换尿布、内衣时要防止损伤皮肤。尿布应柔软，勤于更换。保持婴儿皮肤干燥，经常更换体位，以防局部长期受压。做好产房、母婴同室、婴儿沐浴室的消毒隔离工作，控制感染源，预防脐炎、婴儿脓疱病的发生。

4、产妇要预防乳腺脓肿或乳腺炎的发生，保持局部清洁卫生，做好手卫生，如发现局部红、肿、热、痛等炎症表现及时做理疗等治疗。

5、做好烧伤感染的预防与控制工作，做好环境、物表、医务人员手的管理，严格执行无菌技术操作规程，及时采集标本送检，合理使用抗菌药物。必要时做好保护性隔离。

三、规范预防措施

1、认真执行无菌技术操作规程。腰穿、骨髓穿刺、活检、关节穿刺、静脉输液等必须严格皮肤消毒；给患者换药时应严格执行《临床换药感染预防与控制标准操作规程》。

2、严格执行《手术部位感染预防与控制标准操作规程》。

3、严格执行《医务人员手卫生标准操作规程》，努力提高手卫生的依从性。

4、严格器械清洗、消毒灭菌，按《医院消毒灭菌管理制度》执行。

5、做好环境清洁、消毒工作，严格执行《医疗机构消毒技术规范》。

输血传染性疾病预防措施和上报制度

为保障输血安全，有效预防医务人员职业暴露，特制定本制度。

一、预防输血传染性疾病预防工作规范

为预防输血性传染病发生，医护人员在临床操作过程中严格遵守以下操作规范：

- (1) 输血过程中要严格遵照无菌操作规程进行操作。
- (2) 禁止把任何药物直接加入血液内一同输注。
- (3) 输血前要严格落实输血前传染性疾病预防全套监测，并对输血风险进行有效告知。
- (4) 临床用血要按规范要求从合法采供血机构获取，并按规范流程用血。
- (5) 输血完毕，血袋保存24小时，以便对输血不良反应原因追查。

二、常见输血感染性疾病预防管理

1、预防输血后肝炎、病毒性肝炎的主要措施：



- ①大力开展无偿献血，使用国家正规血站提供的合格血液。
- ②对献血者必须进行国家规定项目的检测，使用经检测合格的血液。
- ③所有供临床输血用的血液均须在采集后留样复查，合格者方可发出输用。
- ④严格掌握输血适应证，由于输血有传播肝炎的危险，临床医师应权衡利弊，非必要时不要给患者输血。
- ⑤严格执行消毒制度，提倡使用一次性注射器、一次性输血器、血袋。
- ⑥保护受血者，可在输血后 24 小时内及输血后 1 个月时各肌注乙肝抗体 1 次，对经常输血的患者最好注射乙肝疫苗。
- ⑦大力提倡选择性的自身输血和成分输血。

2、预防输血传播艾滋病的主要措施：

- ①加强宣传教育，使公民认识到艾滋病的危害性，还应包括其经血传播的危险，使感染者或可疑感染者能自我从献血行列中退出。
- ②性病患者或有性病者、性滥交者、吸毒者等艾滋病高危人群禁止献血。
- ③禁止使用进口血液制品。
- ④对献血者进行抗 HIV 检测，阳性者不能献血。
- ⑤临床使用血液必须进行严格的检测和把关，杜绝漏检。
- ⑥严格掌握输血适应证，非必要时不输血。
- ⑦鼓励自身输血。

3、预防输血传播梅毒的主要措施：

- ①对有性病或性滥交者及其伙伴应杜绝献血。
- ②对献血者进行检查试验，阳性者不能献血。
- ③尽量输用在 4℃ 冷藏保存 3 天以上的血液。

4、预防输血传播巨细胞病毒感染 (CMV) 的主要措施：

- ①对免疫功能低下者，抗-CMV 阴性时，输用 CMV 抗体阴性血液。
- ②输用去白细胞（较好方法是用白细胞过滤器）的血液、洗涤红细胞。
- ③静注 CMV 免疫球蛋白，对易感者有预防作用。
- ④尽量输贮存血液，可减少 CMV 感染机会。
- ⑤对低体重儿和早产儿，尽量减少血液标本采集数量和次数，以免缺血过多而增加输血机会，以减少感染机会。

5、预防输血传播疟疾的主要措施：

- ①有疟疾病史者，须病愈 3 年后方能献血。
- ②在流行区暂住或作短期逗留者，离开后，既未服抗疟药，又无症状，6 个月后可以献血。
- ③对输入疑有疟原虫污染血液的受血者或在疟疾流行区的受血者，都应服用抗疟剂预防。输血前 24 小时，受血者可口服氯喹 1500 毫克，或输血后立即口服氯喹至少 300



毫克，连续 5~7 天。

④在疟疾流行区，有条件时对献血者作血清学检测，筛除疟原虫抗体阳性者。也可用注射肾上腺素的方法，促使疟原虫出现于外周血做血液涂片检查。

6、预防输血引发的其他输血相关疾病。

成人嗜 T 淋巴细胞白血病是发生于成人 T 淋巴细胞中的特殊类型的白血病，由嗜 T 淋巴细胞白血病病毒 I 型引起，可通过输血传播。目前主要流行区有日本南部的九州地区，加勒比海地区和非洲的尼日利亚北部地区。我国福建省沿海、粤东地区有小流行区，其他地区也有散在小区域发病病例。弓形体病是由于弓形体引起的一种细胞内寄生、人畜共患的流行性传染病，多为隐性感染，但能引起多系统损害，易通过皮肤黏膜和胃肠道感染，但也能通过输血、器官移植、胎盘传播。对于这两种类型的输血性传染病的预防主要通过对疫区接触史和相关检测来对供、用血者进行识别即可。

三、输血传染性疾病的上报管理

1、医护人员在输血过程中如出现异常情况应该立即通知值班医师和输血科值班人员，及时检查、治疗和抢救，并查找原因，做好记录。

2、医护人员对有输血反应或输血后感染的应逐项填写患者输血回报单，并返还供血库登记、保存，供血库每月统计上报当地血站。

3、对于输血后可能出现医源性损害的，科室要及时反馈到医务处，由医务处及时进行会诊处理。

4、确属输血引发的传染病，科室管床医师要按医院传染病管理规范要求进行传染病上报。



第六节 院感控制重点科室管理

● 急诊科

急诊科消毒隔离制度

- 1、急诊与普通门诊、儿科门诊分开，设单独出入口。
- 2、在实施标准预防的基础上，根据门诊病人就医特点以及疾病不同的传播途径采取相应的消毒隔离措施。
- 3、严格遵照预检、分诊制度，发现传染病人或疑似传染病患者，一定到指定隔离室诊治，并做好必要的隔离和消毒。
- 4、所有诊室必须设置流动水洗手设备，紧急情况下配备手消毒液进行手消毒。
- 5、各诊室应定时通风，诊疗桌、诊疗椅、诊疗床等每天清洁，被血液、体液污染后应及时进行擦拭消毒处理。
- 6、与病人皮肤直接接触的诊疗床单、诊疗巾要一人一用一消毒。听诊器每天由医生用75%酒精进行擦拭消毒；血压计袖带每周由护士用消毒液进行擦拭消毒处理。
- 7、所有急救器材必须在灭菌的有效期内使用。做到一人一用一消毒或灭菌，并且清洁保存。
- 8、病人使用的吸氧装置、雾化吸入器、氧气湿化瓶、呼吸机面罩、呼吸机管道等要一人一用一消毒，湿化瓶应每日更换湿化液。呼吸机的螺纹管、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。
- 9、各种无菌包及无菌容器中的消毒液，由专人负责定期灭菌或更换。
- 10、所有工作人员在接诊过程中必须严格执行无菌操作规程并做好自我防护。每次诊疗操作前后必须认真洗手、戴口罩。
- 11、抢救室、缝合室、治疗室、诊察室每日空气消毒一小时。
- 12、诊疗过程中产生的医疗废物的处理按《医疗废物管理办法》规定收集、转运和最终处置，禁止与生活垃圾混放。

救护车医院感染管理制度

一、人员、车辆管理

1. 护送人员穿工作服、戴口罩、帽子，必要时加用防护服、手套等防护措施。
2. 救护车管理有专人负责，专车专用。
3. 建立登记制度每次接送病人后进行详细登记。



二、消毒隔离制度

1. 每次接送病人后，对车内用品进行终末消毒。用 500mg/L 含氯消毒液擦拭救护车内部物体表面及地面保留 30 分钟后用清水抹擦。对经血液及致病性芽胞和结核分枝杆菌污染者用 2000mg/L 含氯消毒液擦拭。
2. 有血液体液污染时立即进行消毒处理。
3. 每次接送病人后开窗、开门通风 30min。
4. 运送传染病人则根据病原体的特性进行处理。
5. 如病人在接送途中需进行注射药物时，使用的一次性医疗用品用完后分类装入污物袋和利器盒，回院后送医疗废物暂存处，不可途中乱扔。

三、无菌操作管理

1. 无菌物品专柜存放，可重复使用的诊疗用品要求消毒或灭菌后再使用。
2. 开启的消毒液和无菌物品应注明开启时间，在有效期内使用。
3. 所有工作人员在接诊过程中必须严格执行无菌操作规程并做好自我防护。每次诊疗操作前后必须认真洗手、戴口罩。
4. 认真执行手卫生，配备手卫生用品。

● 手术室

手术室医院感染管理制度

一、人员方面的控制

- (一) 非参与手术工作的人员，禁止进入手术室。
- (二) 凡要参与手术工作人员应当具备手术室医院感染预防与控制及环境卫生学管理方面的知识，并要接受相关医院感染管理知识的培训，严格执行手术室相关制度、规范。
- (三) 工作人员进入手术室应当严格按照规定更换手术室专用的工作衣、戴口罩、帽子、换上手术室的专用鞋子，方得进入手术房间。帽子应能完全覆盖住头发，口罩应能完全覆盖口鼻。
- (四) 实际参与手术者，包括医师、洗手护士，必须遵照外科洗手规范洗手，方得上手术台。洗手后只能触及无菌物品并限制在无菌区域活动，无论是否为无粉尘手套，均不能忽视其存在的粉尘颗粒，所以戴好手套后应立即用无菌水冲洗干净。手术时禁止随意走动及尽量避免交谈。
- (五) 手术衣、口罩、帽子如被血液、体液污染或潮湿时，应立即更换。不要将口罩戴在脖子上，也不要将用过的口罩放在口袋里，处理用过的口罩时应提着口罩系带。
- (六) 工作人员患有皮肤病、手部有伤口者，不得参与上台手术。工作人员患有呼



吸道感染时，不得进入手术室，必要时带双层口罩进入；患有严重上呼吸道感染或其他传染性疾病时，应当限制进入手术室。

（七）每间手术室参观人数限于 3-5 人；参观者和实习医生必须远离术者一尺，不得随意靠近；严重感染手术，谢绝参观。

（八）手术结束后，医务人员脱下的手术衣、手套、口罩等物品应当放入指定位置后，方可离开手术室。

（九）访客、家属及厂商严格控管，禁止进入手术室。

（十）工作人员需要离开手术室时应更换外出衣及外出鞋。

（十一）病人术前一日尽可能沐浴，进手术室时一律贴身穿干净病员服，脱去鞋袜并戴好隔离帽。

二、环境方面的控制：

为防止交叉感染，无论是人员或器械都遵循单方向的原则：

清洁区—>手术区—>污物区。

（一）运送线路的控制：

病人运送：病人由病房送至手术室时，以转换台将病人由外部手术推床转至内部手术推床至手术室内或者由手术室专用推车至病房接病人到手术室。

工作人员：工作人员由外走道进入更衣室内，换上手术室的工作衣、戴上口罩、帽子、换好工作鞋后方得进入手术室内的清洁走道，再进入手术房间。手术结束，再由外走道送病人到普通病房或加护病房。若送病人至传染科或加护病房，需加套隔离衣、鞋套及口罩，要再进入手术室，必须重新更换新的口罩、帽子、工作鞋等。

物品运送：手术室与供应室采用一体化管理，手术室和供应室的污染区和无菌区各按专用通道（直通电梯）正确使用与清洁。手术用的敷料直接送至消毒供应中心打包间包装，手术器械由污物通道送往消毒供应中心经清洗、包装、消毒、灭菌。手术室的无菌包存放于手术室的无菌物品间。

（二）环境的维护：

1、手术部的建筑布局应当符合功能流程合理和洁污区域分开原则。功能分区应当包括：无菌物品储存区域；医护人员刷手、患者手术区域；污物处理区域。各个区域应有明显的标志，区域间避免交叉污染。

2、手术部的墙壁、地面光滑、无裂隙，排水系统良好。

3、手术房间的墙体表面、地面和各种设施、仪器设备的表面，应当在每日开始手术前和手术结束后进行湿式擦拭方法的清洁、消毒，墙体表面的擦拭高度为 2~2.5m。未经清洁、消毒的手术间不得连续使用。术日晨，用清水擦拭无影灯及手术室地面，500mg/L “84” 消毒液或 75%酒精擦拭室内物品，手术室自净 30 分钟。术后清洁房间，用 500mg/L 消毒液湿式拖地，手术室自净 30 分钟，遇感染手术、特殊感染手术，按照层流手术室感染、特殊感染手术术后处理方法处理。每周五进行清洁卫生工作，手术室内物品均须用



500mg/L“84”消毒液或75%酒精擦拭。辅助房间及走廊，每日用清水拖拭至少4次。

4、不同区域及不同手术房间的清洁、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、手术时尽量选用不脱颗粒的材质，包括手术房间的一切用品。

6、手术部应当选用环保型中、高效化学消毒剂，周期性更换消毒剂，避免长期使用一种消毒剂导致微生物的耐药性。

7、手术室的门在手术过程中应当关闭，尽量减少人员的出入。

（三）空调的控制：

1、各洁净手术房间，一般温度控制在22-24℃，湿度控制在50-60%，噪声为40-50分贝；手术室照明的平均照度为500LX左右；另装置压力控制器，以自动操作，保持手术室一定的压力（正压），洁净区对非洁净区的静压差为10Pa。并设有两段过滤设备，使输入手术室的空气达99.97%的洁净度。

2、洁净手术室每周定期对设备层的新风机组设备进行彻底清洁，每两周对净化机组设备进行彻底清洁，并进行记录。

3、消毒气体、麻醉废气的控制排放，应当利用单独系统或与送风系统连锁的装置。

4、对洁净区域内的非阻漏式孔板、格栅、丝网等送风口，应当定期进行清洁。

5、对洁净区域内回风口格栅应当使用竖向栅条，每天擦拭清洁1次，对滤料层应按照规定更换。

6、负压手术室每次手术结束后应当进行负压持续运转15分钟后再进行清洁擦拭，达到自净要求方可进行下一个手术。过滤致病气溶胶的排风过滤器应当每半年更换一次。

7、热交换器应当定期进行高压水冲洗，并使用含消毒剂的水进行喷射消毒。

8、对空调器内部加湿器和表冷器下的水盘和水塔，应当定期清除污垢，并进行清洗、消毒。

9、对挡水板应当定期进行清洗。

10、对凝结水的排水点应当定期进行检查，并进行清洁、消毒。

11、I~III级洁净手术室和I~II级其他洁净用房应当实行空气洁净系统送、回风的动态控制；IV级洁净手术室和III、IV级其他洁净用房可以通过末端为高效或者亚高效过滤器的局部空气净化设备实行动态控制，并设置工程专职人员负责手术进行中的计算机动态监控；非洁净区可以利用局部净化设备进行循环自净。

12、严禁使用有化学刺激、致癌因素的局部空气净化设备。

13、空气净化系统的送风末端装置应当保证密闭，不泄露。

14、负压手术室和产生致病性气溶胶的房间应当设置独立的空气净化系统，并且排风口安装高效过滤器。

15、排放有致病气溶胶的风口应采用密闭装置。

16、洁净手术部日常实行动态监测，必测项目为细菌浓度和空气的气压差。



17、每天可通过净化自控系统进行机组监控并记录，发现问题及时解决。

18、每月对非洁净区域局部净化送、回风口设备进行清洁状况的检查，发现问题及时解决。

19、每月对各级别洁净手术部手术室至少进行 1 间静态空气净化效果的监测并记录。

20、每半年对洁净手术部进行一次尘埃粒子的监测，监控高效过滤器的使用状况并记录。

21、每半年对洁净手术部的正负压力进行监测并记录。

（四）全面开展洁净手术部的日常监控：

1、沉降菌浓度：主要用于监测静态条件下的手术区和周边区的细菌沉降数，定点定位检验高效送风口细菌过滤的有效性。具体采用平板暴露法，该方法具有实用、操作简便的特点。

2、悬浮菌浓度：主要用于动态监测手术运行状态中的实际细菌浓度，检测和预测特殊手术综合因素下的感染危险性。具体使用固体撞击法（离心式采样器），该方法具有采样量大、采样范围自主性强的特点。

3、含尘浓度：主要用于监测静态洁净度的级别，当沉降菌检测固定出现超标时，必须及时用本方法补测，进行验证。

4、压差：主要用于监控洁净手术部内各区域的正常压差，防止发生由于气流走向产生错误，而导致手术感染。

5、温度：温度的控制实际上是控制细菌浓度的有效手段。

6、相对湿度：与细菌的生存率密切相关。

三、灭菌物品器械的维护：

（一）进入手术部洁净区域的物品、药品应当拆除其外包装后进行存放，进入手术部的新设备或者因手术需要外带的仪器、设备，应当对其进行检查、清洁处理后方可进入和使用。无菌物品应当存放于无菌物品区域中，环境干燥通风，温度控制在 18-22℃ 之间，湿度控制在 35%-60%之内。

（二）每台手术都备有各自的篮车，放置手术所需的器械、包布。

（三）供应室护士对灭菌物品的供应均需注意灭菌包的有效期限、灭菌指示带的颜色变化、包布的完整性等。

（四）依无菌技术原则打开灭菌包，若包内有异物，视为非无菌，应重新更换。若无菌物品一旦落地，与潮湿物品接触，包装松散或筛孔未闭，一律作为污染包处理。

（五）手术中使用之无菌生理盐水及无菌蒸馏水，做为清洗伤口、沾湿纱布使用或手术器械使用，应注意有效日期，且当日手术结束未使用完毕即视为污染，不可再使用。

（六）处理灭菌物品需依下列无菌技术之原则：

1、放置无菌区的物品都必须是无菌的。

2、如果无菌包掉落地上，就不应再打开使用，应视为被污染，需重新灭菌。



- 3、手术衣的无菌范围由肩膀至腰部。
- 4、双手切勿交叉放在腋下，必须放在腰部上，肩膀下的位置。
- 5、已被打开的无菌包，边缘部分视为污染部位。
- 6、无菌台仅桌面以上为无菌区。
- 7、刷手者方能接触无菌面，非刷手者仅能接触非无菌物。
- 8、无菌区附近活动时，注意不可污染无菌区。
- 9、手术衣及无菌被单等被渗透时，即以被污染视之。
- 10、对无菌物确实性有所怀疑时，即以非无菌物视之。
- 11、在无菌区内只允许使用无菌物品，若对物品的无菌性有怀疑，应当视其为污染。
- 12、医务人员使用无菌物品和器械时，应当检查外包装口的完整性和灭菌有效日期，包装不合格或者超过灭菌有效期限的物品不得使用。
- 13、不能在手术者背后传递器械、用物，坠落在手术床边缘以下或者手术器械台平面以下的器械、物品应当视为污染。
- 14、手术使用的医疗器械、器具以及各种敷料必须达到灭菌要求。
- 15、一次性，使用的医疗器械、器具不得重复使用。
- 16、接触病人的麻醉物品应当一人一用一消毒。
- 17、每台手术未用过的器械（未打开包装）由辅助护士在手术结束时归还至无菌物品存放室。

（七）对于一次性物品的管理，必须由设备部门统一集中采购，使用部门不得自行采购。在进口一次性使用医疗用品时，应要求有国家医药管理局颁发的“注册证”，凭“注册证”办理省以上卫生行政部门及工商行政管理机构的“卫生许可证”及“经营许可证”，产品包装应有对应的中文标识和注册证号，做到三证齐全。严把进货关，坚持主渠道进货。

（八）手术室内一次性物品应有专柜放置，标签明确，并按规定排列，定位定量，定期检查清点并记录，防止过期，确保紧急使用。如发现产品不合格或质量有问题，应立即停止发放和使用，并通知相关部门。

四、污物处理

处理污物时均应依照标准防护措施执行。尤其是在不了解病人的各项化验结果的情况下（如急诊病人，不配合检查的病人等），将其血液、体液、分泌物、排泄物（不包括汗液）均视为具有传染性，在接触上述物质、粘膜与非完整皮肤时必须采取相应的隔离措施。如戴手套；正确使用口罩、护目镜和面罩；适时穿隔离衣、防护服、鞋套；处理污物前后注意手卫生等。

（一）器械：

- 1、手术中沾有血迹的器械，用湿布擦拭。
- 2、关腹时应使用专用的关腹包。



- 3、器械归位置于器械盘内，以湿布覆盖，防止致病源之散播。
- 4、器械收好后，放于污物通道的运送车上，送至中心供应室集中清洗处理。
- 5、器械需要手工清洗时，应遵循预冲洗→酶洗（浸泡，刷洗）→冲洗→干燥的步骤。

（二）引流液：

引流液倒入清洗污物槽进入医院下水道内，由专门的污水处理站进行处理。吸引瓶放入专用的吸引瓶清洗机内进行高水平消毒处理。

（三）布类：

- 1、污染或湿布类以污衣袋装好，由投送口送洗衣房消毒、再清洗。
- 2、打开未用的包布仍送包布处理区。

（四）医疗废物：

1、手术使用后的一次性注射器、输液器针头、手术刀片、麻醉穿刺针等锐利废弃物废弃于黄色硬塑料制成的硬质容器内，最后统一交医院专职回收人员回收。

2、感染性废物如沾有血迹的纱布、引流管或其它沾有体液的污物均投入有“感染性废物”标示的黄色塑料袋，当盛装的医疗废物达到包装物或容器的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严实、紧密。由专职回收人员送至集中处理。

3、生活垃圾（如办公垃圾）放置在黑色垃圾袋中集中处理。

4、所有医疗废物从产生、分类收集、密闭包装到转运处置都必须严格按照《医疗废物管理条例》严格执行处理。科内有交接登记。

五、已确认传染性疾病患者的隔离措施

（一）术前做好访视宣教的工作，确定传染性疾病患者的手术应安排于当日最后一台，并安排在隔离手术间进行手术，并设有明确指示、隔离标志、隔离衣。限制人员随意进出，谢绝参观。

（二）接送病人的推车使用一次性床单，用后焚毁，推车用消毒液擦拭。

（三）用物尽可能使用一次性物品。

（四）手术结束后，应当对手术间环境及物品、仪器等进行终末消毒。

（五）手术后的废弃物管理应当严格按照《医疗废物管理条例》及有关规定进行分类、处理。

（六）医务人员在进行感染物品终末处理时应严格按照标准预防措施进行。

手术室消毒隔离制度

1. 基本要求：严格区分限制区、半限制区、非限制区，手术人员按要求着装及活动。

1.1. 划分急诊手术区及择期手术区，感染手术室进行。人员不得串室，各种用物按规定处理，因诊断不明在无菌手术间进行感染手术后，必须进行彻底清扫与消毒。

1.2. 手术间污物分类放置，使用后的一次性医疗用品均按感染性废物处置，器械包裹后送器械清洗间按规范处置。



1.3. 无菌物品应放在无菌物品存放室，分类定位放置。室内通风、干燥、清洁，做到无尘、无杂物。每日检查，确保无过期现象。

1.4. 各种无菌包均用化学胶带封包，内放化学指示卡，以监测灭菌效果。

1.5. 手术间只允许放置必备设施，并须定期擦拭和消毒。净化手术间每次用后清洁处理自净半小时后方可再次使用。污染手术后立即消毒。普通手术室每日空气消毒。

1.6 严格控制进出手术室的人员。

1.7 专人负责消毒灭菌的效果监测、感染监控、资料储存和信息上报工作。

1.8 按规定做好周期消毒工作。

2. 麻醉用具处置规范

2.1. 一次性用具如：牙垫、气管插管、各种穿刺包、穿刺针、换能器等用后按医疗废物处置。

2.2. 麻醉喉镜片清洗擦干后压力蒸汽灭菌或浸泡于 2%的戊二醛中消毒

2.3. 呼吸囊用清水洗净晾干备用。

2.4 一次性螺纹管一人一用一更换。

2.5. 可视喉镜、支气管镜用后按消毒内镜处理。

3. 特殊感染手术处置要求

3.1. 气性坏疽毒体等感染为特殊感染性手术。

3.2. 安排在感染性手术间进行，手术间挂“隔离”标志，禁止参观。

3.3. 手术人员进入必须穿隔离衣，戴手套。进入手术间后，不得随意出入。

3.4. 巡回护士应安排 2 人，其中 1 人负责手术间外物品供应。

3.5. 手术间物品尽可能准备齐全，不用的物品术前移出手术间。

3.6 尽量使用一次性敷料，用后焚烧处理。布类用后经有效浸泡消毒后送洗。

3.7 使用后的器械，在手术间用双层垃圾袋密封，标明感染源送消毒供应中心按特殊感染的器械处理。

3.8 手术结束，地面、墙壁及物体表面用含有效氯 1000mg / L 消毒剂擦拭。

3.9. 所有人员离开手术间时，应将隔离衣、手套等脱放在手术间内，就地浸泡，更换清洁拖鞋、帽子等。

3.10 各种瓶、桶等用 1000mg / L 含氯消毒剂浸泡 30-60 分钟，用过氧乙酸熏蒸空气消毒，密闭 24 小时后方可将各种物品移出手术间，彻底通风后做空气监测，合格后手术间方可再次使用。

4. 环境清洁要求

4.1. 手术室采取湿式清扫。保持整洁、干燥、无尘。

4.2. 各种物品按规范图摆放，保持手术间整洁。每次手术前后擦拭室内物体表面，清洁地面。

4.3. 每日用含氯消毒液清洁限制区走廊 2 次。每周对手术间彻底清扫一次。每日清



洁车辆并更换被服。

4.4. 所有进入限制区的物品、设备均应拆除外包装，擦拭干净方可入内。

4.5. 接台手术应达层流自净时间（30 分钟）；每周清洗层流回风口及滤网，设备层有专人管理，定期更换过滤网。

4.6 手术室的拖把、敷料桶、抹布等清洁工具应固定使用，定期消毒处理。

● 产房

产房医院感染管理制度

一、建筑布局

1、产房应与手术室、产科病房和新生儿室相邻近。环境必须清洁、安静无污染源并可形成便于管理的相对独立的区域。布局合理，严格划分无菌区和清洁区、污染区。

2、产房内应宽敞，光线充足，空气流通；陈设简单实用，并便于消毒；墙壁及天花板无裂隙，不易落尘土；地面应光滑，便于清洗和消毒。

3、分医疗区和辅助区，医疗区包括待产室、隔离待产室、正常分娩室和隔离分娩室及治疗室。每张产床使用面积应不少于 16cm²。

二、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、呼吸道综合症及传染病等感染性疾病时应离岗或调岗。

3、诊疗过程中应遵循标准预防原则，有体液暴露危险时应戴防护面罩、穿防水围裙和防护鞋。

4、凡进入分娩室的工作人员须更换衣裤和鞋、戴好口罩、帽子。接触病人前后，医务人员须进行手卫生。

5、接生或助产前应按照手术人员要求进行外科手消毒、戴好口罩、帽子、穿无菌手术衣、戴无菌手套。

6、产妇进入分娩室更换干净衣物和换鞋，个人物品不得带入室内。

三、环境管理

1、每日用消毒液擦拭待产室、分娩室的门面、桌椅等，每班用消毒液擦拭地面 1-2 次。

2、分娩室每日通风 2 次，每次 30 分钟。通风不良时可安装空气净化消毒器。每台分娩后应湿式擦拭地面及产床周围的各种物体表面，有明显污染是使用清洁剂或消毒剂擦拭。分娩室和待产室每周进行一次大扫除，对室内空气及家具物表彻底消毒一次。窗台、墙面定期湿式擦拭，有明显污染是使用清洁剂或消毒剂擦拭。清洁用具专室专用，



标示清楚，使用后分开清洗消毒晾干备用。

四、物品管理

1、产床上的所有织物均应一人一用一消毒。感染性和非感染性织物应分开收集、标示明确。不应在产房内或走廊上清点脏污织物。

2、接触患者的所有物品均应一人一用一消毒或灭菌。

3、脐部护理使用的敷料及脐包应灭菌，并在有效期内。

4、备皮用具首选一次性物品，否则应采取有效的消毒处理方法。

5、接送产妇的平车保持清洁，隔离产妇使用后应立即消毒。

五、隔离管理

对有潜在传染性疾病的产妇应隔离待产、隔离分娩。医务人员采取相应的隔离措施，所有物品严格按照消毒灭菌要求单独处理，尽可能使用一次性物品。分娩结束后房间应严格进行消毒处理。用过的一次性物品及胎盘必须放入双层黄色塑料袋内密闭运输，按感染性医疗废物处理。

产房消毒隔离制度

一、布局及人员管理

1、产房布局合理，严格划分非限制区、半限制区及限制区，各区之间应有实际的隔离屏障，标识明确。

(1)非限制区设于产房最外侧，包括换鞋及平车入室区、更衣洗澡区、厕所、值班室、休息室、处置室等。

(2)半限制区包括办公室（桌）、待产室、准备间、洗涤间；

(3)限制区在内侧，包括分娩室，刷手间及无菌物品存放室等。

2、应设置隔离待产室和隔离分娩室，无条件时可设置隔离床。

二、分娩前产妇的管理

1、产妇产前应进行 HBV、HIV、梅毒抗体的检测，阳性者应按消毒隔离原则处理。

2、产妇进入产程应入住待产室，患有感染性疾病产妇应安置在隔离待产室待产，严格执行消毒隔离制度。

三、助产人员的准备

1、进入产房前应修剪指甲，除去各类手部饰品，不得涂指甲油。

2、医护人员进入产房必须更衣、换鞋、戴帽子，外出时更换外出服及鞋，非本室工作人员未经许可不得入内。

3、患有呼吸道感染性疾病，皮肤有伤口以及其他传染病的工作人员不得进行助产及手术操作。

四、接生中的感染预防及控制措施。

1、协助产妇穿腿套或盖被，注意保暖。



2、准备产包、侧切包等接生用品，器械包内备断脐专用剪及无菌纱布、棉签无菌手套等。

3、备皮、消毒会阴部、去除阴毛。

4、助产人员严格外科手消毒，穿防渗透的无菌手术衣或围裙、戴无菌手套。

5、整理台上的器械及物品—铺无菌巾—根据情况选择麻醉方法—根据产妇的情况实施会阴侧切术。

6、保护会阴，协助胎儿娩出→清理新生儿呼吸道内的分泌物→处理脐带→用医用液体石蜡油祛除胎儿体表的胎脂。

7、粘膜（尿道口、阴道）可使用 0.05%碘伏消毒；新生儿脐带应使用 2.5%碘酊或其他含碘消毒剂消毒处理。

8、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；无菌物品一经打开，不得再放回无菌柜内；产包打开后限 4 小时内使用，其他无菌物品一经打开 24 小时内使用，新生儿断脐器械禁止与其他助产器械混用。

9、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，重新灭菌处理；一次性医疗器械、器具不得重复使用。

10、可疑宫内感染时，立即留取标本送细菌培养。

11、医护人员应严格执行手卫生制度，接台助产人员，在两台之间应消毒手，更换手套和无菌手术衣等。

12、为急诊产妇及患有感染性疾病的产妇接产应做好职业防护（如戴护目镜、穿防水围裙等），医务人员严格执行隔离预防技术的规定，术后彻底清洁和消毒。

13、控制产房内人员数量，保持室内出入门关闭状态，避免不必要的走动和交谈。

五、器械及物品消毒灭菌措施

1、接生用的器械、胎头吸引器等用品，必须一用一清洗、灭菌。

2、可重复使用的新生儿复苏设备如：吸耳球、喉镜、简易呼吸气囊等，每次用后必须进行清洗、消毒或灭菌。耐湿热的的首选高压灭菌，不耐热的可使用 500mg/L 含氯消毒剂浸泡 30 分钟后，用无菌水冲洗。

3、吸引器管路、吸引瓶使用后及时清洗、消毒，用 500mg/L 含氯消毒剂浸泡 30 分钟，干燥保存；一次性吸氧管，吸痰管、吸引管等不得重复使用。

4、使用后的器械、器具及物品，分类放入专用的收集容器内，由供应室统一回收、清洗、消毒、灭菌。

5、医疗废物分类收集、每天清理，及时运转。

6、定期对消毒、灭菌效果和环境卫生学进行监测，有记录。

六、清洁、消毒措施

1、空气消毒：可采用动态空气消毒机进行持续消毒，定时消毒时间每次不少于 60 分钟。



2、物体表面、地面：在每日工作结束后应进行清洁和消毒；若有血液、体液污染时，应先去除污染物，再进行清洁和消毒，每周进行一次彻底的大扫除和消毒。

3、待产床、产床、床垫等：如被血液、体液等污染时，应用 500mg/L 有效氯消毒液擦拭消毒，及时更换防水床单（垫）；脏被服送洗衣房清洗、消毒。

4、隔离产房的消毒：隔离产房使用后应作终末消毒处理。空气消毒可采用空气消毒机消毒，每次消毒 60 分钟；物体表面、使用 1000mg/L 含氯消毒剂擦拭消毒，医疗废物装双层袋；脏被服装袋，注明“传染”送洗和消毒。

5、不同区域或不同用房的清洁、消毒用品专室专用，标识醒目，避免交叉感染。

隔离产房消毒隔离制度

一、医护人员消毒隔离管理：

1、医护人员入隔离室前加穿一次性隔离衣和鞋套，接触病人必须戴手套。

2、工作人员在室内不坐产床。离开时脱去隔离衣、鞋套、消毒双手。

二、室内消毒隔离管理：

1、物体表面及地面每天上午、下午使用含有效氯 500mg/L 消毒液擦拭一次，污染时随时擦拭；台面、椅、柜等每天消毒液抹二次，门窗每周一次，室内每月大扫除一次；抹布、扫帚、地拖专用。室内空气用紫外线每日消毒二次，每次 60 分钟；每季度对室内空气、物表、医护人员手等进行微生物学监测，记录完整。

2、室内所有物品固定专用，用后用含有效氯 500mg/L 消毒液浸泡消毒并挂明显标志。

3、更换的布类物品用红色胶袋密封装好，并在袋外做标记送洗衣房处理；病人转出后，产床用含有效氯 500mg/L 消毒液擦洗床垫、枕芯等及房间密闭消毒 2 小时。

三、病人的消毒隔离管理：

1、病人限制在隔离分娩室内待产、分娩，不得外出。

2、进入隔离分娩室前在检查床上换产妇衣服，病人的一切物品不得带入。

四、医疗器械消毒隔离管理：

1、病人使用的一次性无菌医疗用品严格执行一人一针一管一用。使用的一次性医疗用品：如：产包、中单（含垃圾）用后用黄色袋密封并在袋外写标志牌，统一焚烧处理。

2、产妇分娩后在隔离分娩观察两小时无特殊后，用平车转送至爱婴区交班，产房及平车一次性医疗用品、一切废物分类放入黄色袋内密封，并在袋外写标示牌，统一焚烧处理。平车用含有效氯 500mg/L 消毒液擦洗。

3、用后的器械、物品密闭后注明感染源送入消毒供应中心，先放入 1000mg/L 含氯消毒剂浸泡 60 分钟、清洗、灭菌。

母婴同室消毒隔离制度



- 1、母婴同室应保持空气流通，每天早晚通风一次，每次 30min
- 2、地面及物体表面每日湿式打扫，如有血液，脓液污染时用有效氯 2000mg/L 消毒液消毒处理。
- 3、母婴一方有感染疾病时，患病母婴均应及时与其它母婴隔离，产妇在传染病急性期，应停止哺乳。
- 4、产妇哺乳前应洗手，清洁乳头，哺乳用具一婴一用一消毒，隔离婴儿用具单独使用，双消毒。
- 5、婴儿沐浴时先洗正常新生儿，再洗感染新生儿。沐浴用品如沐浴液、爽身粉等应用不可回流式，并保证瓶内物品不被污染。沐浴用物如护托、洗澡盆等应一婴一用一消毒。拆襦与包襦时防止洁污交叉。
- 6、婴儿治疗护理用品等应一婴一用，避免交叉使用。
- 7、医务人员在接触婴儿前后均需认真执行手卫生制度。
- 8、医务人员患化脓性及其它传染性疾病，应暂时停止与产妇、婴儿接触。
- 9、严格探视制度，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。
- 10、母婴出院后，其床单位应彻底清洁、消毒。



● 新生儿

新生儿科消毒隔离制度

一、人员管理

1、本病室工作人员入室前必须衣帽整齐，更换拖鞋，洗净双手。新进人员须接受手卫生及本病室的消毒隔离制度培训后方可开始工作，患呼吸道疾病及传染病者不得入内，严格控制非本室人员进入病区。

2、诊疗操作时，应严格执行无菌技术操作规程。

3、感染性疾病、多重耐药菌感染或不明原因疾病的患儿应单间隔离，无条件时同类疾病可同室隔离，护理人员固定、诊疗用品专用，医务人员接触患儿前应加穿隔离衣，脱隔离衣洗手后方可接触其它患儿。

4、限制不必要的探视，确需探视时，探视者不得有急性感染性疾病，接触新生儿之前医务人员应指导探视者做好手卫生。

二、布局合理

分足月儿室、早产儿室、隔离室、配奶室、沐浴室、治疗室、更衣室、处置室。新生儿病房应相对独立，布局合理，一般新生儿病房每张床位占地面积不少于 3m^2 ，床距不少于 90cm ，新生儿重症监护病房每张床占地面积不少于一般新生儿床位的2倍。

三、呼吸机的消毒：

1、一次性呼吸机管道不得重复使用；可重复使用的呼吸机管道送供应室集中处理，耐高温的部分必须采用高压蒸汽灭菌，不耐高温的部分低温消毒。

2、每天更换加湿器内的灭菌蒸馏水。

3、呼吸机的过滤器应定期检查和更换。

4、气管内导管和吸引管使用时必须保证无菌，并严格实行无菌操作。

5、灭菌水或药液应在打开容器的当日使用；剩余部分不能留待次日再用。

6、呼吸机及附属物品：500mg/L含氯消毒剂擦拭外壳；按钮、面板则用75%酒精擦拭，每天1次。

四、物品管理

1、诊疗、护理病人过程中所使用的非一次性物品，如监护仪、输液泵、微量注射泵、听诊器、血压计、氧气流量表、心电图机等，尤其是频繁接触的物体表面，如仪器的按钮、操作面板，应每天仔细消毒擦拭，建议用75%酒精消毒。对于感染或携带MRSA或泛耐药鲍曼不动杆菌的病人，医疗器械、设备应该专用，或一用一消毒。

2、护理站桌面、病人的床、床栏、床旁桌、床头柜、治疗车、药品柜、门把手、电话按键、电脑键盘、鼠标等，每天用500mg/L含氯消毒剂擦拭。当这些物品有血迹或体



液污染时，应立即使用 1000mg/L 含氯消毒剂擦拭消毒。

3、床单、被服，如有血迹、体液或排泄物等污染，应及时更换。新生儿所用尿布、衣服、被服等应选用易于消毒和灭菌的棉制品，使用前高压蒸汽灭菌，并专柜保存。

4、新生儿温箱、蓝光箱等，每日擦拭消毒；每周一次大消毒。

5、奶瓶、奶嘴使用后及时清洗，避免奶垢残留，经消毒处理后使用。

五、环境管理

1、空气：开窗换气每日 2~3 次，每次 20~30min；每月清洗空气消毒机过滤网一次。每季 1 次定期监测空气、工作人员手、物体表面、消毒剂等，奶具和温箱每月一次监测，对结果进行分析，发现问题及时报告，并采取相应的改进措施。

2、墙面和门窗：应保持无尘和清洁。

3、地面：无明显污染时，使用 500mg/L 含氯消毒剂擦拭消毒所有地面，有血迹或体液污染时，应立即用 1000mg/L 含氯消毒剂擦拭消毒。

4、各室抹布应分开使用，使用后清洗消毒，晾干分类放置。

六、温箱的清洗消毒

1、新生儿温箱由专人负责清洁消毒。

2、备用状态温箱每日清洁温箱表面浮灰一次。

3、温箱内有任何血迹、污迹必须立即清洗消毒。使用中的温箱每日用 500mg/L 含氯消毒剂擦拭温箱表面，清水擦净温箱内表面；每日更换温箱湿化水、清洗消毒湿化槽。

4、温箱停止使用（患儿出温箱、出院、死亡）或温箱连续使用达一周，必须行温箱大消毒，将温箱能拆卸的部分全部拆卸下来，温箱内外面彻底清洗消毒，通风 30min。

5、每周清洗温箱过滤网一次。

6、每月行温箱内外表面微生物监测一次，对结果有分析并记录。

隔离新生儿的消毒隔离管理制度

一、根据感染种类和医院隔离规定，进行室内的清洁和消毒。

二、可能需要观察或隔离的婴儿不要放入正常新生儿室，而从分娩室直接入新生儿隔离室。

三、如条件允许产妇独处，可在单人房内母婴同居。

四、个别具有潜在感染的新生儿，可以转到新生儿隔离室，或与母亲一起出院，或持续母婴同居。

五、感染流行时，新生儿则按出生时间分组护理。

六、发现新生儿大便异常，立即送大便培养，并报告医生做好床旁隔离，接触患儿前后彻底洗手，严密观察，直到医生为患儿作出进一步诊断和治疗为止，已明确诊断为感染性腹泻者，将母婴单独隔离在一间房，也要在母婴之间床旁隔离。

七、发现任何皮肤病灶，均应由护士报告并交班，在病历上做好记录或标记，接触



疑似或有皮肤炎性感染病灶的婴儿，按规定穿隔离衣，并彻底洗手，直到医生检查婴儿明确诊断及制订处理方案。患有严重化脓性感染的婴儿，必须转到新生儿隔离病室。

八、患有鹅口疮，脓疱疮无需治疗的婴儿可留在婴儿室，但布类及用品应隔离。

九、产妇患有某种可能影响婴儿的感染性疾病，产科医生必须通知新生儿室医生，采取隔离措施。

十、室内物品每天用消毒液擦拭消毒，一次性物品放入医疗废物袋，由医疗废物转运人员交有资质的公司处理。

十一、常规每天空气消毒一次，必要时随时消毒，并记录在册，每月空气培养一次，如不合格时，应立即查明原因并消毒处理。

新生儿沐浴间消毒隔离制度

- 1、患有皮肤化脓及其他传染性疾病的工作人员，不得接触新生儿。
- 2、工作人员应具有良好的手卫生意识，指甲不超过指尖，不得配戴首饰、手表等物品。
- 3、每日沐浴前、沐浴后沐浴间（间）应开窗通风，保持室内空气清新、干燥。
- 4、病情允许时宜选择淋浴。淋浴应一人二巾（洗澡毛巾和擦干毛巾）一垫（用于衬垫体重秤和沐浴垫）；盆浴应一人二巾一盆。
- 5、感染性疾病与非感染性疾病患儿应分时沐浴，应先为早产儿、非感染性疾病患儿沐浴，最后为感染性疾病患儿沐浴。
- 6、每日沐浴结束后应清洗消毒沐浴用品，如沐浴池、沐浴喷头、沐浴垫、防水罩袍等；更换拆裸台与打裸台上的各种物品，并清洁擦拭台面、体重秤等。
- 7、新生儿沐浴使用后的毛巾应清洗消毒，首选热力消毒，必要时选择压力蒸汽灭菌；新生儿衣被按照《织物清洗消毒标准操作规程》处理，早产儿和皮肤有破损的新生儿使用的衣物匣压力蒸汽灭菌。
- 8、沐浴液等沐浴用品使用时瓶口应避免接触新生儿和工作人员，使用中应避免污染。
- 9、治疗、护理用品如眼药水、油膏等应一人一用，有效期内使用。

配奶间消毒隔离管理制度

- 1、配奶间工作人员必须按照相关规定，每年进行一次健康检查。凡患有痢疾、伤寒等消化道传染病，活动性肺结核，化脓性或者渗出性皮肤病以及其他有碍食品卫生疾病的，不得从事配奶和喂奶工作。
- 2、非配奶人员不得进入配奶间，配奶间内不得堆放杂物。
- 3、配奶人员配奶前后必须清洁消毒双手、戴口罩、穿围裙。
- 4、配奶所用的奶具一婴一用一消毒，隔离新生儿用具双消毒。



5、冰箱内除存储所配辅奶外，不得存储任何其他外用药品及杂物。储存奶应在 24 小时内使用，使用时必须复温。

6、每日检查冰箱温度，保持冷藏室温度在 0-4℃，并做好相关记录。

7、配奶间空气消毒机每日消毒二次，每次 1 小时，做好消毒记录。

8、每日 500mg/L 含氯消毒液擦拭配奶间物表一次，墙面、角落及天花板每周大清扫一次，有污染时及时清洁、消毒。

9、每周一次清洁、消毒冰箱、奶瓶奶具存放柜。每季度对配奶间的空气、奶瓶、奶头、配制后奶液及操作台物体表面等进行细菌污染情况监测，发现问题及时查找原因并落实相应的措施。

● 重症监护室

重症监护室医院感染管理制度

1. 工作人员管理

1.1. 工作服：工作服进入应保持清洁，每周更换 3 次。接触特殊病人如 MRSA 感染或携带者，或处置病人可能有血液、体液、分泌物、排泄物喷溅时，应穿隔离衣。

1.2. 口罩：接触有或可能有传染性的呼吸道感染病人时，或有体液喷溅可能时，无菌操作时应戴口罩。

1.3. 鞋套或更鞋：进入病室必须换鞋。

1.4. 工作帽：一般性接触病人时，不必戴帽子。无菌操作或可能会有体液喷溅时，必须戴帽子。

1.5. 手套：接触粘膜和非完整皮肤，或进行无菌操作时，须戴无菌手套；接触血液、体液、分泌物、排泄物，或处理被它们污染的物品时，建议戴清洁手套。护理病人后要摘手套，护理不同病人或医护操作在同一病人的污染部位移位到清洁部位时要更换手套。特殊情况下如手部有伤口、给 HIV/AIDS 病人进行高危操作，应戴双层手套。

1.6. 手卫生：应严格执行手卫生标准。

1.7. 人员数量：必须保证有足够的医护人员。

1.8. 患有感冒、腹泻等可能会传播的感染性疾病时，应避免接触病人。

1.9. 医护每年应接受医院感染控制相关知识的培训，卫生保洁人员应接受消毒隔离知识和技能的培训。

2. ICU 病人及探视管理

2.1. 病人管理

2.1.1. 应将感染与非感染病人分开安置。

2.1.2 对于疑似有传染性的特殊感染或重症感染，应隔离于单独房间。对于空气传



播的感染，如开放性肺结核，应隔离于负压病房。

2.1.3. 对于 MRSA、VRE、CR-AB、MD-PA，应有醒目的标识，尽量隔离于单独房间，如房间不足，将同类耐药菌感染或携带者集中安置。

2.1.4. 对于重症感染、多重耐药菌感染或携带者和其他特殊感染病人，护士及护理人员分组护理，人员固定。

2.1.5. 接受免疫功能明显受损病人，应安置于单间病房并有保护性隔离醒目标识。

2.1.6. 医务人员不可同时照顾负压隔离室内的病人和保护性隔离的病人。

2.1.7. 如无禁忌证，应将床头抬高 30° 。

2.1.8. 重视病人的口腔护理。对存在医院内肺炎高危因素的病人，每 2~6 小时用洗必泰口腔含漱液冲洗一次。

2.2. 探视管理

2.2.1. 尽量减少不必要的访客探视。

2.2.2. 若被探视者为隔离病人，建议穿访客专用的清洁隔离衣。

2.2.3. 探视呼吸道感染病人，建议戴一次性口罩。对于疑似有高传染性的感染如禽流感、SARS 等，应避免探视。

2.2.4. 进入病室探视病人前，和结束探视离开病室时，应洗手或用快速手消毒液消毒双手。

2.2.5. 探视期间，尽量避免触摸病人周围物体表面。

2.2.6 访客有疑似或证实呼吸道感染症状时，或婴、幼儿童，应避免进入 ICU 探视。

3. 环境清洁消毒

3.1. 空气保持清新，换气次数，负压病室换气次数为 6-12 次/h。

3.2. 墙面、门窗

3.2.1. 应保持无尘和清洁。

3.2.2. 每日清水擦洗，有血液或体液污染时，立即使用消毒剂擦拭。

3.2.3. 各室抹布应分开使用，用后清洗消毒，晾干分类放置。

3.3. 地面

3.3.1. 所有地面应保持清洁、干燥，每天进行消毒，遇有明显污染随时去污与消毒，地面采用 500~1000mg/L 有效氯消毒液擦拭，作用 30 分钟，每个拖布清洁面积不超过 20 m²。

3.3.2. 多重耐药菌流行或有医院感染暴发时，使用消毒剂擦拭，每天至少 2 次。

3.3.3. 不同区域（污染与半污染区、清洁区）使用的清洁工具，分开放置，每天至少消毒 1 次。

3.3.4. 地面被呕吐物、分泌物或粪便污染时，应立即使用消毒剂擦拭。

4. 医疗与生活物品

4.1. 医疗器械如呼吸机、监护仪、输液泵、微量注射泵、听诊器、血压计、心电图



机，每天擦拭消毒 1 次，尤其是频繁接触的表面如仪器的按钮、操作面板，每天擦拭消毒一次。

4.2. 护理站桌面、患者的床、床栏、床旁桌、床头柜、治疗车、药品柜、门把手等，每天擦拭消毒一次。

4.3. 因出院、转科（院）、死亡等离开后，对患者床单元应使用 500mg/L 含氯消毒剂擦拭消毒。

4.4. 电话按键、电脑键盘、鼠标等保持清洁，每天擦拭消毒一次。

4.5. 地面应保持清洁、干燥，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~1000mg/L 有效氯的含氯消毒液擦拭，作用 30min。当疑有医院感染暴发或耐药菌流行时，应使用 500mg/L 含氯消毒剂擦拭消毒，每日至少 2 次。

5. 每日清洁消毒应按顺序进行：从值班室、办公室、治疗室、病房、走廊、厕所。

重症监护室消毒隔离制度

一、病人的安置应将感染病人与非感染病人分开，特殊感染病人单独安置。诊疗护理过程中，应采取相应的隔离措施，控制交叉感染。

二、各种设备、仪器的表面，定时用清水擦拭，经常保持其清洁。

三、患者转出后，床单位的所在物品须更换和用消毒液擦拭，按病房消毒隔离制度执行。

四、严格执行无菌操作规程，认真洗手或消毒，必要时戴手套。

五、呼吸机输入及输出管道、氧气湿化瓶雾化吸入器的喷雾面罩管道等一次性使用，装药液的容器每个患者使用后，应用消毒液浸泡 30min 消毒。

六、加强病人各种留置导管的护理与观察，对静脉导管和动脉导管置入的皮肤穿刺部位，应每天用碘酒、酒精消毒，防止感染。

七、换药及治疗用的可重复使用的器械、器具和物品，由消毒供应中心集中清洗消毒或灭菌处理。

八、加强医院感染监测，对住院较久病人，应定期进行尿、痰、伤口分泌物及粪的细菌培养，当有感染流行时，应对 ICU 病人、接触者和环境进行流行病学调查，以便及时控制感染。

九、加强抗感染药物应用的管理，正确选择抗菌药物，加强细菌耐药性监测；尽量防止病人发生菌群失调，有特殊流行病学意义的多重耐药菌株感染，要严格执行消毒隔离制度。

十、加强对各种侵入性诊疗器械设备污染现状及消毒效果的监测，包括对使用中消毒灭菌物品及敷料污染现状的监测与管理。

十一、一次性医疗用品使用后，按医疗废物处理流程处理，由专人进行回收处置。



● 口腔科

口腔科医院感染管理制度

为进一步加强我院口腔诊疗器械清洗消毒工作的管理,确保口腔器械清洗消毒质量,保障医疗安全,根据最新颁布的《医疗机构口腔诊疗器械消毒技术操作规范》要求,制定我院“口腔诊疗器械清洗消毒管理工作制度”如下。

1、主要管理部门

口腔诊疗器械清洗消毒管理工作是医疗质量管理、护理管理、医院感染管理、设备采供和后勤保障管理等重要内容,包括人员配备、业务培训、无菌操作、设施配备、诊疗器械清洗消毒及诊疗环境保洁等,因此各相关职能部门应相互配合,共同管理。

2、科室管理

2.1、口腔诊疗器械清洗消毒和质量控制工作由口腔科科主任或护士长全面负责管理,专职护理人员负责具体实施。医教部、护理部、感染管理科负责督导、检查。

2.2、完善科室内各项管理工作制度,并培训到位。

2.3、配备专职护理技术人员和保洁人员。护理人员应配合科主任做好科室消毒隔离管理工作,全面负责本科室消毒灭菌管理、医疗环境整洁和保洁人员管理等工作。

3、诊疗器械清洗消毒原则

3.1、所有口腔诊疗用品及器械送消毒供应中心集中清洗消毒灭菌。

3.2、进入病人口腔内的所有诊疗器械,必须达到一人一用一消毒或灭菌。

3.3、凡接触病人伤口、血液、破损黏膜或者进入人体无菌组织的各类口腔诊疗器械,使用前必须达到灭菌。

3.4、接触病人完整粘膜、皮肤的口腔诊疗器械,使用前必须达到消毒。

3.5、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。

3.6、口腔门诊综合治疗台及其配套设施,应每天清洁、消毒,一旦污染应及时清洁消毒。

3.7、进行口腔诊疗工作的医护人员、对口腔诊疗器械进行清洗消毒处理的工作人员,应按医院相关规定做好个人安全防护工作。

4、消毒灭菌效果监测管理

根据规范要求定期对口腔诊疗器械进行消毒与灭菌效果监测,以确保消毒、灭菌质量。

4.1、含氯消毒剂每天监测并登记。戊二醛浓度每周监测并登记。

4.2、灭菌器械、灭菌剂无菌试验及手、物表、空气微生物培养每季度一次。

5、环境卫生管理

5.1、保持室内清洁,每天操作结束后进行终末清洁消毒处理,每周彻底清洁处理一次。



5.2、各种设备、仪器表面，每天清洁，保持物品清洁无尘。

5.3、诊疗区域、清洗消毒区域每天定时开窗通风，保持空气清新。每天工作结束后，空气消毒 60 分钟。

6、麻醉药品使用管理

注明启用日期和时间，启封后使用时间不超过 24 小时，现抽现用，尽量采用小包装。

7、医疗废弃物处理

7.1、尖锐针器、刀片等废弃物，应放入标准黄色防渗漏利器盒内收集并交接登记完善。

7.2、非锐利医疗废弃物，如手套、防护套、一次性弯盘、压舌板、敷料等，放入黄色医用垃圾袋内收集并交接登记完善。

7.3、废弃消毒剂、污水等，排入规定下水道，由医院污水处理站按规范处理。

口腔科消毒隔离制度

1、口腔科布局合理，符合功能流程，诊疗室和清洗消毒灭菌室单独设立。

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

3、医护人员进行诊疗操作时，必须严格执行无菌操作规程搞好自我防护。戴口罩、帽、配备护目镜、橡胶手套，手套一人一用一换，更换时必须“六步洗手法”认真洗手。

4、严格执行口腔器械的清洗消毒灭菌程序和处理原则。

5、棉球、敷料等无菌物品，一经打开，使用时间最长不得超过 24 小时。提倡使用独立小包装。麻醉药品开封后，使用时间不得超过 24 小时。

6、诊疗过程中产生的医疗废物的处理按《医疗废物管理办法》规定收集、转运和最终处置，禁止与生活垃圾混放。

口腔科医务人员职业防护规定

口腔门诊病人多、周转快、病情隐蔽，且大多数操作都是在口腔中进行，增加了口腔科医务人员接触病人血液唾液和含血液唾液飞沫、气溶胶的机会，成为最易遭受感染导致职业损伤的高危人群，尤其是 HBV、HCV、HIV 等经血传播性病原体的感染。为切实预防和控制口腔医护人员上述职业损伤，特制定我院口腔医务人员职业安全防护暂行规定如下：

一、严格洗手：

洗手是防止医院内感染传播和个人防护的主要措施之一，因此要求在下列情况下医护人员必须流水洗手或用快速手消毒剂擦手：



(一) 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；

(二) 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；

(三) 穿脱隔离衣前后，摘手套后；

(四) 进行无菌操作前后，处理清洁、无菌物品之前，处理污染物品之后；

(五) 当医务人员的手有可见的污染物或者被病人的血液、体液污染后。

注：

①每天诊疗工作前应为每一诊疗台配备好快速手消毒剂，以满足诊疗过程中医务人员快速洗手需要。

②一旦手部皮肤肉眼可见污染，应立即采用流水、皂液进行卫生洗手。

③流水洗手后应使用一次性干手纸巾

④洗手水龙头采用感应式或肘开式，不可使用手拧式。

⑤洗手用肥皂建议使用液体皂。

二、防护用品使用

1、戴手套

为防止医院内交叉感染和保护口腔科医务人员免遭污染，在下列情况下必须戴手套：

(1) 进行口腔内诊疗操作时，必须配戴无菌手套，每治疗 1 位病人更换 1 副。

(2) 进行无菌操作时配戴无菌手套。

(3) 有可能接触病人血液、唾液或受病人血液、唾液污染的敷料、物品时应戴乳胶手套。

(4) 处理医疗废物时应戴乳胶或橡胶手套。

(5) 清洗口腔医疗器械时戴乳胶手套，必要时戴橡胶手套。

注：

①戴手套不能替代洗手，脱手套后一定要洗手。

②戴好手套以后，只能在规定范围内进行相关诊疗活动，不要随意触摸其他清洁或污染物品，更不能随意开启无菌物品容器。

③操作过程中一旦发现手套破损应立即更换。

④不要用污染的手触摸病历，书写病历前应先脱手套洗手后再书写。

⑤因事离开诊疗室应脱去手套，返回后再戴新手套。

⑥不要用戴手套的手整理头发、揉眼、搔抓皮肤、调整口罩等。

⑦工作中不可使用极易破损的一次性塑料薄膜手套。

2、规范着装

(1) 上班时必须穿工作服和戴工作帽。

(2) 进行口腔诊疗活动的医护人员必须穿着具有胸颈部防护作用高领工作服或防护



服（可重复使用的防护服或一次性反套隔离服），以防止飞溅的口腔血液、唾液污染工作人员自身。

(3) 口腔专科医护人员工作服应定期清洗更换，至少每 2 天更换一次，最好每天更换，一旦被血液、唾液污染，应立即更换。

(4) 离开诊疗场所应脱去工作服，不要将诊疗用工作服、隔离服穿进会场、教室、图书馆、电梯、食堂等公共场所，以防污染周围环境。

(5) 清洗口腔医疗器械时应穿防渗透隔离衣或围裙、袖套。

3、戴口罩

(1) 进行口腔诊疗活动、无菌操作、开启无菌物品容器时均应戴口罩，每 3-4 小时更换 1 次，潮湿时立即更换。

(2) 清洗口腔医疗器械时应戴外科口罩或带有防护面罩功能的口罩。

4、规范使用护目镜或防护面罩

护目镜对口腔医护人员和病人均具有重要防护作用，它不仅以防止可能发生的物理性损伤，更能防止飞沫和气溶胶的危害，因此要求在下列情况下必须配戴护目镜或防护面罩：

(1) 在进行口腔高速旋转器械诊疗活动中，病人口腔血液、唾液分泌物有可能随高速旋转产生飞沫或气溶胶时。

(2) 有可能发生病人血液、体液、污水、污物喷溅的其他情况。

(3) 清洗处理口腔医疗器械时。

(4) 进行激光治疗时应配戴专用防护目镜。

● 消毒供应中心

消毒供应中心医院感染管理制度

1、工作区域分去污区，检查、包装及灭菌区，无菌物品存放区，各区之间有实际屏障。

1.1、物品由洁到污，不交叉、不逆流。

1.2、空气流向由洁到污；去污区保持相对负压，检查、包装及灭菌区保持相对正压。灭菌物品存放区的温度 $<24^{\circ}\text{C}$ ，相对湿度 $<70\%$ 。

2、凡进入消毒供应中心人员须更换鞋子。

3、一般诊疗器械必须先清洗再消毒或灭菌。朊毒体感染器械的灭菌按《消毒技术规范》要求进行处置。突发原因不明的传染病病原体污染处理应符合国家当时发布的规定要求。



4、根据工作岗位的不同需要，配备相应的个人防护用品，包括圆帽、口罩、隔离衣或防水围裙、手套、专用鞋、护目镜、面罩等。

5、重复使用的诊疗器械、器具和物品直接置于封闭的容器中，由消毒供应中心集中回收处理，被朊毒体、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，使用者应双层封闭包装并标明感染性疾病名称，由消毒供应中心单独回收处理。消毒供应中心采用封闭回收车按规定路线定时下科收集，尽量避免在诊疗场所对污染的诊疗器械、器具和物品进行清点。回收车使用后含有有效氯 1000mg/L 的消毒液擦拭。

6、在去污区进行诊疗器械、器具和物品的清点、核查并根据器械物品材质、精密程度等进行分类处理。

7、根据不同物品采取不同的清洗方式，包括手工清洗、机械清洗等。

7.1、清洗步骤包括冲洗、洗涤、漂洗、终末漂洗。

7.2、精密器械的清洗，应遵循生产厂家提供的使用说明或指导手册。

8、选用机械热力消毒。消毒后直接使用的诊疗器械、器具和物品，湿热消毒温度应 $\geq 90^{\circ}\text{C}$ ，时间 $\geq 5\text{min}$ ，或 A0 值 ≥ 3000 ；消毒后继续灭菌处理的，其湿热消毒温度应 $\geq 90^{\circ}\text{C}$ ，时间 $\geq 1\text{min}$ ，或 A0 值 ≥ 600 。

9、选用干燥设备进行干燥处理。

9.1、根据器械的材质选择适宜的干燥温度，金属类干燥温度 $70^{\circ}\text{C} \sim 90^{\circ}\text{C}$ ，塑胶类干燥温度 $65^{\circ}\text{C} \sim 75^{\circ}\text{C}$ 。

9.2、不耐热器械、器具和物品可使用消毒的低纤维絮擦布进行干燥处理。

9.3、穿刺针、手术吸引头等管腔器械，应使用压力气枪或 95%乙醇进行干燥处理。

10、干燥后的每件器械、器具和物品需进行检查。器械表面及其关节、齿牙处应光洁，无血渍、污渍、水垢等残留物质和锈斑；功能完好，无损毁。带电源器械要进行绝缘性能等安全性检查。

11、器械与敷料分室包装。

11.1、手术器械应摆放在篮框或有孔的盘中进行配套包装。

11.2、盘、盆、碗等器皿，宜单独包装。

11.3、剪刀和血管钳等轴节类器械不应完全锁扣。有盖的器皿应开盖，摞放的器皿间应用吸湿布、纱布或医用吸水纸隔开；管腔类物品应盘绕放置，保持管腔通畅。

11.4、器械包重量不宜超过 7 公斤，敷料包重量不宜超过 5 公斤。包布不少于两层，一用一清洗；硬质容器一用一清洗；滤纸一用一更换；一次性塑封的密封严密完整，宽度应 $>6\text{mm}$ ；包内器械距包装袋封口处 $\geq 2.5\text{cm}$ ；锐器加保护套。

11.5、脉动预真空压力蒸汽灭菌器灭菌包体积不宜超过 $30\text{cm} \times 30\text{cm} \times 50\text{cm}$ 。

11.6、灭菌包标识：标注物品名称、灭菌日期、失效日期、操作人员代号、灭菌器锅号、锅次等；灭菌包包装严密，捆扎松紧适度，外用化学指示胶带贴封。

12、预真空锅装量不得超过柜室容积的 90%，不得小于柜室容积的 10%；



12.1、尽量将同类物品同锅灭菌，否则应纺织类物品放上层，金属类物品放下层；

12.2、器械类包平放，盆盘碗类物品斜放或倒立，纺织类物品竖放，自动启闭式筛孔容器平放，玻璃瓶等器皿类物品应倒立或侧放；灭菌包之间间隔距离 $\geq 2.5\text{cm}$ ；物品不能接触灭菌器内壁及门。

12.3、记录灭菌物品种类、数量、灭菌器编号、锅次、灭菌压力、灭菌温度、灭菌日期、灭菌时间、操作者等并存档。

13、灭菌后物品取出后放置于远离空调或冷空气入口的地方冷却。冷却过程中不要用手触碰灭菌物品；检查灭菌包装的完整性、干燥情况，破损、湿包视为灭菌失败；化学指示胶带的色泽未达到要求或可疑时，应重新灭菌。

13.1、灭菌物品存放区清洁、干燥，由专人管理，按规定着装，并注意手卫生。

13.2、所有灭菌物品应检查，符合要求后方可进入灭菌物品存放区储存。

13.3、灭菌物品应存放于洁净的橱柜内或存放架上；存放架必须离地 $>20\text{cm}$ ，离墙 $>5\text{cm}$ ，距天花板 $>50\text{cm}$ 。

13.4、灭菌物品分类放置、位置固定、标识清楚，并按有效期顺序排列。过期灭菌物品必须取出重新清洗包装和灭菌处理。已灭菌与未灭菌物品不得混放。

13.5、有效期：在温度 $20-24^{\circ}\text{C}$ 、湿度低于70%的存放条件下，棉布包装材料的无菌物品有效期为14天；未达到温湿度要求为7天；医用一次性纸袋包装的无菌物品有效期为1个月；纸塑包装、医用无纺布、一次性医用皱纹纸及硬质容器的无菌物品有效期宜为6个月。

14、按照规定路线由专人、封闭式运送车或容器进行发放，并作好发放记录，包括物品发放日期、科室、物品名称、规格、数量、发放者、接受者等内容。发放物品的运送车、容器等工具每日清洁，消毒后存放；从灭菌物品存放区发出的物品不得再退回存放区。

15、灭菌质量的监测

15.1、压力蒸汽灭菌器：

①物理监测：每锅连续监测并记录温度、压力、时间。

②化学监测：每包外化学指示胶带贴封、高危包内放指示卡。

③生物监测：每周监测。包放在排气口上方，并设阳性对照。灭菌值入型器械、特殊感染时每锅进行；新安装或大修后设备、用新的包装材料和方法时进行。

④预真空锅每日开始灭菌前做B-D试验，合格后方可使用。

15.2、过氧化氢低温灭菌器：

①物理监测：每锅连续监测并记录温度、压力、时间。

②化学监测：每包外化学指示胶带贴封。

③生物监测：每天进行一次生物监测。

15.3、环氧乙烷的监测



①物理监测：每锅连续监测并记录温度、压力、时间。

②化学监测：每包外化学指示胶带贴封。

③生物监测：每批次应进行生物监测。

15.4、每月对无菌区空气、物表，工作人员手进行卫生学监测。

15.5、清洗、消毒监测资料和记录的保存期应 ≥ 6 个月，灭菌质量记录保留期限应 ≥ 3 年。

消毒供应中心消毒隔离制度

1、消毒供应中心周围环境应整洁，无污染源。严格区分辅助区域（包括更衣室、办公室等）和工作区域（包括去污区、检查、包装及灭菌区、无菌物品存放区），路线采用强制通过的方式，不准逆行。严格区分无菌物品、清洁物品和污染物品，流水操作不逆行。消毒与未消毒物品须严格分开放置，并有明显标志，各个区域有专用抹布和拖把，不得交叉使用。

2、工作人员操作前后认真洗手；必须熟练掌握各类物品的清洗、消毒、灭菌的方法和质量要求以及各类物品的性能、保养方法和使用范围。

3、消毒供应中心工人必须经培训后方可上岗，消毒员应持有上岗证。

4、消毒供应中心内保持清洁、整齐，墙上无灰尘、霉点、裂缝、蜘蛛网。每天用消毒液擦拭各个工作室内物体表面一次，地面用消毒液拖地，每周一次大扫除。

5、无菌物品发放、污染物品的接收，均应有单独窗口和专职人员。

6、送回消毒供应中心重复使用的医疗器械，必须先多用酶液浸泡后再清洗、消毒，包装，经高压蒸气灭菌后备用。

7、下收下送配有专人，分别负责无菌物品的发送、污染物品的接收。下送车有明显标志，每次收发回来应用消毒液擦拭下送车，每周用消毒液彻底擦拭。

8、压力蒸汽灭菌操作程序严格按照《医院消毒供应中心管理规范》执行。使用时必须进行工艺监测、化学监测、生物监测。工艺监测必须每锅进行；预真空压力蒸汽灭菌器每日灭菌进行B-D试验，排气系统正常方可使用；生物监测每周进行一次，所有的监测必须作好详细记录，资料保存3年。

9、已灭菌物品应立即存放于无菌物品存放间。无菌物品存放间应保持温度22-24℃，湿度低于70%，棉布包装材料的无菌物品有效期为14天；未达到温湿度要求为7天；医用一次性纸袋包装的无菌物品有效期为1个月；纸塑包装、医用无纺布、一次性医用皱纹纸及硬质容器的无菌物品有效期宜为6个月。

10、进入无菌物品存放间前要洗手、戴口罩、换鞋。

11、无菌物品接收时，应检查无菌包标记是否完整、包布是否清洁干燥。

12、无菌物品必须注明物品名称、有效期、责任人、锅次，专室专柜存放。过期或有污染可疑的必须重新灭菌。



13、无菌物品存放间空气净化有管理及记录。

14、消毒供应中心检查、包装、灭菌区、无菌物品存放区必须做空气监测；各区域的物表、工作人员的手必须每月做微生物监测。所有的监测必须作好详细记录，资料保存3年备查。

15、一次性使用无菌医疗用品，须拆除外包装后，方可进入无菌物品存放间单独存放，并严格按照一次性医疗用品管理办法实施管理。



● 内窥镜室

内窥镜室医院感染管理制度

- 1、严格划分候诊区、诊疗区、清洗消毒区，设内镜及无菌物品贮藏室。
- 2、不同部位内镜诊疗工作应分室进行，不同部位内镜的清洗消毒槽应分开设置。
- 3、凡进入人体无菌组织、器官或经外科切口进入无菌腔隙的内镜及其附件必须灭菌。
- 4、凡穿破粘摸的内镜附件必须灭菌，如活检钳、高频电刀等。
- 5、凡进入人体消化道、呼吸道等与粘摸接触的内镜，必须达到高水平消毒。采用2%戊二醛浸泡消毒，必须按规范要求达10-45分钟。使用前彻底冲净残留消毒液，防止对病人造成伤害。
- 6、灭菌内镜必须做到一人一用一灭菌，可选用低温灭菌。
- 7、内镜中心（室）诊疗台及其配套设施，应每天清洁、消毒，一旦污染应及时清洁消毒。
- 8、进行内镜诊疗工作的医护人员、对内镜及其附件等进行清洗消毒处理的工作人员，应做好个人安全防护，戴口罩帽子、护目镜或面罩，穿防渗透围裙和袖套，戴手套。
- 9、内镜室应作好诊疗、消毒登记工作，登记内容包括病人姓名、使用内镜的编号、清洗、消毒时间及操作人员姓名等事项。
- 10、定期对内镜及其附件进行消毒与灭菌效果监测，以确保消毒、灭菌质量。
 - (1)20%碱性戊二醛浓度监测每天一次并登记。细菌学监测每季度一次
 - (2)灭菌内镜及附件无菌试验每季度一次。
 - (3)消毒内镜细菌学监测每季度一次。
 - (4)内镜室工作人员手、空气和物体表面细菌学监测季度一次。
- 11、保持室内清洁，每天操作结束后对诊疗环境进行终末清洁消毒处理，每周彻底清洁处理一次。
- 12、各种设备、仪器表面，每天清洁，保持物品清洁无尘。
- 13、诊疗区域、清洗消毒区域每天定时开窗通风，保持空气清新。每天工作结束后，空气消毒30分钟。

气管镜室医院感染管理制度

- 1、气管镜室布局合理，分诊疗区、清洗消毒区、清洁区。
- 2、诊查床单每天更换，有污染随时更换，并同时擦拭消毒防水单。
- 3、清洗消毒内镜的工作人员，应做好个人安全防护，戴口罩帽子、护目镜或面罩，穿防渗透围裙和袖套，戴手套。



- 4、气管镜的清洗消毒符合《内镜清洗消毒技术操作规范》（2016）要求。
- 5、应作好诊疗、消毒登记工作，登记内容包括病人姓名、使用内镜的编号、清洗、消毒时间及操作人员姓名等事项。
- 6、定期对内镜及其附件进行消毒与灭菌效果监测，以确保消毒、灭菌质量。
- 7、保持室内清洁，每天操作结束后对诊疗环境进行终末清洁消毒处理，每周彻底清洁处理一次。

胃镜室医院感染管理制度

- 1、内镜室设病人候诊区、诊疗室、清洗消毒室、内镜储藏室。清洗消毒室应保持良好的通风，诊疗室设空气消毒机，确保室内空气清洁。
- 2、保持各区的清洁。诊疗室、清洗消毒室操作结束后严格进行终末消毒。
- 3、从事内镜诊疗时，医护人员应戴好口罩和帽子，防止呼吸道疾病的感染。在内镜清洗消毒时，应当具备内镜清洗消毒方面的知识，接受相关的医院感染知识培训，严格遵守有关规章制度。
- 4、工作人员清洗和消毒内镜时，应穿戴必要的防护用品，包括工作服、防渗透围裙、口罩、帽子、手套等。
- 5、进入无菌组织器官的内镜如活检钳必须送供应中心采用等离子低温灭菌。
- 6、每日诊疗工作开始前，如果内镜消毒存放时间超过 24 小时，必须对当日拟使用的内镜进行再次消毒，消毒时间不少于 20 分钟，冲洗、干燥后，方可用于病人诊疗。
- 7、使用后的内镜及附件应按照《内镜清洗消毒技术操作规范》的有关规范要求进行消毒或灭菌。禁止使用非流动水对内镜进行清洗。内镜及附件的清洗、消毒或者灭菌时间应当使用计时器控制。
- 8、使用后的内镜采用 2%碱性戊二醛消毒，浸泡时间不少于 20 分钟；HBsAg 阳性病人和结核杆菌、其它分枝杆菌等特殊感染患者使用后的内镜浸泡时间不少于 45 分钟。当日不再继续使用的内镜采用 2%碱性戊二醛浸泡消毒 30 分钟。
- 9、消毒后的内镜，储存前先干燥处理，再悬挂保存于无菌柜内。储柜内表面应光滑、无缝隙、便于清洗，每周清洗消毒一次。
- 10、一次性接口、弯盘做到一人一用一消毒或一次性使用，抽吸管一次性使用；吸引器每次用后用消毒液浸泡消毒后清洗备用。
- 11、按规定记录每个病人的内镜使用清洗消毒时间，每日监测使用中的消毒剂的有效浓度，记录保存，低于有效浓度应立即更换。消毒剂使用的时间不得超过产品说明规定的使用期限。
- 12、治疗床上的床单、枕套，随脏随换。如检查过乙肝表面抗原阳性患者或被呕吐物、分泌物污染时必须及时更换。



● 血液透析室

血液透析相关感染的监测方法及医院感染管理制度

1、监测方法：

采用主动监测方法，临床医务人员监测与院感专职人员前瞻性调查监测相结合。

2、监测内容：

- 2.1、在本院接受血液透析的患者。
- 2.2、透析前检测 HBV、HIV、HCV，在透析过程中定期复查。
- 2.3、生命体征：如体温，发热 $\geq 38^{\circ}\text{C}$ 。
- 2.4、观察并记录患者每次透析时的临床情况。

管床医师及责任护士每日监测透析病人的临床情况，对透析中出现发热反应或疑似感染的病人，及时用无菌法取血标本做血培养，同时报院感管理科。

3、建立并落实相关的规章制度

严格执行血液透析室的工作制度，消毒隔离制度，无菌技术操作规范及手卫生管理制度，履行岗位职责。

4、血液透析相关感染的预防和控制措施

- 4.1、医护人员进入血液透析室前：换鞋、更衣、戴帽子、口罩。
- 4.2、血液透析室保持清洁、整齐、室内空气每日空气消毒机消毒 2 次，注意室内通风、尽量减少医务人员和患者的走动。
- 4.3、患者进行透析前，应常规检查 HBV、HCV、HIV 等，乙肝、丙肝等传染病病人应安排在隔离透析间内透析，固定床位，专机透析，并采取相应的消毒隔离措施，急诊病人专机透析。
- 4.4、医务人员进行诊疗操作要严格遵循无菌技术操作，所用诊疗器械必须一人一用一灭菌。
- 4.5、严格执行一次性使用无菌医疗用品的管理制度，透析病人所使用一次性透析器、血透管路及穿刺针等一次性医疗用品必须一次性使用。用后装入黄色塑料袋及锐器盒内，统一回收焚烧处置。对 HIV 抗体、HCV 抗体、HbsAg 阳性者应使用专用的设备和器械，并做到一人一用一消毒或灭菌。
- 4.6、保持水处理间环境清洁卫生，加强进出透析机的透析液、透析用水等质量监测。
- 4.7、定期对反渗透机和供水管路进行消毒和冲洗。
- 4.8、严格执行手卫生管理制度，每次诊疗护理病人及接触医疗废物或污物后，必须按六步洗手法洗手或用速干手消毒剂消毒双手。
- 4.9、观察并记录患者每次透析时的临床情况，对透析中出现发热反应的病人，及时进行培养，查找感染源，采取控制措施，做好相应的管理及监测。
- 4.10、医务人员要做好自身防护，从事已知或可疑毒性或污染物溅洒的操作步骤时，



应穿隔离衣，戴面罩及口罩，为不同病人进行操作时，必须更换手套。

4.11、各种用物严格消毒灭菌，严格执行消毒隔离措施，掌握各种化学消毒剂的性质和有效浓度，每个患者透析治疗后进行终末消毒，透析结束后清洁消毒血透机表面，如有血迹应及时用含氯消毒剂擦拭消毒处理。

4.12、严格探视和陪护管理，病情需要准许 1 人留陪，进入血透室人员必须更衣、换鞋并注意手卫生。

5、内瘘穿刺的感染防控措施

5.1、穿刺前准备好合适的穿刺针，嘱患者用肥皂水把内瘘侧手臂清洗干净。

5.2、穿刺前工作人员必须做好各项准备工作，清洗双手，戴好帽子、口罩、戴无菌手套。

5.3、穿刺点应严格消毒，用 2%碘酒消毒 1 次，75%酒精脱碘 2 次，消毒范围 5cm 以上，力求一次成功。

5.4、穿刺成功后用无菌敷贴覆盖穿刺点，并妥善固定穿刺针。

5.5、血液透析结束时，再次消毒穿刺点，然后覆盖无菌敷料，正确压迫止血。

5.6、做好卫生宣传工作，嘱患者要保持内瘘侧手臂皮肤清洁、干燥，血液透析后内瘘侧手臂切口勿进水。

5.7、提高穿刺水平，避免发生血肿。

6、使用留置导管的感染防控措施

6.1、工作人员操作前戴好帽子、口罩、洗手、戴无菌手套。

6.2、在穿刺处铺无菌治疗巾，消毒导管口，取下肝素帽，再次消毒后，连接无菌注射器，抽出导管内的封管液和可能形成的血凝块。

6.3、透析过程中留置导管与透析管路接管处用无菌敷料覆盖。

6.4、透析结束时戴无菌手套，消毒导管口，封管后拧紧消毒肝素帽。

6.5、注意导管口尽量不敞，避免与空气长时间接触。肝素帽应于每次透析后更换。

6.6、应每日常规消毒导管周围皮肤，一般用碘伏棉球由内向外消毒，消毒范围直径>5cm，并清除局部血垢，覆盖无菌纱布后妥善固定。

6.7、告知病人留置导管期间做好个人卫生，保持局部清洁，干燥，避免淋浴。

7、围绕感染环节对血液透析室进行监测

血液透析室每月对透析液进行监测，疑有透析液污染或有严重的感染病例时，应增加采样点，如原水口、软化水出口，反渗水出口等。透析室的空气、物体表面、工作人员的手、仪器表面、使用中的消毒剂，应每月监测 1 次。

8、血透透析机的消毒与维护

8.1、透析机表面随时保持清洁、干燥，有专用清洁工具。

8.2、感染透析间的透析机每天用 500mg/L 的有效氯消毒液擦拭。

8.3、普通透析间透析机表面每天透析结束后常规擦拭 1 次，遇有血液污染，及时用



500mg/L 的效氯或 0.2% 过氧乙酸溶液擦拭。

8.4、机器内部管路每次用 20% 柠檬酸脱钙热消毒，每天用 5.2% 次氯酸钠溶液消毒 1 次。

● 感染性疾病科

感染性疾病科医院感染管理制度

感染性疾病科病房除符合普通病房的要求外，还应符合以下要求：

1、科室布局合理，严格区分清洁区、潜在污染区、污染区，并设置明显标示，人流、物流合理，由洁到污，防止交叉或逆流。呼吸道疾病患者与其他患者分区收治。

2、定期组织工作人员进行《传染病防治法》、《医疗废物管理条例》等法律法规的培训，以及职业暴露的预防与暴露后处理等知识的学习。

3、认真执行《传染病防治法》和《突发公共卫生事件应急条例》，做好传染病的疾病诊疗、疫情上报和突发疫情的应急控制工作。

4、发现原因不明的传染性疾病应立即报告感控处和医务处，组织全院会诊，由院方根据调查情况上报上级卫生行政部门，科室应按标准预防的原则做好隔离工作。

5、认真执行《医疗废物管理条例》，传染病患者生活垃圾视为感染性废物，可焚烧的送焚烧，不可焚烧的消毒后再处理。

6、感染性疾病门诊还应符合以下要求：

6.1、诊区布局合理，严格区分清洁区、潜在污染区、污染区，标示明显，设置工作人员和患者通道，人流、物流合理，由洁到污，防止交叉或逆流。

6.2、单独设置挂号、收费、检验、放射、药房和呼吸道疾病、消化道疾病诊疗室、隔离观察室。

6.3、认真执行《传染病防治法》和《突发公共卫生事件应急条例》，做好传染病的疾病诊疗、疫情上报和突发疫情的应急控制工作。

发热门诊医院感染管理的制度

1、发热门诊管理

1.1 发热门诊独立设区，有明显标识，有独立的肠道门诊、呼吸道门诊等，设有单独候诊区、挂号收费、常规检验、药房。

1.2 严格划分清洁区、潜在污染区、污染区，做到无交叉。

1.3 医务人员相对固定，并限制活动范围，减少医源性传播机会。

1.4 就诊病人要求戴口罩，家属及陪同者在诊区外等候，如病情需要时，经医生同意可留一人陪同。



2、发热门诊空气消毒

紫外线照射消毒，每天上、下午各消毒1次，每次60分钟，然后开窗通风。

3、地面及物体表面消毒

3.1 地面要湿式拖扫，有疑似病人时用1000mg/L含氯消毒液拖地，每日2次。

3.2 桌、椅、窗台、柜、门（把手）、治疗车等可用1000mg/L含氯消毒液擦拭消毒，每日2次。

4、其他物品的消毒

4.1 每个诊室备有听诊器、血压计、体温计等物品，每次用后消毒，体温计用500mg/L含氯消毒液浸泡30分钟，听诊器、血压计用250mg/L含氯消毒液擦拭。在传染病流行期间用500mg/L含氯消毒液擦拭。

4.2 呼吸治疗装置使用一次性管道，用后按医疗废物处理，反复使用的接头等部件能高压的尽量高压灭菌。

4.3 病人吸氧用一次性湿化瓶、鼻导管等，用后按医疗废物处理。

4.4 运送传染病人的平车使用后用500mg/L含氯消毒液擦拭消毒作用30分钟然后用清水擦干净。

4.5 工作人员使用后的隔离衣等，装入双层污衣袋扎紧袋口，用密闭物品拖运，经高压灭菌清洗后才能使用。

5、病人排泄物、分泌物的处理

5.1、留观病人床旁设置加盖容器，装足量2000mg/L含氯消毒液，用做病人呕吐物、分泌物的随时消毒，作用30-60分钟，倒入厕所。

5.2、排泄物：

尿液：每1份尿液加2000mg/L含氯消毒液1份混匀，放置2小时，倒入厕所。

粪便：每1份粪便加5份2000mg/L含氯消毒液搅匀，放置2小时，倒入厕所。

6、污物的处理

6.1 发热门诊所有垃圾均为医疗垃圾。

6.2 用后的防护服、一次性口罩、帽子、手套、鞋套及其它废物装入黄色垃圾袋内，不可超过3/4满，扎紧袋口。

6.3 注明警示标识。

6.4 有专人专车拖运到医疗废物暂存处。

7、医护人员防护

7.1 工作服：上班时穿普通工作服及隔离衣，处置病人可能有血液、体液、分泌物、排泄物喷溅时，应穿防护围裙。

7.2 口罩：接触有或可能有传染性的呼吸道感染病人时，或有体液喷溅可能时，应戴一次性外科口罩；接触疑似为高传染性的感染病人时，应戴N95口罩。当口罩潮湿或有污染时应立即更换。



7.3 工作帽：工作人员上班时应戴帽子。

7.4 手套：接触粘膜和非完整皮肤，或进行无菌操作时，须戴无菌手套；接触血液、体液、分泌物、排泄物，或处理被它们污染的物品时，建议戴清洁手套。护理病人后要摘手套，护理不同病人或医护操作在同一病人的污染部位移位到清洁部位时要更换手套。特殊情况下如手部有伤口、给 HIV/AIDS 病人进行高危操作，应戴双层手套。

7.5 手卫生：应严格执行手卫生标准。下列情况应进行手卫生：接触病人前、接触病人后、进行清洁或侵入性操作前、接触病人体液或分泌物后、接触病人使用过的物品后，应洗手或免洗速干手消毒剂。当手上有血迹或分泌物等明显污染时，必须洗手。摘掉手套之后、医护操作在同一病人的污染部位移位到清洁部位时，也必须进行手卫生。

● 介入室/导管室

介入室 / 导管室医院感染管理制度

1. 在现有条件下尽可能使布局合理，洁污分开。物品按照无菌、清洁、污染分开有序摆放。

2. 凡进入室内的工作人员，必须更换专用的衣、裤、帽、口罩、鞋，帽子必须盖住头发，必要时戴防护眼罩方准入内。外出时应更换外出鞋，穿外出衣。手术完毕后，衣裤、口罩等须放到指定地点。

3. 医护人员应严格无菌操作。操作前应进行外科手消毒。医护人员应做好自身防护。

4. 各类物品消毒灭菌符合国家规范。

5. 室内应保持清洁、整齐、干燥。每日用 250mg/L 含氯消毒液擦拭门、桌、椅等内部设施。

6. 每日术前用清水擦拭手术间内地面、物品表面，术后清洁消毒，术中应随时清理血迹、排泄物、呕吐物，并用 1000mg/L 含氯消毒液擦拭，以免污染环境。操作结束后要认真进行清洁、消毒，保持室内整洁，并记录消毒时间。

7. 遵守一次性使用无菌器械用品的相关管理规定，产品证照齐全。耗材按照上级行政部门的管理要求进行管理，一次性使用耗材禁止重复使用。

8. 可复用的器材、器具清洁、清洗消毒灭菌归消毒供应中心统一集中规范处理。

9. 限制实习、进修人员的进入，每次不超过 2 人。

10. 定期对空气、物表和工作人员手作细菌学监测。

11. 严格执行《医疗废物管理条例》，认真做好医疗废物的分类、收集、转运、交接、登记等工作。



介入室 / 导管室消毒隔离制度

1. 工作区域划分规范，明确限制区、半限制区及非限制区，人流物流合理，防止洁污交叉。
2. 非工作人员禁止入内。凡进入导管室人员必须穿工作服、更换拖鞋，戴工作帽及口罩。每日手术结束后清洗消毒拖鞋。
3. 严格执行卫生保洁制度，每日手术前对手术室地面、手术床、墙壁及机器等用250mg/L-500mg/L含氯消毒液擦拭一遍，手术结束后终末消毒，每周彻底清洗消毒。保持室内地面、物体表面清洁，物品摆放整齐，洁污分开。介入等无菌物品和器材存放于专用清洁柜内，并保证在有效期内使用。
4. 无菌物品和非无菌物品应分别放置，并固定位置摆放，同时消毒灭菌物品表明失效日期。每日检查无菌物品有效期，按时更换无菌持物罐，每周按时做好消毒工作。
5. 标明为一次性使用的医疗用品禁止复用，导管使用后做好登记备查；非一次性使用的医疗器械、可重复使用的导管应由消毒供应中心集中回收、清洗、消毒或灭菌，可重复使用的导管应编号，记录使用情况，传染病患者使用后的不得重复使用。
6. 择期行介入手术的患者，应常规进行乙肝、丙肝、爱滋病等血源性传播病原体的筛选，阳性患者推荐使用一次性物品，必须重复使用的所有用品必须先严格消毒再进行处理，同时做好术中的个人防护。
7. 医疗废物应当按照《医疗废物管理条例》及有关规定进行分类、处理。

● 检验科

检验科医院感染管理制度

1、人员管理

1.1. 工作人员必须穿工作服戴工作帽，必要时穿隔离衣、胶鞋、戴口罩、手套和保护眼罩。按“标准预防原则”做好防护，严格执行手卫生制度。

1.2. 抽血时必须戴好口罩、帽子、手套，并注意手的消毒。

2、环境管理

2.1. 布局合理，符合功能流程和洁污分开的要求，分为清洁区、半污染区和污染区。清洁区包括储藏室、培养基和试剂室等；半污染区指卫生通道；污染区包括标本存放处理室、临床生化检验室、临床微生物检验室、临床免疫检验室等。

2.2. 天花板、墙壁、地面无裂隙，表面光滑，排水系统良好，便于清洗和消毒。设有流动水洗手设施，手卫生设施配备完善，有皂液、设干手设施（一次性纸巾），配备快速手消毒剂。

3、消毒隔离制度



3.1. 保持室内清洁卫生。每天对空气、各种物体表面及地面进行常规消毒。在进行各种检验时，应避免污染；在进行特殊传染病检验后，应及时进行有针对性的消毒，遇有地面、物体表面或工作服污染时，应立即处理，防止扩散，并视污染情况向上级报告。抹布和拖把等清洁工具各室专用，不得混用，用后消毒洗净晾干。

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

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

3.4. 贵重仪器局部轻度污染，可用消毒液擦拭。若离心时出现离心管未密闭、试管破裂、液体外溢的情况，应消毒离心机内部，特别是有可能受肝炎病毒或 HIV 污染时，必须用消毒液擦拭。

3.5. 使用合格的一次性无菌用品和检验用品，用后进行无害化处理。

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

3.7. 无菌物品如棉签、棉球、纱布等及其容器应在有效期内使用，开启后使用时间不得超过 24 小时。

3.8. 严格遵守有关的实验室生物安全规定，菌种、毒种按《传染病防治法》及主管部门的有关法规制度进行管理。需要存贮的标本严格按相应的隔离要求存放，防止交叉污染。

3.9. 必须作好废弃标本及其容器的消毒处理工作，采集检验标本或接触装有检验标本的容器，特别是装有肝炎和 HIV 检验标本时，应戴一次性手套并且用后放污物收集袋内，集中烧毁。

3.10. 废弃标本、容器以及垃圾应用专门密闭不漏水的污物袋（箱）存放，由专人集中收集，每天至少处理一次。

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

传染病菌（毒）种的管理制度

1、菌（毒）种的保藏由国务院卫生行政部门制定单位负责。

2、一、二类菌（毒）种的供应由国务院卫生行政部门制定的保藏单位供应。三类菌（毒）种由设有专业实验室的单位或国务院卫生行政部门制定的保藏单位供应。

3、使用一类菌（毒）种的单位，必须经国务院卫生行政部门批准；使用二类菌（毒）种的单位，必须经省级政府卫生行政部门批准；使用三类菌（毒）种的单位，必须经县级政府卫生行政部门批准。



4、一、二类菌（毒）中，应派专人向供应单位领取，不得邮寄；三类菌（毒）种的邮寄必须持有邮寄单位的证明，并按照菌（毒）中要求邮寄与包装。

实验室污染事故及其处理制度

实验室工作中遇到场地、工作服或体表污染时，应立即处理，防止扩散，并视污染情况向上级报告。具体处理措施如下。

1. 培养物疏漏或容器损坏

1.1. 台面、地面：0.5%次氯酸钠或过氧乙酸溶液浸泡的布覆盖至少 1h，再用干净抹布擦去。

1.2. 手脚：碘伏洗涤消毒。

1.3. 工作服：立即更换。

2. 事故性刺伤、划伤或擦伤：按照职业暴露处理流程进行处理、报告、检查等。

3. 误服微生物悬液：立即用含漱、洗胃和催吐等方式进行处理，根据摄入的病原体，采取必要的预防及治疗措施，并做好事故等级。若溅入眼内，按照职业暴露方式处理，立即用生理盐水冲洗，然后每隔 1h 以抗生素眼药水滴眼，再根据具体情况，决定有无必要进行针对性预防注射或给予丙种球蛋白。

4. 装有病原体的离心管破碎

4.1. 如果离心沉淀过程中发现离心管破碎，应立即停机，并于 30min 后打开。

4.2. 带上厚橡胶手套，必要时外面再套上一层塑料手套，用镊子取出离心管碎片。

4.3. 全部碎管和套管等均应放入无腐蚀性的消毒液中浸泡 24h 以上，或采用压力蒸汽灭菌，

4.4. 离心机转筒应采用无腐蚀性的消毒液擦拭干净，擦布也应经高压灭菌，或作为感染性医疗废物处理。

5. 气溶胶污染的室内空气：若含有传染性与人体大量喷出而形成气溶胶污染室内空气，室内人员应马上撤离污染区域，并立即报告主管部门。至少 1h 内任何人不能进入污染区。待气溶胶排出和较重的传染性微粒沉降下来，即 1h 后再在安全员的监督下进行消毒。遭气溶胶感染的人员应做相应的预防性注射或抗生素等治疗。

●医技及其他特殊科室

病理科医院感染管理制度

1、人员环境管理

1.1 工作人员上班穿戴整洁，操作时戴口罩、帽子、防护眼罩和手套。

1.2 保持室内清洁整齐，空气新鲜。



2、消毒隔离制度

- 2.1. 检查标本前须戴手套、检查时不得触摸检查台以外的器具。
- 2.2. 检查标本用过的器械及手套先浸泡于含氯消毒液中 30~60min，一次性手套放入医疗废物袋，按照医疗废物处理。
- 2.3. 工作后，检查台用消毒液擦拭消毒，传染病、肿瘤标本检查后，用含氯消毒液擦拭检查台。
- 2.4. 每日下班前室内用紫外线照射消毒 30min，每半年检测紫外线强度一次。
- 2.5. 每月清理暂留小标本一次，丢弃标本，分类后用黄色医疗废物袋包装，由医疗废物转运人员交有资质的公司处理。

B 超室医院感染管理制度

- 一、工作人员上班衣帽穿戴整洁，检查病人前后均应认真执行手卫生规范进行洗手或手消毒。
- 二、检查室内清洁整齐，保持空气新鲜，室内每日通风二次或使用机械排风。室内每日擦拭桌、椅、门、窗和诊查床。
- 三、感染或有传染病患者、应尽量安排在每天的最后时间。
- 四、各检查每接触一位病人更换一次床单或擦拭清洁消毒一次诊查床。
- 五、精密仪器用 75%酒精擦拭。
- 六、可疑传染性病患者应先用碘伏纱布消毒患者检查部位，再涂导声剂进行检查。
- 七、擦导声剂纸按医疗废物处理。
- 八、阴道 B 超可在探头上套上避孕套，一用一换，防止交叉感染。

放射科医院感染管理制度

一、工作人员要求

1. 在接触患者前后，应彻底洗手或手消毒。
2. 工作期间，无法至洗手台洗手时，可用快速洗手消毒液搓揉消毒双手。
3. 非本单位的工作人员，不得任意进入检查室。
4. 工作人员若患有传染性疾病时，应报告人事管理部门，根据情况暂离工作岗位。

二、环境

1. 拖地和清洗地面前，需先将垃圾扫除，避免尘埃飞扬。
2. 为避免尘埃飞扬，应以湿拖把及吸尘器为主，尽量避免使用扫把扫地。
3. 一般地面只须以清水拖把擦拭，如有血迹、粪便、体液等污染，应用含氯消毒液拖地。
4. 桌面和检查台面须每日以含氯消毒液擦拭。



三、用物

1. X光摄影机外层应每天清洁，如接触传染病患者后，接触部分亦应以酒精擦拭。
2. 用后即丢之用品不可重复使用，并应依“医院废弃物处理规定”执行。一般可燃性废弃物及感染性废弃物采用黄色塑料袋盛放。
3. 执行治疗检查需接触患者粘膜组织或穿入皮肤时，都应使用无菌物品。
4. 所有必须无菌操作的物品，需先经消毒或灭菌。
5. 需每日检查无菌物品的有效期及无菌溶液的外观，若已受污染时，则应重新灭菌或丢弃。
6. 空针及针头的处理

(1)用后的针头、空针应视为具传染性物品，不可故意折毁或弯曲，并应分开丢弃于指定的锐器盒内，由专人转运，交有资质的公司统一处理。

(2)刀片的处理与针头相同，应丢入锐器盒内。

X光匣接触传染性患者后，应立即以酒精擦拭。

四、病人的处理

1. 接触开放性伤口时，应戴手套。
2. 病患需采取呼吸道隔离及肺结核病人隔离时，工作人员必须戴口罩，并遵照隔离技术执行。
3. 常规放射线检查。
 - (1)避免钡剂受环境的污染。
 - (2)使用钡剂，若患者呕吐物或泄出物污染环境时，应以含氯消毒液擦拭。
4. 诊疗放射线作业
 - (1)执行具有诊疗性的医疗措施，须采取无菌技术。
 - (2)执行时应尽量减少患者的皮肤粘膜受到创伤。
 - (3)进行易引起感染的检查或治疗时，放射线医师应与负责照顾患者的医师讨论，建议使用预防性的抗生素。
 - (4)为身体状况较差之患者做检查时，应以无菌水稀释钡剂。

五、隔离病人

1. 进入隔离室，须遵守隔离卡上的规定。
2. 须在申请单上注明隔离种类。
3. 受污染的台面或其它器械，须以含氯消毒液擦拭。

输血科医院感染管理制度

1、工作人员的感染管理

- 1.1. 非血库人员，未经许可不得进入工作区。
- 1.2. 工作人员着装整洁，进入血库之前后必须洗手。



1.3. 工作人员若有传染性疾病应调离血库。

1.4. 工作人员必须戴手套处理标本。

1.5. 工作人员上岗前应注射乙肝疫苗，定期检查乙肝病毒抗体水平。

接触血液必须戴手套，脱手套后洗手，一旦发生体表或锐器刺伤，应及时处理。

2、血库的感染管理

2.1. 布局，应分为清洁区，潜在污染区和污染区。血液储存，发放处，成份室设在清洁区，血液检验和处置室设在污染区，办公室设在清洁区。

2.2. 管理要求

(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) 保持环境清洁，每日清洁桌面、地面，被血液污染的台面应用高效消毒剂处理。

(4) 储血冰箱应专用储存血液及血液成份，定期清洁和消毒，防止污染。每月对冰箱的内壁进行生物学监测，不得检出致病性微生物和霉菌。并登记测试冰箱内的温度，每日一次。

(5) 所有冷藏及冷冻设备都不可放置私人物品。

(6) 血液在送出之前，必须检视确实未受细菌污染，所有血液或血液成份受到污染时要全部废弃。

(7) 任何怀疑输血造成的菌血症，必须保留血液做细菌培养而注射器及管道接头亦要做细菌培养。

(8) 不论输血后是否有发生输血反应者，所有输血袋一起收回，统一处理。

(9) 废弃的一次性使用医疗用品，废血和血液污染物必须分类收集，由有资质的公司回收处理。

● 消毒及物品管理使用

消毒药械管理制度

1、医院感染管理委员会负责对全院使用的消毒灭菌药品、器械进行监督管理。

2、医院感染管理科具体负责对全院消毒剂、消毒器械、一次性输液器、注射器的采购、使用管理及回收处理进行监督。并对购入的产品进行质量监测。

3、医院所购一次性输液器、注射器，必须取得有省级以上药品监督管理部门颁发的《生产企业许可证》、《产品注册证》。

4、每次购置，必须进行质量验收，并查验每一批号产品的检验合格证，消毒日期、



出厂日期和有效期。

5、建立登记帐册，记录每次订货的产品名称、数量、规格、产品批号、消毒日期、出厂日期、卫生许可证号，有效期限及供需双方经办人姓名等。

6、对进购的一次性输液器、注射器应严格保管，超过灭菌有效期应立即停止使用，使用时若发生热原反应、感染及有关医疗事件，科室必须严格登记时间、临床表现、结局及一次性输注器的生产单位、日期批号等，并及时上报医院感染管理科。

7、临床科室应准确掌握消毒灭菌器械的使用范围、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。发现问题及时报告医院感染管理科。

一次性医疗用品管理制度

1、医院使用的各类一次性医疗用品，统一由药械科购进，任何科室不得擅自购进。采购一次性使用无菌医疗用品前由药械科向院感科提供该产品的相关证件，经审核，分管院长批准后方可购入。各科室不得使用未经注册、无合格证明、过期、失效或者淘汰的一次性使用医疗用品。

2、药械科应严格按照《医疗器械监督管理条例》的要求，向供货方索要该公司的《医疗器械经营企业许可证》和生产厂家的《医疗器械生产企业许可证》、每种产品的《医疗器械产品注册证》。进口产品尚需索要国家监管部门颁发《医疗器械产品注册证》和中文说明书，保证选择证件齐全的厂家采购。

3、以上证件必须在有效期内并加盖出具单位的红色印章方为有效，药械科应建立帐册进行登记备案。

4、医院感染管理科每半年对各类一次性医疗用品的证件进行一次审核，查看有效性，并对储备的一次性物品的有效期进行抽查。

5、药械科储备一次性医疗用品的仓库应具备防潮、防盗、防火、防鼠、防蟑螂的措施，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。

6、临床科室在使用前认真阅读产品说明、使用范围、使用方法和注意事项，并严格遵照执行；使用前必须仔细检查小包装有无破损、失效或有不洁异物，发现异常不得使用并反馈药械科。

7、怀疑使用产品与医院感染爆发有关时，应立即停止使用、封存、送检，并及时向科主任、护士长和医院主管部门、医院感染管理科等部门报告。

8、使用后的一次性医疗用品一律按照医疗废物进行处置。所有临床、医技科室严格禁止重复使用一次性医疗用品。

医院消毒隔离制度



- 1、所有从事与医疗活动有关的科室必须根据卫生部《医院感染管理办法》的要求建立健全科内“消毒隔离制度”，并按照要求做好相应工作。
- 2、所有医务人员从事各种医疗活动必须遵守医疗常规和无菌原则。但紧急抢救时以挽救病人生命为前提。
- 3、医务人员不得穿工作服进入会议室、食堂、图书室等公共场所。
- 4、所有医务人员接触病人前后均须认真洗手或手消毒。
- 5、凡需用手接触或可能接触血、分泌物、引流物、排泄物时须带手套。紧急抢救特殊情况时除外。
- 6、病员之间不能交叉使用诊疗仪器，所有仪器在病员使用后一定要按要求进行清洗，再作灭菌或消毒处理。
- 7、高危情况应使用一次性医疗用品。
- 8、所有输血、输液系统应保持使用过程密闭。
- 9、有传染性疾病的病人须进行隔离，隔离病人使用过的器械物品应及时按要求单独处理。
- 10、所有被血液沾染的物品应使用对病毒有效的消毒剂进行消毒后再做进一步处理，一次性使用的必须送焚烧。
- 11、尽量将有可疑感染的分泌物或引流物送微生物培养。
- 12、所有医疗废弃物应装袋送指定地点由有资质公司统一处理。一次性医疗用品用后须及时按规定处理。

病区消毒隔离制度

- 1、医务人员在做无菌操作时，必须严格执行无菌操作规程。洗手，戴好帽子、口罩。换药车或输液车上的无菌器械、敷料罐、酒精碘酒瓶，使用后应及时盖严，定期更换和灭菌，并注明灭菌日期和开启日期及时间。
- 2、治疗室、换药室、抢救室每日定时通风换气，通风不良的需使用动态空气消毒机进行消毒，地面采用湿式，每周大扫除1次，各类环境和物品定期进行采样检测。
- 3、病室各房间应每日定时通风两次，每日晨间护理时采用湿式扫床，一床一套；每日擦拭床头柜1-2次，一桌一布，抹布使用后浸泡消毒、清洗晾干备用。
- 4、每周至少更换被服一次，被体液污染后随时更换。
- 5、注射器、输液器使用后将针头取下放入利器盒内，针管毁型、剪断输液管后放入医疗废物桶中。
- 6、体温表一人一支，每次使用后浸泡于75%酒精中，浸泡容器每周清洗消毒一次，由专人负责。
- 7、门诊采取血标本，实行一人、一针、一巾、一止血带，使用过的棉棍、棉球置于医疗废物桶内，按要求统一处理。



8、床单位隔离

8.1、隔离患者有条件时住单间，病室内或病室门口要备隔离衣，悬挂方法正确。

8.2、不具备单间隔离条件的非呼吸道感染患者可以采取床单位隔离。

8.3、隔离应包括传染性隔离和保护性隔离。有传染病性的患者采用传染性隔离；免疫力低下或危重患者采用保护性隔离。

8.4、隔离患者用品应专用，采用一用一消毒，推荐使用一次性用品。

8.5、凡患者有气性坏疽、绿脓杆菌等特殊感染伤口，应严格隔离。所用的器械应先消毒、后清洗消毒，再灭菌；被服等单独收集，专包密封，标识清晰，压力蒸汽灭菌后再清洗，所用敷料放入双层黄色医疗废物袋内送烧毁。

各类治疗室、换药室、处置室消毒保洁制度

一、人员管理

1、专人管理、相对固定。

2、进入治疗室、换药室、处置室的工作人员应衣帽整洁，操作时戴口罩。

3、非本室工作人员及非操作时间不得随意进入。

4、操作前后应进行手卫生。

5、每完成一项处置，要随时清理。特殊感染处置用品必须单独做特殊处理。

二、环境管理

1、环境整洁，窗明几净，每周大清扫一次，四壁无尘，无污渍，无虫蝇、老鼠等。

2、地面清洁，无污物，有专用清洁工具，每日湿式打扫地面2次。

3、严格区分清洁区和污染区，物品定点、定位放置，保持备用状态，私人物品不得带入室内。

4、污染敷料放入医疗垃圾桶内，每日移交，破伤风杆菌、绿脓杆菌等特殊感染的病人应予以隔离，污染敷料放入双层黄色医疗垃圾袋中，由专职人员送往医疗废物暂存地，按规定进行统一处理。所用器械单独浸泡消毒后再清洗、灭菌。

5、每日上午、下午各通风一次，每日至少30分钟；使用动态空气消毒机消毒，以降低室内空气中的微生物。

6、每季度进行一次空气监测，消毒后细菌数应在 $\leq 4\text{cfu}/(5\text{min. 直径}9\text{cm 平皿})$ 以内，否则应彻底清洁消毒后再监测，直至符合要求为止。

三、无菌物品的管理

1、无菌物品须注明灭菌日期，超过一周应重新灭菌。无菌物品应放在清洁干燥的柜子内（非无菌物品不得放入），无菌物品（包、罐）打开启用后只能保存4小时。

2、用过的物品放在污染区，并及时处理后送供应室更换。

3、严格遵守无菌操作原则，无菌物品一人一用。

4、所有酒精、碘酒等消毒剂，应有计划的领取，避免挥发或失效。



各类物品常用消毒保洁方法

雾化水罐用后用含 500mg/L 有效氯消毒剂浸泡 30 分钟后用清水冲净凉干备用。湿化瓶、机械通气管道（含呼吸机、麻醉机等）用后送消毒供应中心或使用一次性物品。

吸引器：用后用含 500mg/L 有效氯消毒剂浸泡 30 分钟后用清水冲净凉干备用。储液瓶用前装 100~200ml 含 500mg/L 有效氯消毒剂。

治疗车：随时保洁，每天用后用含 500mg/L 有效氯消毒剂擦拭一次备用。

器械柜：物品存放有序，标记明确。每周用含 500mg/L 有效氯消毒剂擦拭一次。

病历架及夹：每周用含 500mg/L 有效氯消毒剂擦拭一次。

体温表：一人一支一用，每次使用后浸没于 75%酒精，加盖。

敷料及缸镊、钳等：高压灭菌，使用时保存，每 4 小时更换。

止血带：一人一用，用后直接与消毒供应中心交换。

压舌板、开口器、舌钳等：一人一用，用后用清水冲净，送高压灭菌。

碘酒、酒精：使用一次性包装，每周更换。

换药碗及器具：用后用清水冲净保湿，送消毒供应中心高压灭菌。

空气：无人时用紫外线照射 30~60 分钟；有人区域使用动态空气消毒机或层流装置。不推荐使用化学消毒剂熏蒸法。

手：接触传染病人和污染用品后应先洗手，然后进行卫生手消毒。

地面：保持清洁，清水拖地。有血液或分泌物污染时先吸附去污，再用含 500mg/L 有效氯消毒剂拖地。

床头柜、椅：清水擦拭，每日一次。有血液或分泌物污染时先去污，再用含 500mg/L 有效氯消毒剂擦拭。

拖把：固定区域、分开使用，用后用含 500mg/L 有效氯消毒剂浸泡 30 分钟后清水冲净悬挂备用。

被感染性敷料：被传染性体液污染或传染病人用过的敷料放入双层黄色医疗垃圾袋中，由专职人员送往医疗废物暂存地，按规定进行统一处理。

医院常用液体消毒剂使用管理办法

为加强医院常用液体消毒剂使用管理，确保消毒剂产品质量和消毒效果符合规范要求，特制定规定如下：

消毒剂概念：消毒剂指用于杀灭传播媒介上的微生物并达到消毒要求的制剂。包括灭菌剂、高效消毒剂、中效消毒剂和低效消毒剂。

一、消毒剂管理基本要求

1. 使用前应认真阅读产品包装上的产品说明、使用范围、使用方法和注意事项等，并严格遵照执行。



2. 消毒剂应放置于阴凉通风处，避光、防潮、密封保存。
3. 按产品说明，根据有效成分含量按稀释定律配制所需浓度。
4. 多数消毒剂配制后稳定性下降，应现用现配、使用前监测浓度。连续使用的消毒剂应每日监测浓度，或每次使用前监测浓度。
5. 用过的医疗器材和物品，应先去除污染，彻底清洗干净，再消毒。
6. 用于浸泡消毒时容器应加盖，并存放于通风良好的环境中。
7. 消毒剂均有一定的腐蚀性，不宜长时间浸泡物品或残留在物品表面，作用时间达到后应取出并采取有效措施去除残留消毒剂。
8. 消毒人员应做好个人防护，必要时戴口罩、橡胶手套、护目镜或防护面罩等。有强烈刺激性气味时，人员应尽可能离开消毒现场或加强环境通风。

二、常用消毒剂使用配置标准及操作规程

名称	效型	特点	消毒方法	浓度	作周时间	注意事项
戊二醛	灭菌剂	广谱、高效、毒副作用大、腐蚀性小、受有机物影响小、稳定性好。	浸泡法	2%	灭菌：10h 消毒：10-45min	用于碳钢制品的医疗器械消毒或灭菌前应先加入 0.5%亚硝酸钠防锈。碱性戊二醛使用前应按照使用说明加入适量碳酸氢钠调节 pH 值。
过氧乙酸	灭菌剂	广谱、高效、低毒、腐蚀性强、受有机物影响大、稳定性差	浸泡法	0.05%、芽孢 1%	消毒：5min 灭菌：30min	原液浓度为 16%-20% (W/V)，浓度低于 12% 时禁止使用。
			擦拭法	同浸泡法	5min	
			喷洒法	0.2%-0.4%	30-60min	
过氧化氢	高效消毒剂	广谱、速效、无毒，腐蚀性强，受有机物影响很大，纯品稳定性好。	室内空气喷雾	3% (30g/L)	20mVm ³ -30ml/m ³ 作用 60min	应避光、避热、室温下储存；对金属有腐蚀性，对织物有漂白作用。喷雾时应采取防护措施。
			擦拭法	3% (30g/L)	3~5min	
			冲洗法	3% (30g/L)	3~5min	
含氯消毒剂	高效消毒剂	广谱、低毒、腐蚀性强、受有机物影响大、稳定性差。	浸泡法	高效消毒： 2000-5000mg/L	30min 以上	使用液应现配现用，使用时限 ≤24h；未加防锈剂的含氯消毒剂对金属有腐蚀性，不应作金属的消毒；对织物有腐蚀和漂白作用，不应用于有色织物的消毒。
			擦拭法	低效消毒： 250-500mg/L	10min 以上	
			喷洒	同浸泡法		



			法:			
			干粉消毒	高效消毒: 2000mg/L	60min 以上	
				低效消毒: 1000mg/L	30min 以上	
				排泄物加入干 粉: 10000mg/L	2~6h	
				污水消毒: 50mg/L	2h	
乙醇	中效消毒剂	速效、无毒、对皮肤黏膜有刺激性、对金属无腐蚀性、受有机物影响很大、易挥发、不稳定。	浸泡法	低效消毒用 75%	30min 以上	易燃，忌明火。必须使用医用乙醇，严禁使用工业乙醇消毒和作为原料配制。
			擦拭法	用浸有 75%乙醇的棉球或其他替代物品擦拭被消毒部位，待干。	3min	
碘伏	中效消毒剂	速效、低毒，对皮肤黏膜无刺激、不使皮肤黄染，受有机物影响大，稳定性好。	擦拭法	皮肤：0.25%~0.5%	2~3 遍，至少 2min，	对铜、铝、碳钢二价金属制品有腐蚀性，不应做相应金属制品的消毒。
				粘膜：0.05%~0.1%	2~3 遍，作用 3~5min。	
			冲洗法	阴道粘膜或创面： 0.025%~0.1%	3~5min。	

三、管理办法

1、药剂科是医院液体消毒剂唯一购买、配置、发放科室，药剂科必须按规范要求从资质合法的企业中购买，做到专人管理、专人配置、专人登记专人发放，确保提供的消毒液来源合法、质量合格、浓度合标。

2、院感科每半年对药学部存档的消毒液厂家资质及产品进行审核，确保管理不失控。



空气消毒机使用管理规定

为科学、规范、合理使用空气消毒机，确保空气消毒机的消毒效果得到充分发挥，特制定空气消毒机使用管理规定如下：

一、空气消毒机操作使用方法

- 1、按照消毒机说明书正确安装、使用和操作，注意用电安全。使用前详阅说明书。
- 2、注意房间的密闭性。消毒时应关闭门窗，保持房间有良好的密闭性，严禁无关人员进入，尽可能减少室内人员数量，以确保消毒效果。
- 3、注意室内物体表面卫生。本机仅对空气有效，对物体表面无消毒效果，因此物体表面仍要选择含氯消毒液擦拭。
- 4、消毒开机时间的选择：
 - 1) 预防性消毒：每天定时消毒 1-2 次，每次开机 60~120min。一般安排在早晨上班进行。
 - 2) 动态消毒：一般在就诊、治疗操作（如晨间护理、换药、会诊查房等）、人员活动高峰时段进行，根据需要连续开机消毒或设定为自动关、开交替各 2 小时，特别是 ICU、新生儿 ICU 和急诊等科室。
- 5、消毒机采用紫外线循环风物理过滤消毒原理，因此消毒机周围空间应尽量避免有物体阻挡，以保持空气流动畅通，应尽可能地保护空气的良好循环。

二、空气消毒机清洁保养

- 1、保持消毒机的清洁干燥。每天消毒工作结束后用湿布擦抹表面即可。清洁时应切断电源并拔出电源头，避免与水直接接触或冲洗。
- 2、消毒机工作时，严禁使物体或手接近消毒机通风进、出口；搬运和装卸时应防止本产品受到硬物撞击或倒地。
- 3、发现消毒机工作异常（故障显示或报警）时，应立即关闭电源开关，并拔出电源插头，电话通知后勤处或通知专业维修人员检查。
- 4、消毒机使用累计时间 1000 小时，应清洗过滤布和紫外线灯管；紫外线灯管累计使用时间达 5000 小时须更换，注意备用紫外线灯管启动使用情况，及时记录并告知。
- 5、消毒机上方应无任何遮盖物，也不能放置在柜内等环境中使用；多个环境轮流消毒时应轻推轻放，减少振动。
- 6、按照消毒机说明书安装与操作，注意用电安全。未经指导、培训、详阅说明书或受命者严禁使用。

三、空气消毒机内控管理措施

- 1、药械科对全院使用中的空气消毒机进行跟踪管理，对于合同中明确的售后服务保养，应督促公司及时予以保养。保养期过的，应提醒科室选择自己或雇佣保养的方式予以保养。



2、科室护士长是空气消毒机维护保养第一责任人，要做到保养有记录，到期有维护，确保空气消毒机始终处于有效消毒状态。

3、院感科不定期抽查科室空气消毒机维护保养情况，对于发现的问题，通知相关科室及时整改。

营养科医院感染管理制度

1. 肠内营养配制室消毒监控制度

(1) 工作人员进入配制室需按七步法洗手，戴帽子、口罩，穿工作服。

(2) 台面消毒：每次操作完毕，用消毒剂、取专用洁净毛巾擦拭台面。

(3) 空气消毒：每日定时通风两次，每次 1 小时。每日定时空气消毒 1 小时。

(4) 营养液容器要求一洗、二刷、三冲、四消毒、再消毒、六保洁。每日使用前用远红外线消毒柜消毒 30 分钟，放消毒柜中保存。

(5) 监测：每月科室定期进行空气和营养液容器等监测，并配合感染科每季度定期做好配制室空气、工作人员手、台面等生物学监测工作。

2. 餐具和烹调用具消毒监控制度

(1) 餐具和烹调用具清洗执行五道程序：一洗、二刷、三冲、四消毒、五保洁。

(2) 消毒方法：碗筷等餐具在远红外线消毒柜消毒，温度 125℃，时间为 30 分钟；盆、勺等烹调用具以流通蒸汽消毒，温度 100℃，时间 30 分钟，或煮沸消毒 30 分钟。

(3) 监测：积极配合医院感染控制科及地方疾控中心进行监测工作。

3. 积极配合感染控制工作，设感染控制联络员，定期参加相关培训，展开监测工作。



第七节 职业安全防护，职业暴露管理

医务人员标准预防措施

一、标准预防的定义

标准预防是针对医院所有患者和医务人员采用的一组预防感染措施。标准预防基于患者的血液、体液、分泌物（不包括汗液）、非完整皮肤和粘膜均可能含有感染性因子的原则。包括手卫生，根据预期可能的暴露选用手套、隔离衣、口罩、护目镜或防护面屏，以及安全注射。也包括穿戴合适的防护用品处理患者环境中污染的物品与医疗器械。

二、标准预防的具体措施

（一）手卫生

1、在以下情况下应洗手或使用速干手消毒剂

- (1) 直接接触每个患者前后，从同一患者身体的污染部位移动到清洁部位时；
- (2) 接触患者黏膜、破损皮肤或伤口前后，接触病人的血液、体液、分泌物、排泄物、伤口敷料等之后；
- (3) 穿脱隔离衣前后，摘手套后；
- (4) 进行无菌操作前、接触清洁、无菌物品之前；
- (5) 接触患者周围环境及物品后。
- (6) 处理药物或配餐前。

2、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。
- 3、当手部有血液或其它体液等肉眼可见的污染时，应用肥皂或皂液和流动水洗手。手部没有肉眼可见的污染时，宜用速干手消毒剂消毒双手代替洗手。

（二）戴手套

1、在以下情况下应戴清洁手套：接触病人的血液、体液、分泌物、排泄物、呕吐物时；接触污染物品时。

2、在以下情况下应戴无菌手套：医务人员进行手术时；为病人进行诊疗技术等无菌操作时；接触病人破损皮肤、粘膜时。

3、诊疗护理不同的患者之间应更换手套。操作完成后脱去手套，应按规定程序与方法洗手，戴手套不能替代洗手，必要时进行手消毒。操作时发现手套破损时，应及时更换。戴无菌手套时，应防止手套污染。如手部皮肤破损，应戴双层手套。

（三）正确使用口罩、护目镜或防护面罩



1、一般诊疗活动、手术室工作或护理免疫功能低下患者、进行体腔穿刺等操作时应戴外科口罩，接触经空气传播或近距离接触经飞沫传播的呼吸道传染病患者时，应戴医用防护口罩。

2、下列情况应使用护目镜或防护面罩：

在进行诊疗、护理操作，可能发生患者血液、体液、分泌物等喷溅时；近距离接触经飞沫传播的传染病患者时；为呼吸道传染病患者进行气管切开、气管插管等近距离操作，可能发生患者血液、体液、分泌物喷溅时，应使用全面型防护面罩。

3、口罩潮湿后、受到患者血液、体液污染后，应及时更换；摘口罩时不要接触口罩前面；护目镜、防护面罩每次使用后应清洁与消毒。

（四）适时使用隔离衣与防护服

1、下列情况应穿隔离衣：接触经接触传播的感染性疾病患者如传染病患者、多重耐药菌感染患者等时；对患者实行保护性隔离时，如大面积烧伤患者患者的诊疗、护理时；可能受到患者血液、体液、分泌物、排泄物喷溅时。

2、下列情况应穿防护服：临床医务人员在接触甲类或按甲类传染病管理的传染病患者时；接触经空气传播或飞沫传播的传染病患者，可能受到患者血液、体液、分泌物、排泄物喷溅时。

3、隔离衣和防护服只限在规定区域内穿脱。穿前应检查隔离衣和防护服有无破损；穿时勿使衣袖触及面部及衣领，发现有渗漏或破损应及时更换；脱时应注意避免污染。脱下隔离衣以后，将隔离衣污染面向里，衣领及衣边卷至中央，放入污衣袋清洗消毒后备用。隔离衣每天更换、清洗与消毒，遇污染随时更换。

（五）防水围裙的使用

1、可能受到患者的血液、体液、分泌物及其他污染物质喷溅、进行复用医疗器械的清洗时，应穿防水围裙。

2、重复使用的围裙，每班使用后应及时清洗与消毒。遇有破损或渗透时，应及时更换。

（六）安全注射

1、使用过的针具和注射器应及时处理，不得重复使用。

2、锐器使用后放置于锐器盒中，在容器装满之前将其密封和处理。

3、禁止用手回套针帽。免疫注射时使用自动销毁式注射器。

4、任何锐器不能两人同时触摸；避免手术中经手传播锐器。

医务人员职业安全防护管理制度

一、防护原则

医务人员应遵循标准预防的原则：认定病人的血液、体液、分泌物、排泄物均具有传染性，须进行隔离，不论是否有明显的血迹污染或是否接触非完整的皮肤与粘膜，接



触上述物质者，必须采取防护措施。

二、职工在新入院即进行职业安全防护培训（含标准预防、职业暴露后的应急处理、各种疾病的职业防护特点与要求等）。医务人员定期进行健康体检，必要时进行免疫接种。

三、各科室必须配备必要的防护用品

四、各类人员均应严格执行医院感染管理制度和医务人员职业安全防护有关规定，掌握自我防护技术，严格遵守操作规程，严格遵守消毒隔离制度，严防违规操作。

五、医务人员工作时应穿工作服和戴工作帽，诊疗、护理、处置病人时戴口罩，操作前后规范洗手或手消毒。

六、为防止血液、体液等可能造成的交叉感染，各类人员操作时都必须按程序使用防护用具，如：口罩、手套、防护镜、隔离衣等。

七、在进行消毒工作时工作人员应注意自我防护，防止因操作不当可能造成的人身伤害。

八、安全使用锐器，处理锐利器械和用具时应采取有效的防护措施，以避免可能对人体的刺、割等伤害。

九、疑有特殊细菌、病毒感染者必须按有关传染病法进行隔离、防护、转院，运送、消毒。

十、检验科、实验室工作人员要严格执行《检验科、实验室医院感染管理》及国务院《病原微生物实验室生物安全管理条例》有关规定，规范操作，预防和避免发生实验室医院感染。

十一、处置医疗废物的相关工作人员要掌握医疗废物分类、收集、运送、暂存、转送等相关工作流程和要求，在分类收集医疗废物过程中严格安全防护，衣帽整洁，接触血液、体液和被污染的医疗废物前戴手套；处置医疗废物后应认真洗手，必要时手消毒。

十二、医疗废物暂贮地工作人员必须按规定穿着工作衣、工作裤、胶鞋（靴），戴口罩、手套，必要时戴防护眼镜等，不得无防护上岗。

十三、工作人员因不慎发生锐器伤等职业暴露时应立即按规定进行紧急处理，并及时汇报感染管理科并填写职业暴露登记表在院感科存档，必要时组织专家进行评估，酌情进行预防和治疗。

职业暴露后的登记报告制度

为及时掌握本院医务人员职业暴露发生情况和有效地进行正确处理，特作如下规定。

一、各临床、医技科室及相关后勤部门工作人员，必须提高对职业暴露的预防和自身健康保护的认识，对高危人群及可疑病患者进行诊疗过程中严格进行自我防护，以防发生职业暴露。

二、发生职业暴露后应按照《医务人员职业暴露后的应急预案》拟订的处理措施进



行处理后，及时通过院感系统填报《医务人员职业暴露报告卡》上报医院感染管理科。

三、医院感染管理科在接到报告后，应立即到现场进行详细情况的调查和登记，根据情况进行检查或治疗，属艾滋病病毒职业暴露的应及时上报市疾病预防控制中心。

四、医院感染管理科每月将本院职业暴露发生情况统计汇总。

职业安全监测管理制度

为维护医院工作人员的职业安全，有效预防医院工作人员中出现职业危害，保护劳动者的健康，特制定《职业安全监测管理制度》。

一、职业危害指医院工作人员在职业活动中，接触职业性有害因素引起的伤害。医院工作人员包括医疗、护理、医技、药技、行政、后勤等所有工作人员。

二、医院贯彻落实《劳动法》和《中华人民共和国职业病防治法》，落实职业病预防措施，从源头上控制和消除职业病危害。

三、各科室、部门应积极主动掌握工作环境中可能产生的职业危害因素、危害后果和应当采取的职业防护措施，建立健全有科室特色和针对性的防护制度，严格操作规程，健全各项规章制度。

四、对工作中可能产生的职业危害因素、危害程度及时告知员工，让员工知晓职业危害的有关情况。

五、各科室、部门应提供符合防治职业危害的防护设施和个人使用的防护用品。

六、加强工作人员对医疗环境中职业安全防护教育。上岗前对职工进行医院感染、职工防护、安全工作技术和方法等岗前培训，各科室、部门不定期进行职业卫生教育培训，对员工进行有关知识培训和考核。

七、医院为职工提供健康体检，建立职工健康档案，及时发现潜在问题，让职工享受到有关的保健服务。

八、要求职工在工作中加强防护，增强自身防护意识，培养良好的工作习惯。

九、在发生职业安全防护事件时，应十二小时内及时向院感处报告，信息上报内容包括：职业危害概况、发生时间、损伤部位以及事件现场情况、事件的简要经过、已经采取的措施等。在做好防护的前提下，按程序开展具体的事件应急处理工作。

十、事件发生后相关部门应及时调查事件的发生原因和事件性质，估算事件的危害波及范围和危险程度，查明人员伤害情况，做好事故调查处理工作。

十一、对已受损害的接触者可视情况调整工作岗位，并予以合理的治疗，促进职工康复。

职业暴露损害的紧急处理及措施

一、发生化学药物污染的紧急处理程序与措施



（一）化学治疗防护措施

1、对从事化疗的护理人员进行上岗前教育，定期进行防护知识培训，增强护理人员的防护意识和防护知识。

2、化疗药品配置应在生物安全柜内或做好个人防护基础上进行配置。

3、个人防护要求

（1）配药操作前应穿隔离衣、裤，佩戴一次性口罩和帽子，戴防护眼镜和手套，操作中若有手套破损、衣物污染应立即更换。

（2）戴手套之前和脱手套之后必须洗手。

（3）操作台面覆以一次性防护垫，防止化疗药品渗漏对设备造成污染。

（二）冲配规则

1、使用输液泵和软袋液体以减少空气中有害物质排出。

2、用水代替粉剂以减少冲配时气溶和气雾的外溢。

3、必须打开粉剂安瓿时，应用无菌纱布包裹；溶解药物时，溶媒沿瓶壁缓慢注入瓶底，待药粉浸透后再进行搅动，以防粉末外逸。

4、抽取药液时以不超过注射器容量的 3/4 为宜，并使用针腔较大的针头抽取药液，以防注射器内压力过大，药液外溢。

5、配置药品所用针头、注射器、手套等直接接触药品的物品、安瓿和玻璃瓶等药物容器，装入锐器盒 / 黄色医疗废物专用袋内，盛医疗废物的容器要加盖，防止化疗药物挥发于空气中污染环境。

（三）药物使用要求

1、施药者应穿工作服、戴口罩、帽子及手套；有条件应戴防护目镜，穿防护服。

2、戴手套之前和脱手套之后必须洗手。

3、用药完毕后，所用针筒、针头、输液器、药物包装袋（瓶）等直接接触药品的物品，按医疗废物处理，装入锐器盒 / 黄色医疗废物专用袋内，盛医疗废物的容器要加盖，防止化疗药物挥发于空气中污染环境。

4、在化疗 48 小时以内，患者的排泄物，如大、小便等，嘱患者或家属冲刷时至少要冲水两次。患者的分泌物、呕吐物应马上处理或置于加盖容器中。

（四）化疗药物污染的应急程序

1、若操作中不慎将药液溅到眼睛里，应立即停止操作，用生理盐水彻底冲洗眼部，至少 10 分钟，并及时咨询眼科医生进一步处理。

2、其他部位污染时，应立即停止操作，并脱去被污染的衣物和手套，用洗涤剂和清水清洗污染处，用大量冷自来水冲洗污染皮肤 15 分钟，必要时再咨询医生。

3、使用“危险勿近”警示牌限制其他人员进入污染区域。

4、药物泄漏于操作台时，立即使用吸收性强的吸纸、棉纸或纱布将药物吸取干净。

5、被污染台面或地面先用清水冲洗，再用清洁剂清洗 3 遍，清洗范围由小到大进行，



清洁剂必须彻底用清水冲洗干净。

6、立即就诊，根据造成污染的化学物质的不同性质用药。

7、记录以下信息：药物的名称、大概溢出量、溢出如何发生、处理溢出的过程、暴露于溢出环境中的员工、患者及其他人员。

8、通知相关人员注意药物溢出。

二、发生化学消毒剂污染紧急处理程序与措施

（一）化学消毒剂使用的防护措施

1、对从事该工作的人员要进行上岗前教育，定期进行防护知识讲课，增强防护意识，丰富防护知识。

2、接触化学消毒剂时穿戴手套、口罩和防护眼镜。尽量避免消毒液对眼睛、皮肤和黏膜等的直接刺激，长时间接触化学消毒剂的人员，口罩和手套要定时更换。

3、在配置消毒剂时，应在良好的通风环境内进行，谨慎操作，以免制剂外溢。

（二）化学消毒剂污染的应急程序

1、若操作中不慎将药液溅到眼睛里，立即使用生理盐水彻底冲洗眼部，至少 10 分钟，并及时咨询眼科医生进一步处理。

2、其他部位污染时，应立即脱去被污染的衣物和手套，第一时间用大量流动水冲洗；也可用棉花或吸水布吸干皮肤上的药液，然后用清水擦洗，千万不要擦拭，必要时咨询医生。

3、如果未稀释的化学消毒剂溢到桌面，应用布吸附液体，再用清水冲洗被污染表面。

三、发生血源性病原体职业接触后紧急处理程序与措施

（一）一般操作规程

1、可能发生血源性病原体职业接触的工作场所，应禁止进食、饮水、吸烟、化妆和摘戴隐形眼镜等。

2、禁止食品和饮料混置于储存血液或其它潜在污染物质的冰箱、冰柜、抽屉、柜子和桌椅面等。

3、禁止弯曲被污染的针具，禁止双手回套针帽，禁止用手分离使用过的针具和针管，禁止重复使用一次性医疗用品。以下两种情况除外：

(1) 这种行动是由于特殊医疗需要；

(2) 使用专用机械设备，或单手操作技术。

4、在处理血液或其它潜在污染物质的过程中，应尽量避免喷、溅、洒落、飞扬或产生飞沫。

5、禁止用口吮吸血液或其它潜在传染性物质。

6、在收集、处理、操作、储藏和运输过程中，可能造成血液或其它潜在传染性物质污染的标本应放在防泄漏的容器中。运输过程中按照三层包装的标准要求进行包装。

(1) 按照 GBZ158 要求，对储存、转运或运输的容器密封后进行警示标识或标色和中



文警示说明。

②如果容器外发生了污染，应在外部再放一个容器来阻止其泄漏，外部的容器同样应进行警示标识或标色和中文警示说明。

(3)如果样品能把第一个容器戳穿，在其外部应再放一个耐戳破的容器。

7、在维修或者运输可能被血液或其它潜在传染性物质污染的设备前应当检查，并进行必要的消毒（无法对设备进行消毒情况时除外）。

8、在被污染的设备上张贴生物警示标识和中文警示说明。

(二)医务人员发生血源性病原体职业接触后的应急处理

1、接触后的应急处理措施

发生血源性病原体意外职业接触后应立即进行局部处理，包括：

(1)用肥皂液和流动水清洗被污染的皮肤，用生理盐水冲洗被污染的黏膜；

(2)如有伤口，应当由近心端向远心端轻轻挤压，避免挤压伤口局部，尽可能挤出损伤处的血液，再用肥皂水和流动水进行冲洗；

(3)受伤部位的伤口冲洗后，应当用消毒液，如用 75%乙醇溶液或者含碘消毒剂进行消毒，并包扎伤口；

(4)被接触的黏膜，应当反复用生理盐水冲洗干净。

2、就诊及报告

(1)报告：科室填写职业暴露报告卡（同时也可电话），及时报告院感科（医生向科主任报告，护士或工勤人员向护士长报告）。

(2)完善检查，采集血标本送输血科。

(3)就诊：到急诊科或相关临床科室专家门诊就诊。

(4)按实际情况填写《医院职业暴露情况登记表》有关内容。

(5)根据专家制定的诊疗方案，积极配合治疗和复诊。

(6)专家接到血源性病原体职业接触事件诊治任务时，要及时进行评估并指导处理，尽可能在 24 小时内采取预防措施。

(7)若为 HIV 血源性病原体职业接触，需请示感染性疾病科负责人进行评估并指导用药。

3、血源性病原体职业接触发生情况的汇总和评估

医院感染管理科收到网报的《职业暴露登记表》后，定期统计发生血源性病原体接触事件的流行病学情况，评估高危人群和多发的危险因素。分析结果和提出改进措施，定期向医院感染管理委员会反馈，并提交医院感染管理委员会讨论。

四、发生放射性污染的紧急处理程序与措施

(一)严格执行操作规程，减少和杜绝放射性污染的发生。

(二)发生放射性污染时，按放射性污染应急预案进行必要处理。

1、首先应尽快消除有害因素的来源，同时将事故受损人员撤离现场，检查人员受危



害的程度，并积极采取救护措施，及时向上级部门报告。

2、根据事故的性质、受照的不同核素、不同剂量水平、不同病程，迅速采取相应对策和治疗措施。在抢救中应首先处理危及生命的外伤、出血和休克的，对估计受照剂量较大者应选用抗辐射药物。

3、对疑有体表污染的人员，应进行体表污染的监测，首先处理危及生命的外伤、出血和休克等，并迅速进行去污处理，防止污染的扩散。

(1)个人体表去污时，用肥皂、温水认真冲洗，或软毛刷轻擦。

(2)去污时要按顺序进行，先轻度污染部位后重度污染部位，防止交叉污染。要特别注意手部，尤其是指甲沟、手指缝。

(3)必要时可用弹力粘膏敷贴 2h-3h，揭去粘膏再用水清洗，对去除残留性污染有较好效果，或采用特种去污剂。擦洗头发一般用大量肥皂和水，要特别注意防止肥皂泡沫流入眼睛、耳、鼻和嘴。(被 ^{32}P 污染时，先用 5~10%磷酸氢钠(Na_2HPO_4)溶液洗涤，再以 5%柠檬酸洗涤，效果很好，不能用肥皂)。

4、仪器污染:

用冷水和热水擦洗，必要时用适当有机溶剂清洗。

5、试验污染:

立即用吸水材料将其吸干，在用湿布反复由外向内擦洗，必要时做出污染区域标记。



第八节 多重耐药菌管理

常见多重耐药菌感染预防和控制措施

随着抗感染药物的广泛应用以及微生态环境的自然筛选，耐甲氧西林金黄色葡萄球菌（MRSA）、耐万古霉素肠球菌（VRE）、泛耐药不动杆菌已经成为临床常见的多重耐药菌株，对多种抗菌药物呈现耐药，这些微生物进入医院后极易造成医院感染暴发流行，为有效预防和控制此类细菌在医院内传播，特制定该类感染的控制措施如下：

一、适当隔离。采取适当隔离措施防止耐药细菌传播，尽量将多重耐药菌如 MRSA 感染或定植的病人隔离于单人房、隔离单位或将同类感染病人隔离于同一病房，最低要求做到床旁隔离，每床配备速干手消毒剂，分组护理。必须带有警示标志。

二、做好手卫生。工作人员接触感染或定植病人后要加强手卫生，执行《医务人员手卫生规范》，重视使用洗手液或快速手消毒剂。

三、坚持标准预防。所有工作人员、访视者或任何其他人员，在进入病人房间时必须严格遵守标准预防原则。医疗护理病人或处置相关污染物品时要戴手套、预计必需与可疑污染的环境物体接触时应穿隔离衣或围裙。尤其当执行有飞溅物操作时（如伤口冲洗，口腔吸痰，插管），护理气管切开病人和有分泌物喷溅可能时，以及在很可能受到严重定植源（如烧伤创面）传播的环境中工作时，都应使用面罩。在日常护理中，面罩能够防止多重耐药菌从病人传播给医务人员。

四、保持环境清洁。每天进行环境清洁，此类病人的医疗护理物品专用，任何物品从病人房间移出后，在转至医院的另一区域或用于其他病人前，均必须消毒。

五、发现携带者，明确携带有 MRSA 和 VRE 的手术医生不进行手术，护士不从事重、危病人的护理工作，并积极去污染，直至检测转为阴性。

六、合理使用抗菌药物。此类病例如果治疗，必须根据药敏实验结果和经验治疗效果合理选用抗菌药物，治疗过程中需要密切监测患者抗菌药物不良反应。

七、加强检测与报告。检验科发现从住院病人标本检测到 MRSA 同病区出现 3 例时，应及时（当日）通报感染管理科。临床科室要加强对其他医院转入的感染患者及易感者的病原学检查，尤其是对年老体弱、有严重基础疾病的免疫力低下患者、住院时间长及近期使用广谱、高档抗菌药物治疗的患者等高危人群要提高警惕。对特殊耐药细菌如耐万古霉素葡萄球菌，泛耐药不动杆菌和铜绿假单胞菌也要及时报告。检验科配合感染管理科定期向全院发布细菌耐药统计资料。

预防、处置多重耐药菌感染管理规范

为预防耐药菌可能造成医院感染暴发流行，根据卫生部办公厅关于印发《多重耐药



菌医院感染预防与控制技术指南（试行）》（卫办医政发〔2011〕5号）的通知要求，特制定预防、处置多重耐药菌感染管理规范。

一、推行多重耐药菌监测预警管理

临床科室要采取有效措施预防和控制多重耐药菌的医院感染。重点科室（重症监护病房（ICU）、新生儿室、血液科病房、呼吸科病房、神经科病房等）和重点人群（长期收治在ICU的患者，或接受过广谱抗菌药物治疗或抗菌药物治疗效果不佳的患者，留置各种管道以及合并慢性基础疾病的患者等）要作为临床监测重点进行预警监管，确保在经验使用或治疗使用抗生素前，要按规定进行药敏培养，对于耐药培养阳性的标本，检验科微生物室发报告时要盖“接触隔离”预警章，提示临床科室要落实好接触隔离防控措施。检验科微生物实验室应当至少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等，确保预警工作扎实有效。

二、注意做好多重耐药菌感染（定植）患者的隔离安置

临床科室应根据情况对入科患者进行主动监测，接到耐药菌阳性报告后，要按单间隔离或区域隔离的方式，将患者进行隔离安置，做到在隔离门口、病历夹和床头卡上明示“接触隔离标示”，严禁无关人员进入隔离区域，限制患者到处流动，以防发生院内交叉感染。经有效治疗后，连续两次标本培养阴性的，可解除隔离。

耐药菌培养阳性患者应慎重转科，如因病情治疗需要转科的，转入转出科室要做好隔离措施交接，转出科室应做好“床单位消毒”或“终末消毒”。

三、规范多重耐药菌感染（定植）患者的医疗处置

1、规范处置。临床科室对于耐药菌培养阳性患者应在病例夹和床边标明“接触隔离”标示，医护人员在查房或操作时要严格执行“接触隔离”措施。连续两次标本培养阴性的可解除“接触隔离”。

2、合理用药。对于耐药高危患者，在经验用药前开具药敏培养，在用药规范采集样本，及时进行送检，力求做到经验用药不超过3天，3天后按药敏选择抗生素。

3、规范流程。在进行医学观察、查房、操作等医学处置时，要按照先普通患者后耐药（或传染病感染）患者的顺序进行医学处置。

四、全面落实多重耐药菌感染（定植）预防控制措施

（一）加强手卫生管理。严格执行《医务人员手卫生规范》（WS/T3132009）。医疗机构应当提供有效、便捷的手卫生设施，特别是在ICU、新生儿室、血液科病房、呼吸科病房、神经科病房、烧伤病房等多重耐药菌医院感染重点部门，应当配备充足的洗手设施和速干手消毒剂，提高医务人员手卫生依从性。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。

（二）严格实施隔离措施。医疗机构应当对所有患者实施标准预防措施，对确定或



高度疑似多重耐药菌感染患者或定植患者，应当在标准预防的基础上，实施接触隔离措施，预防多重耐药菌传播。

1、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，隔离房间应当有隔离标识。不宜将多重耐药菌感染或者定植患者与留置各种管道、有开放伤口或者免疫功能低下的患者安置在同一房间。

2、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。

3、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。接触多重耐药菌感染患者或定植患者的伤口、溃烂面、粘膜、血液、体液、引流液、分泌物、排泄物时，应当戴手套，必要时穿隔离衣，完成诊疗护理操作后，要及时脱去手套和隔离衣，并进行手卫生。

（三）遵守无菌技术操作规程。医务人员应当严格遵守无菌技术操作规程，特别是在实施各种侵入性操作时，应当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。

（四）加强清洁和消毒工作。医疗机构要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，特别要做好ICU、新生儿室、血液科病房、呼吸科病房、神经科病房、烧伤病房等重点部门物体表面的清洁、消毒。要使用专用的抹布等物品进行清洁和消毒。对医务人员和患者频繁接触的物体表面（如心电监护仪、微量输液泵、呼吸机等医疗器械的面板或旋钮表面、听诊器、计算机键盘和鼠标、电话机、患者床栏杆和床头桌、门把手、水龙头开关等），采用适宜的消毒剂进行擦拭、消毒。被患者血液、体液污染时应当立即消毒。出现多重耐药菌感染暴发或者疑似暴发时，应当增加清洁、消毒频次。在多重耐药菌感染患者或定植患者诊疗过程中产生的医疗废物，应当按照医疗废物有关规定进行处置和管理。

（五）合理使用抗菌药物

1、各科室应当认真落实抗菌药物临床合理使用的有关规定，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，正确、合理地实施个体化抗菌药物给药方案，根据临床微生物检测结果，合理选择抗菌药物，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。

2、医务处要建立和完善临床抗菌药物处方审核制度；检验部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；临床药师正确指导临床合理使用抗菌药物，提高抗菌药物处方水平。

（六）建立和完善对多重耐药菌的监测

1、加强多重耐药菌监测工作。对多重耐药菌感染患者或定植高危患者要进行监测，及时采集有关标本送检，必要时开展主动筛查，以及时发现、早期诊断多重耐药菌感染



患者和定植患者。

2、提高临床微生物实验室的检测能力。检验部应当加强临床微生物实验室的能力建设，提高其对多重耐药菌检测及抗菌药物敏感性、耐药模式的监测水平。临床微生物实验室发现多重耐药菌感染患者和定植患者后，应当及时反馈医院感染管理部门以及相关临床科室，以便采取有效的治疗和感染控制措施。

五、加强对临床科室落实多重耐药菌规范管理的考核

院感管理科、医务科、护理部、药剂科要加强协同配合，切实抓好各科室耐药菌感染预防管理考核工作，对于科室出现耐药菌感染未执行“接触隔离”的和未按耐药菌感染预防措施进行管理的（规范用药、手卫生、无菌操作、基础护理、安全转科、消毒隔离等），将进行考核。

多重耐药菌管理多部门合作机制

为了加强我院多重耐药菌医院感染的预防管理，经医院感染管理委员会通过，决定建立我院多重耐药菌管理的协作机制，具体如下：

1、由医院感染管理科制定多重耐药菌管理的定期联席会议制度，上报医院感染管理委员会讨论，并要求相关科室执行。

2、多重耐药菌的管理主要由医院感染管理科牵头，医务科、护理部、检验科、药剂科及临床科室协作进行。医院感染管理科牵头，每季度和微生物室、药剂科、临床科室、医务科、护理部举行联席会议，对相关问题进行讨论并提出改进方案。

职责分工：

一、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），在患者的医嘱中也注明多重耐药菌，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，直至临床感染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。

二、药剂科：

1、有抗菌药物合理使用管理组织与制度；有分级管理制度及具体措施。

2、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，正确指导临床合理使用抗菌药物，提高抗菌药物处方水平。

3、有临床治疗性使用抗菌药物的微生物送检率年度统计分析（细菌室协助完成）。

4、有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（细菌室协助完成）。

5、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。

6、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。

7、有围手术期抗菌药物的预防性使用规定并落实；有 I 类手术预防性抗菌药物使用规范。

8、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。

三、微生物室：

1、发现多重耐药菌感染患者和定植患者后，应当在第一时间报告相关临床科室（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 ICU、呼吸血液科、儿科、新生儿、神经外科等重点科室前五位的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变化趋势图和抗菌药物敏感性报告。

四、医院感染管理科：

1、每天到细菌室获取准确的各科室患者耐药菌感染情况（应用院感软件后将适时监控），并每天随机到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甚至处罚，对改进情况进行跟踪、督查，落实，体现持续改进。

3、每季度对各科室抗菌药物合理使用（包括围手术期）、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总结，对落实情况体现持续改进。

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危险因素、流行病学及控制措施进行培训，并对培训效果有追踪总结，通过耐药菌感染率体现防控的有效性，资料详实。



第九节 医疗废物管理

医疗废物管理制度

为了加强医疗废物的安全管理，防止疾病传播，保护环境，保障人体健康，根据国务院《医疗废物管理条例》及卫生部《医疗卫生机构医疗废物管理办法》规定，特制定医院医疗废物管理暂行规定。

一、管理组织

（一）领导小组

组长：院长

副组长：分管院长、后勤院长

组员：总务科主任、感染管理科主任、医务科主任、护理部主任、门诊部主任、保卫科主任。

（二）医院感染管理委员会

（三）各科主任、护士长

二、人员分工

（一）医院废物管理实行全员参与、依法管理。

（二）医务科、护理部、门诊部负责监督、指导各有关科室医疗废物的分类收集、包装、登记工作。

（三）医院感染管理科负责各项相关制度落实的日常监督、技术指导及全员培训。

（四）总务科医疗废物的运送、储存、暂储地设施的日常管理，保证收集、运送、储存地人员的个人防护物质，每年对上述人员进行体检一次。总务科负责污水处理。

（五）总务科负责医院废品买卖出院检查

三、管理规定

（一）医院废物实行分类收集法。

（二）病区内的生活废物，应用黑色塑料袋封装，转运在指定的生活垃圾场集中点，由总务科负责定时运出。

（三）病区产生的医疗废物有五大类，应用黄色带医疗废物标识的垃圾袋和垃圾桶盛装并密闭转运到指定区域。

1、感染性废物：是指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，包括被病人血液、体液、排泄物污染的物品，传染病病人产生的生活垃圾等。

2、病理性废物：是指在诊疗过程中产生的人体废弃物和医学试验动物尸体，包括手术中产生的废弃人体组织，病理切片后废弃的人体组织、病理腊块等。

3、损伤性废物是指能够刺伤或割伤人体的废弃的医用锐器，包括医用针头、解剖刀、



手术刀、玻璃试管、安培瓶等。

4、药物性废物：是指过期、淘汰、变质或被污染的废弃药品，包括废弃的一般性药品，废弃的细胞毒性药物和遗传毒性药物等。

5、化学性废物是指具有毒性、腐蚀性、易燃易爆性的废弃化学物品，如废弃的化学试剂、化学消毒剂、汞血压计、汞温度计等。

6、为防止医用一次性输液瓶（袋）使用后被不当收购，根据（卫办医[2005]292号）和（鄂卫发[2010]26号）文件精神，医用一次性输液瓶（袋）使用后交有资质的公司统一回收。

（四）医疗废物的交接、运送：科室实行双签字交接，暂储地实行联单转移交接；每日登记，资料保存三年。运送容器盛装不得超过 3/4，路途不得遗撒、丢失。

（五）医院污水排放应符合国家《医院污水排放标准》。

（六）医院的医疗废物回收人员在收取科室与科室人员双签字并登记各科回收数量，每天汇总交物业公司管理负责人，物业公司与指定回收公司实行交接双签字并保存收据三年。

四、处罚措施

（一）科室医疗垃圾未按要求分类收集或登记签名，一次罚款 100 元。

（二）回收人员未按要求回收、保管或无害化处理，一次罚款 100 元。

（三）对一次性医疗用品流失单位或不按管理规定将废弃输液管、注射器、输液瓶或袋等塑料制品私自买卖的个人各罚款 1000 元。如造成严重后果的将承担相关刑事责任。

医疗废物发生意外事故的应急预案

国务院颁布的《医疗废物管理条例》及卫生部颁发的《医疗机构医疗废物管理办法》等相关法规对医疗机构的废物管理做了明确要求，为了很好地落实这些部令规章，防止医疗废物发生意外泄露或出现泄露、流失事故能及时、妥善的处理，特制定本预案。

一、全院各临床、医技科室应积极组织学习《医疗废物管理条例》、《医疗机构医疗废物管理办法》等法律法规，认真做好分类收集、集中密闭运送，并做好出科登记和移交登记，防止中途泄露或流失。

二、医院按照相关要求设置医疗废物集中暂存地，由总务科指定专人负责收集和对外移交。暂存地为专用房屋并加锁，有明显警示标识，做到地面、墙壁光滑，便于清洗并保持清洁；采取防火、防盗、防鼠、防蝇、防蟑螂措施，防止媒介导致播散。

三、在出科转运途中出现少量意外泼洒或泄露，应及时对现场进行清理，必要时进行消毒。出现暂存地失窃或自然灾害等导致大量泄露时，应立即报告分管院长，并组织人员进行现场处置。

四、现场处置方案为：



- 1、总务科负责通知和召集保洁公司组织人员进行现场清理，并确定流失、泄露的医疗废物种类、数量、发生时间、播散范围及影响范围和严重程度等。
 - 2、保卫科负责组织人员维护现场安全或管制，防止污染扩大或对人员造成伤害。
 - 3、医院感染管理科负责指导保洁人员对受污染的区域、物品进行无害化处理或消毒，指导参与处理人员做好个人防护。
 - 4、若有人员中毒或其他伤亡，由医务科负责组织人员进行救治。
 - 5、在处置同时，院办于 48 小时内报告上级卫生、环保行政管理部门。有证据证明传染病传播的由公共卫生科按照《传染病防治法》的有关规定进行报告。
- 五、处置工作结束，由医院感染管理科写出处置报告备案，并抄报卫生、环保行政部门。



第十节 预防感染标准操作规程

多重耐药菌 (MDROs) 预防与控制标准操作规程

一、**物资支持**：医院提供人、财、物的支持，预防和控制多重耐药菌的传播。

二、**培训教育**：医务人员接受多重耐药菌管理的相关教育和训练，掌握预防和控制多重耐药菌传播的策略和措施。

三、**多部门监管**：医务科和药械科加强抗菌药物的管理，督导临床合理使用抗菌药物，以减少耐药菌以及多重耐药菌的产生和筛选。护理部协助管理临床护士执行预防与控制措施。

四、建立监测与报告制度

1、微生物实验室应使用标准的实验方法，分离鉴定目标微生物。如耐甲氧西林金黄色葡萄球菌 (MRSA)、万古霉素耐药肠球菌 (VRE)，ESBLs 介导的多重耐药菌肠杆菌科细菌、多重耐药 (泛耐药) 鲍曼不动杆菌 [MDR (PDR) -AB] 和铜绿假单胞菌 [MDR (PDR) -PA]、产碳烯青霉烯酶 KPC 的肺炎克雷伯菌和其他肠杆菌科细菌、以及新出现的如万古霉素中介 (耐药) 金黄色葡萄球菌 [VISA (VRSA)] 等多重耐药菌。

2、微生物实验室在检测到异常的耐药模式时或疑似多重耐药菌感染暴发时，及时通知感染控制人员或临床科主任。

3、至少每年向临床公布一次临床常见分离菌株的药敏情况。

4、各临床科室应加强对多重耐药菌医院感染 (定植) 病例的监测工作，按照医院感染病例报告时限的要求上报医院感染管理部门。

五、预防与控制传播

1、设立醒目的蓝色隔离标识，并通报全科医务人员知晓。

2、严格实行接触隔离措施，具体内容详见《接触隔离标准操作规程》。

3、医务人员应相对固定，包括护工和保洁人员。

4、强化医务人员手卫生管理。接触患者前后、接触患者周围环境后、摘手套后立即洗手和卫生消毒。

5、加强诊疗环境的卫生管理。使用专用的物品进行清洁和消毒，对患者经常接触的物体表面、设备设施表面，应每班进行清洁和擦拭消毒。出现或疑似有多重耐药菌感染暴发时，应当增加清洁和消毒频次。被患者血液、体液污染之处应立即消毒。

6、患者转诊之前通知接诊科室，以便采取相应传播控制措施。

7、患者标本连续 2 次以上 (间隔大于 24h) 耐药菌培养阴性或感染已经痊愈但无标本可送，方可解除隔离。

8、在有流行病学证据显示多重耐药菌传播与环境来源相关时，对环境物品表面、公



用设施进行采样。

9、如果采取以上控制措施，但传播仍然继续时，该病区应暂停收治患者，对环境进行彻底清洁消毒和评估。

医院感染暴发事件报告及处置标准操作规程(SOP)

一、医院感染暴发的报告

1、出现医院感染暴发流行趋势时，临床科室经治医师立即报告科主任，同时报告医院感染管理科，确认后及时报告分管院长，并通报相关部门。

2、经医院调查证实出现以下情况时，医院应于 12 小时内报告本省医院感染质控中心、卫生行政部门和疾病预防控制中心。

①5 例以上疑似医院感染暴发。

②3 例以上医院感染暴发。

3、当地卫生行政部门接到报告后，应当于 24 小时逐级上报至省级卫生行政部门。

4、省级卫生行政部门接到报告后组织专家进行调查，确认发生以下情形的，应于 24 小时内上报至卫生部。

①5 例以上医院感染暴发。

②由于医院感染暴发直接导致患者死亡。

③由于医院感染暴发导致 3 人以上人身损害后果。

5、发生以下情形时应当按照《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。

①10 例以上的医院感染暴发事件。

②发生特殊病原体或新病原体的医院感染。

③可能造成重大公共影响或严重后果的医院感染。

二、医院感染暴发的处置预案

1、临床科室发现 3 例或 3 例以上相同感染病例（包括症状相同或病原体相同等），应及时上报感染管理科。

2、医院感染管理科接到报告后应立即到现场核查，在确认医院感染暴发时应立即报告院领导和上级有关部门。

3、查找感染源及传播途径，隔离相关病人，加强消毒，必要时关闭病房。

4、制定控制措施，分析调查资料，写出调查报告，总结经验，制定防范措施。

三、医院感染暴发的具体调查步骤

1、成立调查小组

调查小组由分管院长、感染控制人员、医院流行病学专家、感染发生部门科主任及护士长、微生物学专业人员和药学专业人员、后勤保障部主管等。

2、对医院感染暴发病例进行查看，了解病史、核查实验室检查结果，开展相应的流



行病学调查。

3、进行核实会诊，确认是否为真正的医院感染暴发或流行的存在。

4、调查感染暴发流行的起始时间及医院感染传播方式，列出潜在的危险因素。

5、根据调查情况，制定临时控制措施。如隔离感染源或可疑感染源或保护性隔离其他患者等。必要时可采用停止手术或关闭病房等措施。

6、根据感染暴发或流行的调查和控制情况，实时调整相应控制措施并及时完成调查报告。

7、调查小组向医院感染管理委员会递交书面报告。

注：

医院感染暴发的定义：是指在医疗机构或其科室的患者中，短时间内发生3例以上同种同源感染病例的现象。

疑似医院感染暴发：指在医疗机构或其科室的患者中，短时间内出现3例以上临床症状候群相似、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感染途径的感染病例现象。

医院感染暴发传播方式：共同来源、带菌者传播、交叉感染、空气传播或其他方式。

急诊科医院感染管理标准操作规程

一、建筑布局

(一) 应设单独出入口、医疗区和支持区。医疗区应包括预检分诊、就诊室、隔离就诊室、治疗室、处置室、抢救室和观察室。

(二) 应当明亮、通风良好，候诊区宽敞，就诊流程便捷。

(三) 小儿诊室应与成人诊室分开。

(四) 急诊抢救室，每床净使用面积不少于12m²，观察室床间距不小于1.2m。

(五) 各诊疗区域应配置有效、便捷的手卫生设施：洗手池、非手接触式水龙头、清洁剂、速干手消毒剂、干手用品。

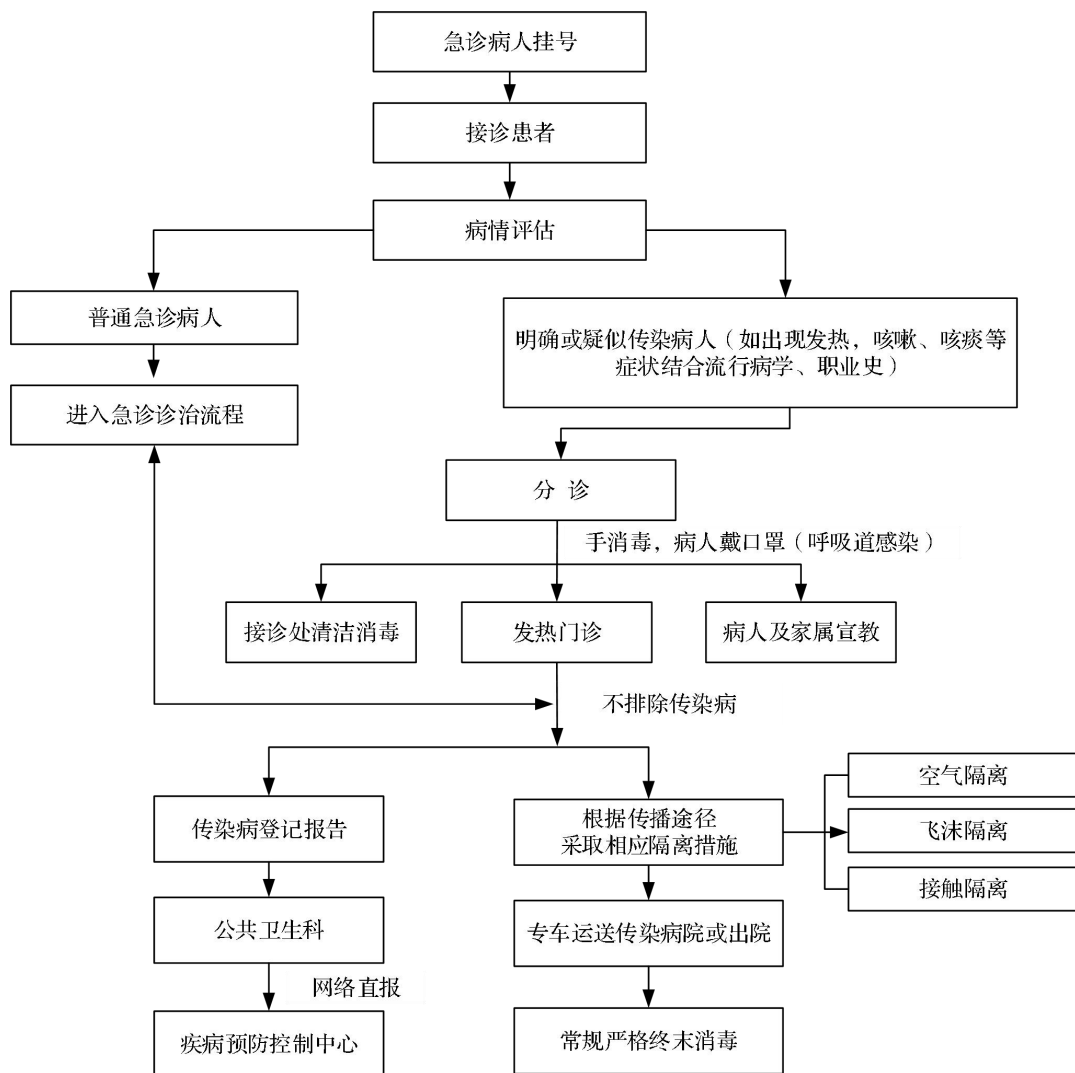
二、工作人员

(一) 应衣帽整齐，不戴饰物。

(二) 应定期体检，并进行必要的预防接种。

(三) 就诊人员患传染性疾病时，严格遵守标准预防，有职业暴露可能时应穿戴个人防护装备。

三、就诊流程





手术室医院感染预防与控制标准操作规程

一、物品

1. 标本：由专人使用清洁的容器或标本袋运送至标本间。

2. 废弃物：将分类收集的固体废弃物，通过污染走廊或采取隔离转移措施，运送到污物间；将液体废弃物通过专用池直接导入下水道（有完善污水处理系统的医院），或者消毒后导入下水道。每日清洁消毒容器。

3. 医疗器械：重复使用的医疗器械应立即置于整理箱内，通过污染走廊和通道或采取“隔离转移”措施运送至 CSSD 进行集中处理。

4. 手术床单位：立即拆除床单位、被套等织物，置于抗湿污物袋中，通过污染走廊和通道或采取隔离转移措施，运出手术间。手术床、床栏等没有明确污染时，清水擦拭即可；被血液体液污染时，还应消毒。

5. 仪器表面：如呼吸机、监护仪、输液泵、微量注射泵等，尤其是频繁接触的仪器表面人员按钮、操作面板等，应用 75%乙醇擦拭或按照仪器使用说明要求进行保洁、消毒处理。

常用诊疗用品：如听诊器、血压计等，没有明确污染时，清水擦拭即可；被血液体液污染时，还应消毒。

二、地面

当无明显污染时，清水擦拭即可；被血液体液污染时，还应消毒。

三、人员

1. 手术人员应在手术间内脱掉手套、手术衣，非接台手术人员洗手后方可离开手术室；接台手术人员应重新进行外科手消毒，再按要求更衣、戴外科手套。

2. 接台麻醉师和巡回护士等应重新洗手，根据需要戴手套。

3. 口罩：手术人员应戴一次性使用外科口罩，必要时戴一次性使用防护口罩、防护面罩，口罩潮湿或被血液、体液污染时应及时更换。

四、空气

1. 普通手术室：有人情况下应使用对医务人员无毒无害且可连续消毒的方法，无人情况下可使用紫外线灯照射消毒。

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

五、清洁用具

1. 不同区域的清洁用具应专区专用，用后专池或专室清洗、消毒、晾干。

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

3. 每个拖布清洁面积不宜超过 20 m²，清洁过程中应随时清洗拖布或更换清洁的拖



布，不得一把拖布连续擦拭两个不同的手术间。

4. 洁净手术间的清洁用具应使用不易掉纤维的织物材料制作。

5. 有条件的医院，清洁与感染手术室用洁具应分室（卫生处置室）分池（抹布与拖布分高低水池）清洗。

感染性手术医院感染预防与控制标准操作规程

一、填写通知单

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

二、手术安排

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

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

三、患者转运

1. 患有空气或飞沫传播疾病的患者应戴外科口罩。

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

四、隔离措施

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

（一）术前

1. 普通手术间应开启动态空气进化器；负压手术间应查看负压表负压值并记录，一般不得低于 $-5\sim-10\text{Pa}$ 。

2. 将手术间内本次手术不需要的物品移到室外。

3. 若手术患者患有特殊感染性疾病或传染病，可准备一次性铺单、手术衣及卫材用品等。

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

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

手术间外应配备1名巡回护士，以便传递短缺物品。

（二）术中

应始终保持手术间房门关闭，负压手术间应经常观察其负压准备情况，必要时联系



工程人员协助处理。

（三）术后处理原则

感染手术后必须消毒处理，其目的以防止因空气的传播或感染器械的再使用以致交叉感染，污染手术处理，根据感染程度，细菌种类不同而分四类方法处理。

1. 一般感染手术（如脓肿切除）

(1) 术中所用一次性器械及敷料，放入医疗废物袋，由医疗废物转运人员交有资质的公司处理，非一次性物品另行消毒灭菌处理。

(2) 更换手术台及推车上的床单、被套等另行消毒处理。

(3) 手术间按常规清扫并消毒。

2. 感染范围广泛手术（如急性脓疡、大面积烧伤等）

(1) 护士在术前根据手术的需要尽可能将物品准备齐全，以免外出而引起交叉感染。

(2) 术中所用一次性器械及敷料，放入医疗废物袋，由医疗废物转运人员交有资质的公司处理，非一次性物品另行消毒灭菌处理。

(3) 消毒液擦拭物品表面，消毒液拖地，空气净化处置。

3. 特殊感染手术（如气性坏疽、破伤风）

此类手术尽量在就地病区做，若送手术室，则须放在简易而小的手术间内进行，以利隔离。

(1) 术前准备用物，力求简单并选较差的器械为宜，尽量少用布类（用以一次性为佳），含有脓血的物品则尽量控制在手术台上，勿随意放置。

(2) 术前尽量将不需用的物品放到室外，配备 2 名护士，室内、外各一个。

(3) 术中用过的一次性物品全部放入医疗废物袋，由医疗废物转运人员交有资质的公司处理，非一次性物品必须另行消毒灭菌处理。

(4) 凡手术中未用过的物品集中打包，外面加清洁包布，注明标签后，行高压灭菌后再按常规处理，推车用消毒液擦拭。

4. 乙型肝炎表面抗原阳性术后处理

(1) 手术通知单上注明阳性，即做好术前准备。

(2) 术中用过的一次性物品全部按感染性废物处理，非一次性物品必须先消毒后清洗再灭菌处理。

(3) 凡术中未用过的物品集中打包，外面加清洁包布，注明标签后，行高压灭菌后再按常规处理。

(4) 手术间按常规消毒处理。

（四）环境清洁

1. 空气：普通手术间动态空气净化器应继续开启至少 30min；负压手术间负压巡回应继续开启至少 30min，并使用相应有效浓度的消毒剂喷洒消毒回风口过滤网，消毒时



间达到 30min 以后再拆卸清洗。

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

3. 地面：地面有明显污染时，应先使用消毒剂

产房医院感染管理标准操作规程

一、建筑布局

(一) 应当设置在相对独立的区域，与母婴室和新生儿室邻近，周围环境安静、清洁。

(二) 分医疗区和辅助区，医疗区包括分娩室、待产室、治疗室，辅助区包括无菌物品存放间、洗手池、办公室、产妇接收区、污物间、卫生间。

(三) 墙壁、地面、天花板无裂隙，表面光滑，便于清洁与消毒。

二、人员管理

(一) 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。

(二) 医务人员患有皮疹、腹泻、呼吸道症候群及传染病等感染性疾病时应离岗或调岗。有条件的医院应接种流感、麻疹、腮腺炎、风疹和水痘等疫苗。

(三) 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防护面罩、穿防水围裙和防护鞋。

(四) 接生或助产前应按照手术人员要求进行外科手消毒、戴口罩和帽子、穿无菌手术衣、戴无菌手套。

(五) 非本室人员未经许可不得入内，所有人员入室前应做手卫生。

三、环境管理

(一) 保持空气清新，每日通风不少于 2 次，每次不少于 30 分钟，通风不良时可安装空气净化消毒器。

(二) 每台分娩后应湿式擦拭地面、产床周围的各种物体表面，有明显污染时使用清洁剂或消毒剂擦拭。

(三) 窗台、墙面定期湿式擦拭，有明显污染时使用清洁剂或消毒剂擦拭。

(四) 清洁用具专室专用，标识清楚，使用后分开清洗消毒晾干备用。

四、物品管理

(一) 产床上的所有织物均应一人一换，感染性疾病患者和明确感染性物质污染的织物应分开收集、标识明确。不应在产房内和走廊上清点脏污织物。

(二) 接触患者的所有诊疗物品均应一用一消毒或灭菌。

(三) 脐部护理使用的敷料及脐包应无菌，并在有效期内使用。



(四) 备皮用具首选一次性物品，否则应采取有效的消毒处理方法。

(五) 接送产妇的平车保持清洁，隔离产妇使用后应立即消毒。

五、隔离管理

对有潜在传染性疾病的产妇，应隔离待产、隔离分娩。医护人员采取相应隔离措施，所有物品严格按照消毒灭菌要求单独处理，尽可能使用一次性物品。分娩结束后房间应严格进行终末消毒处理。用后的一次性用品及胎盘必须放入双层黄色塑料袋内密闭运送，按感染性医疗废物处理。

婴儿保温箱清洗消毒标准操作规程

一、基本要求

1. 应有 1~2 个备用婴儿保温箱用以周转清洁消毒。

2. 婴儿保温箱使用后应终末清洁消毒，使用中应每日湿式清洁恒温罩内外表面，特殊感染患儿（包括多重耐药菌）还应消毒，每周或遇污染时对婴儿保温箱进行彻底清洁消毒。

3. 报废婴儿保温箱应进行终末消毒后再进行处理。

4. 婴儿保温箱的清洁消毒顺序为先清洗普通婴儿保温箱，后清洗特殊感染新生儿使用后的婴儿保温箱，清洁消毒后应对清洗槽、地面等环境进行清洁消毒。

5. 消毒剂浓度及使用时间，应根据污染程度和产品使用说明决定。

婴儿保温湿化水应用灭菌水或新鲜冷开水，每日更换。潮湿地区或季节（相对湿度 55%~65%，早产儿婴儿保温箱湿度 60%~70%）时湿化槽内可不加水。

婴儿保温箱的空气过滤材料至少应 2 个月更换一次，破损时随时更换，做好记录。

清洁消毒后备用的婴儿保温箱应放在辅助区，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。推荐有效期为 2 周，2 周内使用，可仅擦拭恒温箱内外表面。

9. 使用中的婴儿保温箱应注明启用日期。

二、终末或彻底清洁消毒流程

1. 先拔掉婴儿保温箱电源，推至清洁消毒间，湿式擦拭电线后将电线盘起挂好。

2. 抽屉式水箱与固定式水箱，均应先放掉箱内残水后再清洗、浸泡消毒。

3. 取下恒温罩上输氧孔的塑料套、操作窗的塑料密封套、输液软垫，清洗、浸泡消毒。

4. 取出婴儿床，清洗、消毒。

5. 取出床隔板上密封条，清洗、浸泡消毒。

6. 取出床隔板，清洗、消毒。

7. 婴儿保温箱若为箱外加水式，取出加水槽清洗、消毒后冲净，晾干备用。

8. 拔掉温度控制仪插头，拧开温度控制仪面板上旋钮，取出温度控制仪、栅栏擦拭。



9. 用毛刷或棉签逐个擦拭风轮叶片，再按顺序安装风机。
10. 取下空气过滤器盖板，取出空气过滤网，用清洁剂漂洗，冲洗，晾干；注意不能揉搓滤网。
11. 擦拭空气过滤器盖板里面表面及空气输入管内外部。
12. 擦拭恒温箱罩内、外表面，机身内、外表面和机架。
13. 更换手套，将所有浸泡消毒的物品取出、冲洗、擦干。
14. 按拆卸的反顺序逐个装回。安装时注意部件安置的位置、方向，旋钮应锁紧，密封条四周应确保密封。
15. 安装完毕，插上电源，测试性能是否良好。

新生儿沐浴感染预防与控制标准操作规程

一、沐浴间（区）基本设施要求

1. 墙壁、天花板、地面无裂隙，表面光滑，有良好的排水系统。
2. 沐浴区与储存区应分区明确；应设流动水沐浴池。储存柜保持清洁干燥，柜门有良好的密封性。
3. 应有空调等保温设施。
4. 具备必要的沐浴用品，如毛巾、无刺激性婴儿乳液、护臀霜、沐浴垫或盆、一次性防水垫巾、抗湿罩袍或围裙等。

二、沐浴基本管理要求

1. 患有皮肤化脓或其他传染性疾病的工作人员，不得接触新生儿。
2. 工作人员严格执行手卫生。
3. 每日沐浴前、沐浴后沐浴间（区）应开窗通风，保持室内空气清新、干燥。
4. 病情允许时宜选择淋浴。淋浴应一人二巾（洗澡巾和擦干毛巾）一垫（用于衬垫体重秤和沐浴垫）；盆浴应一人二巾一盆（或套一次性塑料套）。
5. 感染性疾病患儿与肺感染性疾病患儿应分时沐浴，应先为早产儿、非感染性疾病患儿沐浴，最后为感染性疾病患儿沐浴。
6. 每日沐浴结束后应清洗消毒沐浴用品，如沐浴池、沐浴喷头、沐浴垫、防水罩袍等；更换拆裸台与打裸台上的各种物品，并清洁擦拭台面、体重秤等。
7. 新生儿沐浴使用后的毛巾应清洗消毒，首选热力消毒，必要时选择压力蒸汽灭菌；新生儿衣被按照《织物清洗消毒标准操作规程》处理，早产儿和皮肤有破损的新生儿使用的衣物应压力蒸汽灭菌。

8. 沐浴液等沐浴用品使用时瓶口应避免接触新生儿和工作人员，使用中应避免污染。

9. 治疗、护理用品如眼药水、油膏等应一人一用，有效期内使用。

三、沐浴流程

1. 关闭门窗，调节室内温度在 26~28℃。



2. 严格执行手卫生，穿抗湿罩袍或围裙。
3. 调节水温，以手背或手腕部皮肤感觉不烫为宜。
4. 在拆襁台，查看新生儿皮肤及脐带情况，在体重秤上铺放一次性防水垫巾，新生儿称重后，连同一次性防水垫巾置放于沐浴垫上。
 - (1) 头部沐浴顺序：用拇指和中指捏住新生儿双耳，按“眼睛（由内眦洗向外眦）——脸部——头发——擦干”的顺序。也可沐浴结束后使用消毒棉签蘸 0.9%生理盐水洗眼。
 - (2) 身体沐浴顺序：颈部胸部——腹部——腋窝——上肢——腹股沟及外生殖器（女婴应从前向后洗）——翻身——下肢——后颈——背部——臀部。
 - (3) 将洗完的新生儿抱至包襁台，用擦干毛巾轻轻沾干全身。
5. 将婴儿衣被、毛巾、一次性防水垫巾等丢入指定容器，清洁双手后才能为下一个新生儿沐浴。

新生儿配奶感染预防与控制标准操作规程

一、工作人员管理

1. 配奶间工作人员应当经过消毒技术培训，患有感染性疾病者在未治愈前不得参加配奶工作。
2. 配奶间工作人员应有良好的卫生习惯，配奶操作前应洗手。

二、配奶用品管理

1. 奶粉应保存于清洁干燥处，在有效期内使用。开启后注明启用时间，密封存放。
2. 取用奶粉的勺子应干燥存放，不得存放在奶粉中。
3. 配奶必须使用温开水进行配置。
4. 配置后的奶保存条件及保存时间，应参照不同奶粉使用说明。
5. 奶具使用后，统一回收清洗、消毒。特殊或不明原因感染患儿所用奶具优先选择一次性物品，非一次性物品必须专人专用专消毒，不得交叉使用。

奶具及配奶容器的清洗消毒流程：

- (1) 工作人员洗手后，取下奶嘴，倒净剩余奶。
- (2) 在流动水下搓洗奶嘴、奶瓶及配奶容器，必要时使用专用洗涤剂清洗。
- (3) 将清洗干净的奶嘴、奶瓶及配奶容器进行物理方法消毒，如煮沸消毒 15min、流通蒸汽消毒(100℃，20min)，必要时选择压力蒸汽灭菌。煮沸消毒时物品应完全浸入水中，消毒时间应从水开始沸腾时计算。
- (4) 将消毒后的奶具及配奶容器取出晾干，存放于清洁干燥的容器内，存放时应注意清洁操作。
- (5) 消毒后奶具及配奶容器的保持时间不应超过 24h，未使用的剩余奶具应重新清洗消毒。剩放奶具的容器每日必需清洗消毒。

三、配奶间环境管理



1. 应保持空气清新、干燥，地面、墙面、天花板等清洁无尘。
2. 应设置足够的清洗水槽及专用清洗用具，保持清洁，每日清洗消毒。
3. 每次配奶开始前及结束后，应清洁配奶操作台。
4. 保存奶制品的冰箱、奶具存放柜应保持清洁干燥，定期及有污染随时清洁消毒。

重症监护室清洁消毒标准操作规程

一、基本原则：

1. 必须遵守消毒灭菌原则，进入人体组织或无菌器官的医疗用品必须灭菌；接触完整皮肤粘膜的器具和用品必须消毒。
2. 用过的医疗器材和物品，应先去污，彻底清洗干净后再消毒或灭菌。
3. 各种诊疗器械、器具和物品使用后应终末清洁消毒，使用中应定期清洁消毒，污染时随时清洁消毒。
4. 所有的医疗器械在检修前应先经消毒处理。
5. 应根据物品的性能选用物理或化学方法进行消毒灭菌，首选物理消毒灭菌方法。

二、呼吸机操作面板、监护仪面板、微量注射泵、输液泵等手频繁接触的各种仪器表面应使用消毒剂擦拭，每日不少于2次；有多重耐药等医院感染暴发或流行时，每班不少于1次。呼吸机、监护仪外壳等非手频繁接触的各种仪器表面应使用消毒剂擦拭，每日不少于1次。

三、呼吸机波纹管、雾化器、湿化瓶、咽喉镜等诊疗器械、器具和物品使用后应直接置于封闭的容器中，由消毒供应中心(CSSD)集中回收处理。被朊毒体、气性坏疽及突发原因不明的传染病病原体污染，则应使用双层封闭包装并标明感染性疾病名称。由CSSD单独回收处理。

四、听诊器、血压计、叩诊锤、电筒、血管钳、剪刀等诊疗器械、器具和物品，应一床一套，应使用消毒剂擦拭，每日至少1次。

五、经接触传播、空气传播和飞沫传播的感染性疾病患者使用的诊疗器械、器具和物品应专人专用，条件受限应一人一用一消毒。

六、床栏杆、床旁桌、门把手等患者周围物品表面应使用消毒剂擦拭，每日至少2次；多重耐药等医院感染暴发或流行时，每班不少于1次。护理站台面、病历夹、电话按键、电脑键盘、鼠标等应每日擦拭清洁消毒至少1次。

口腔科综合治疗椅医院感染管理标准操作规程

一、应将控制开关、灯柄、治疗台拉手、三用抢手柄等医生手触摸的地方覆盖一次性护套或薄膜，一人一用一更换，有条件时宜四手操作。

二、医护人员每次进行口腔诊疗操作前、后均应严格洗手或卫生手消毒，手部有污



染或戴手套时应避免接触治疗台物品表面。

三、治疗过程中用过的物品应放在指定的容器内，不应随意放置在治疗台面。

四、每次治疗前和结束后应及时踩脚闸冲洗管腔 30s，应使用防回吸牙科手机或配备管腔防回吸装置（逆止阀）。

五、综合治疗椅的表面应一人一用一消毒，遇血液污染时，应立即消毒。

六、每日治疗结束后，每张综合治疗床应用 500mg/L 的含氯消毒剂抽吸消毒手机导管系统。

七、每日诊疗结束后应清洗吸唾过滤和沉渣过滤装置。

八、痰盂随时保持清洁，上下午诊疗结束后用 500mg/L 的含氯消毒剂消毒痰盂 30min。

可重复使用诊疗器材（器具）和物品回收标准操作规程

一、准备

1. 操作者：穿外出工作服，戴圆帽、口罩。

2. 用物：回收车、回收箱、快速手消毒剂、手套、笔及记录单。

二、回收操作

1. 按指定路线推回收车到各临床科室，严禁用污染的手按电梯开关。

2. 在科室回收污染器械，应戴手套，将科室污染物品回收箱放在回收车内，然后脱手套，进行手消毒后，离开科室。回收时，应洁、污概念明确，注意轻拿轻放，避免发生器械物品的损坏及增加噪声。

3. 回收消毒供应中心的去污区，应戴手套后，将污染物品与清洗人员交接。清洗人员按科室清点器械数量并记录，回收人员复核。回收人员操作完毕，脱手套、洗手。

4. 操作过程中要避免造成周围环境的污染或自身的职业暴露，保持回收箱及车的密闭性。如使用开放式的手推车，要保持车扶手的清洁。

三、回收箱及回收车的处理

1. 每天工作完毕，应彻底清洗回收容器，可用自来水及清洁剂清洗回收箱及回收车的表面，干燥存放，专用于回收污染物品。有热力清洗消毒设施，则使用热力清洗消毒设施对回收箱及回收车进行清洗消毒后，干燥保存；没有热力清洗消毒设施可选择含有效氯 500mg/L 的消毒剂进行擦拭消毒和浸泡。刷洗干净后，干燥备用。

2. 操作时，工作人员需做好个人防护，穿高帮橡胶鞋，穿抗湿罩袍，戴防护面罩，戴手套，使用洗车设备时要避免水滴飞溅，以免产生气溶胶和造成周围环境的污染。

3. 保持污车清洗间整洁、干燥，回收箱摆放在储物架上备用，回收车归位。



外来医疗器械清洗消毒灭菌标准操作规程

为了保证外来的手术器械能够达到消毒灭菌要求，有效控制和预防我院感染事件的发生，特制定如下操作规程，请相关科室严格遵照执行。

一、接受器械

1. 除急诊手术外，外来租借手术器械需在我院手术中使用的，一律凭物资采购中心填写《医用高值耗材信息登记表》及《CSSD 外来器械接收单》（清点单），送消毒供应中心清洗、灭菌，手术室不得使用未经我院消毒供应中心清洗、灭菌的手术器械。

2. 需要使用外来租借器械的手术科室必须提前一天开好通知单，通知物资采购中心，器械公司人员应于手术前一天中午 12 点前（中午 12 点前收到的器械，第二天上午可按时手术；12 点以后收到的器械，手术只能第二天下午进行）将手术所需器械送到消毒供应中心。如器械不能按时送到消毒供应中心，应取消当次手术。

3. 每台手术只允许一名器械公司人员进入手术室，并按手术室的管理规程进行更衣、换鞋、戴口罩、帽子才可以进入。

二、清洗和消毒

1. 所有器械必须按我院消毒供应中心管理程序进行清洗、打包、灭菌处理。包装时应注明器材的使用科室、使用时间、使用者姓名、手术名称等，以便手术室、消毒供应中心责任护士核对。

2. 所有器械灭菌后，必须经生物监测合格才能发放使用，严禁提前发放使用。

3. 器械灭菌后由消毒供应中心护士直接从洁净通道发放到手术室，任何器械公司人员不得经清洁电梯进入消毒供应中心无菌物品存放区领取器械，可电话让消毒供应中心工作人员将器械通过洁梯送往手术室交接。

4. 紧急情况下（急诊手术）需使用外来租借器械，也必须由消毒供应中心对器械进行清洗消毒，合格后方可在手术室进行灭菌。

三、回收

1. 手术结束后所有外来租借器械（严禁在手术室清洗），由器械公司人员填写器械交接卡，将器械从污梯转运到消毒供应中心进行清洗等处理后带走。器械公司人员未经交接不得私自带走任何器械。

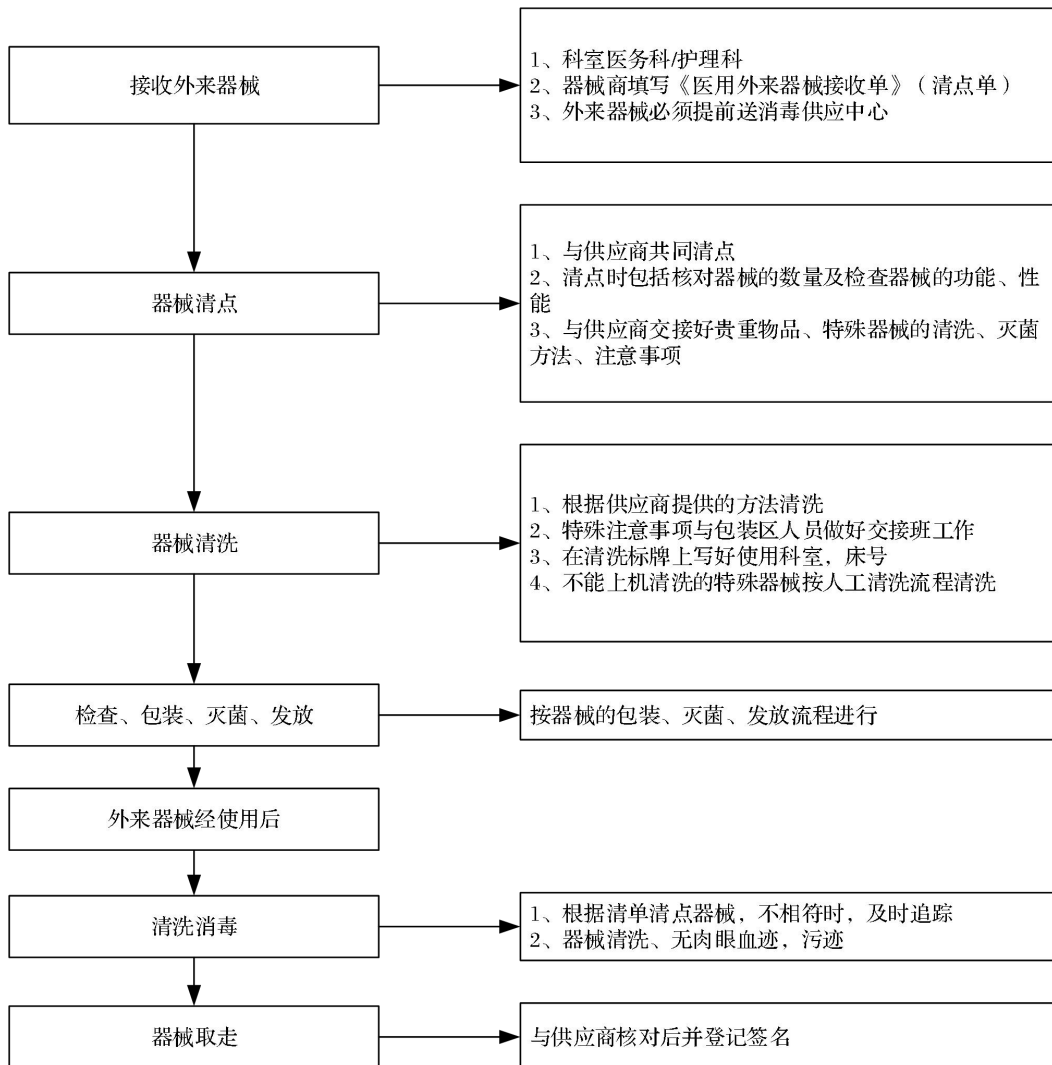
2. 手术室洗手护士应加强对器械公司人员的监督，器械公司人员不准调换我院手术器械及带走我院布类物品，一经发现处于十倍以上罚款，并通知相关器械公司，对公司人员进行批评教育，相关器械公司不予配合的终结其经销往来。

四、质量追溯

所有外来医疗器械及植入物应采用跟踪追溯管理系统，记录每套外来医疗器械及植入物的清洗、消毒、灭菌、监测及应用等相关信息，以便随时跟踪和查询。



外来器械管理流程



肮病毒、气性坏疽及突发不明原因的病原体污染器械（器具）和物品清洗标准操作规程

一、准备

1. 操作者：穿工作服和抗湿罩袍或围裙，戴圆帽、口罩、护目镜或防护面罩、橡胶手套或防穿刺乳胶手套。

2. 用物：清洗剂、毛刷、棉签、网篮、高压水枪、高压气枪、超声波清洗机、清洗消毒器。

二、操作



1. 将回收的感染器械（器具）和物品按病原体的不同选择相应的消毒剂进行浸泡消毒，严格控制消毒液浸泡时间，打开器械所有的轴节和卡锁，完全浸没在液面下，以便器械与消毒液充分接触。

2. 器械消毒完毕，将结构复杂及管腔类器械放入超声波清洗机中超声清洗5~10min，然后根据医院的条件选择机器或手工清洗。机器清洗请参照“机器清洗操作流程”；手工清洗请参照“手工清洗操作流程”。

3. 使用的清洗工具机清洗池应消毒处理。

4. 小心操作，避免造成周围环境的污染或自身的职业暴露。

软式内镜清洗和消毒（灭菌）标准操作规程

一、预处理

1. 使用后立即用湿纱布擦去外表面污物，并反复送水送气10s。

2. 取下内镜装好防水盖，送内镜清洗消毒室处理。

二、测漏

清洗消毒前应进行测漏试验。一般情况下选用湿测；紧急情况下采用干测。

三、水洗

1. 将内镜放入水洗槽，在流动水下彻底冲洗，用纱布擦洗镜身及操作部。纱布一用一换。

2. 取下活检入口阀门、吸引器按钮和送气送水按钮，用清洁毛刷彻底刷洗活检孔道和导光软管的吸引器管道至少3次，刷洗时应两头见刷毛，并清洗刷头上的污物。清洗刷一用一消毒。取下的各类阀门、按钮用清水冲洗干净并擦干。

3. 安装全管道灌流器、管道插塞、防水帽和吸引器，用吸引器反复抽吸活检孔道。

4. 全管道灌流器接50ml注射器，吸清水注入送气送水管道。

5. 用吸引器吸引活检孔道的水分并擦干镜身。

内镜附件如活检钳、细胞刷、切开刀、导丝、碎石器、网篮、造影导管、异物钳等使用后，先放入清水中，用小刷刷洗钳瓣内面和轴节处，清洗后擦干。

四、酶洗

1. 将擦干后的内镜置于酶洗槽中，用注射器抽吸含酶洗液100ml，冲洗送水送气管道，用吸引器将含酶洗液吸入活检孔道，浸泡2~5min，操作部用含酶洗液擦拭。含酶洗液一镜一换。

2. 擦干后的附件、各类按钮和阀门用含酶洗液浸泡，附件应在超声清洗器内清洗5~10min。

五、清洗

含酶洗液浸泡后的内镜，用高压水枪冲洗各管道，同时冲洗内镜的外表面，再用气枪向各管道冲洗干燥，用干净布类擦干内镜的外表面。



六、消毒或灭菌

1. 采用消毒剂浸泡消毒或者灭菌时，应将清洗擦干后的内镜置于消毒槽并全部浸没于消毒液中，各孔道用注射器灌满消毒液。

2. 非全浸式内镜的操作部，应用清水擦拭后再用 75%乙醇擦拭消毒。

3. 消毒灭菌时间参见国家《内镜清洗消毒技术操作规范》或消毒剂、消毒器械的产品使用说明。

4. 内镜附件应一用一灭菌。首选压力蒸汽灭菌方法，也可用环氧乙烷或者符合卫生行政部门规定的其他灭菌方法。

5. 相关物品清洗后，弯盘、敷料缸等用压力蒸汽灭菌；复用的口圈、注水瓶及连接管使用消毒剂浸泡消毒，复用的口圈再用流动水冲净；注水瓶及连接管用无菌水冲净，干燥备用。使用时注水瓶内应注入无菌水，每日更换。

使用消毒机进行清洗消毒之前，应先按照预处理、测漏、水洗、酶洗、清洗的要求对内镜进行清洗。

七、冲洗

1. 清洗消毒人员更换手套将消毒好的内镜取出，并用气枪或注射器吹出各官腔内的消毒液。

2. 将内镜置入冲洗槽，流动水下用纱布清洗内镜的外表面，反复抽吸清水冲洗各孔道。

3. 用化学消毒剂浸泡灭菌的内镜，使用前应用无菌水彻底冲洗。

八、干燥

擦干内镜外表面，吹干各孔道水分，支气管镜还需要用 75%的乙醇或洁净压缩空气等方法进行干燥。

九、储存

1. 灭菌后的内镜及附件应按无菌物品储存。

2. 消毒后的内镜悬挂于镜柜或镜房内，弯角固定钮应助于自由位。

3. 储柜内表面光滑、无缝隙、便于清洁，每周擦拭清洁消毒 1~2 次。

十、其他

1. 吸引瓶、吸引管冲洗后用消毒剂浸泡消毒，刷洗干净，干燥备用。

2. 清洗槽、酶洗槽刷洗后用消毒剂擦拭。

3. 消毒槽在更换消毒剂时应彻底刷洗。

硬式内镜清洗和消毒（灭菌）标准操作规程

一、预处理



1. 使用后立即用湿纱布擦去外表面污物，置于封闭、防渗漏的容器中由 CSSD 集中回收或送内镜清洗消毒室处理。

2. 特殊感染性疾病患者使用后的内镜应双层封闭包装并注明感染性疾病名称，由 CSSD 单独回收或单独送内镜清洗消毒室特殊处理。

二、清洗

1. 用流动水彻底清洗并擦干。

2. 将擦干后的内镜置于多酶洗液中浸泡。

3. 内镜管腔应用高压水枪冲洗，可拆卸部分必须拆开清洗，并用超声清洗器清洗 5~10min。

4. 器械的轴节部、弯曲部、管腔内用软毛刷彻底轻柔刷洗。

三、消毒或灭菌

1. 内镜的消毒可用煮沸消毒方法，水沸腾后计时 20min。

2. 内镜的灭菌可用压力蒸汽、环氧乙烷和消毒剂浸泡等方法。连台手术应具有快速灭菌条件，否则一套内镜一天限做一台手术。

3. 用消毒剂进行消毒或灭菌时，器械的轴节应充分打开，管腔内应充分注入消毒液。常用消毒剂及作用时间参见《医院常用液体消毒剂使用标准操作规程》。

四、冲洗

1. 浸泡消毒的内镜应用流动水彻底冲洗。

2. 浸泡灭菌的内镜应用无菌水彻底冲洗。

五、干燥

消毒的内镜可用气枪等设备干燥，灭菌的内镜应用无菌巾擦干。

六、储存

1. 戴包装的内镜及配件应按无菌物品储存。

2. 裸露灭菌的内镜及配件应储存于密闭无菌容器中，打开后有效期不超过 1 小时。

3. 裸露灭菌的内镜应储存于密闭消毒容器中，有效期不超过 1 周。

内镜清洗剂选择标准操作规程

一、应选择液体多酶清洗剂，不宜选择固体多酶清洗剂，液体多酶清洗剂应符合以下几点：

(1) 应有足够的酶含量，酶含量宜在 40% 以上。

(2) 至少应含有 4 种酶（蛋白酶、淀粉酶、脂肪酶、糖酶），这样才能有效分解内镜和附件上所有生物污染物（血液、脂肪、蛋白质、糖）。

(3) 不应含有毒添加物，如乙二醇。

(4) 应透明、已冲洗，无残留。

(5) pH 值应为中性或弱碱性。



二、机洗和手洗均应选用低泡多酶清洗剂，但机洗宜优先选择内镜清洗机厂家推荐使用的酶清洗剂。

三、诊疗量多的医疗机构宜选择分解速度快、标准浸泡时间短的多酶清洗剂。

四、选用多酶清洗剂前应了解当地的水质状况，水质较硬的区域宜选择受水质影响较小的酶清洗剂。一般南方水质较软，北方水质较硬。

五、应选择有良好性价比的酶清洗剂，清洗效果和价格相同时，应考虑酶清洗剂分解时间和附加功能（如防锈）、软质水适应性、水温等。

六、配制中的注意事项：

（1）应根据多酶清洗剂产品说明书选择适宜水温的水配制多酶洗液，温度较低时应注意保持使用温度，增加酶的活性。

（2）应根据内镜的污染程度和多酶清洗剂产品说明书配置合适浓度的多酶洗液。若内镜污染较重，可适当增加酶的浓度或延长浸泡时间。

（3）应根据当地的水质情况配置合适浓度的多酶洗液，水硬度越高，酶浓度亦应越高。

血液透析机维护与消毒标准操作规程

一、维护与保养

1. 有国家食品药品监督管理局颁布的注册证、生产许可证等。
2. 处于良好运行状态，每台有独立的维护档案。半年校准一次技术参数并记录（由生产厂家或专业技师负责完成）。每次透析后校准工作参数。

二、清洁与消毒

1. 每次透析治疗结束后应消毒机器内部管路（水路）。
2. 透析治疗中如果被血液污染到透析机，应立即消毒。
3. 每次透析治疗结束后应拆除所有的管理系统，仔细检查每个压力传感器是否干净，确认无任何异物或血渍黏附，并使用消毒剂擦拭操作人员手接触的部位，如按键、旋钮、泵门等。

4. 每日清洁擦拭透析机箱的外部表面和带有底轮的基座。

每周彻底清洁擦拭透析机的所有物体表面，清洗空气过滤网。

禁止使用化学清洗剂或者是化学消毒剂擦拭机器的显示屏幕。

三、注意事项

1. 所用消毒剂应有卫生部颁发的卫生许可批件，其种类及浓度需按机器说明书进行选择。
2. 操作人员应了解消毒产品使用浓度、应用范围及注意事项等。
3. 操作人员应穿工作服，戴防护手套。



血液透析治疗区环境及物品清洁消毒标准操作规程

一、空气

1. 治疗室、透析治疗区每日上、下午开窗通风 1~2 次，每次不少于 30min。
2. 不建议对空气进行常规消毒。需要消毒时，有人情况下应使用对人体无毒无害，且可连续消毒的方法；无人情况下可选用紫外线照射消毒。

二、墙面、门窗

1. 应保持清洁、干燥。定期清水擦洗，有血液、体液等污染时，应消毒。
2. 抹布应分区使用，使用后分开清洗消毒，晾干备用。

三、地面

1. 每日透析结束后，应用清水湿式擦拭，有血液、体液等污染时，应消毒。
2. 透析过程中发生血液、体液污染时，应立即采取清洁、消毒处理。
3. 不同区域使用的清洁工具，应分开放置，用后分开清洗、消毒，悬挂晾干。
4. 室内及入口处不宜铺设踏脚垫和地毯。

四、物品和设施

1. 每一位患者透析结束应更换床单，被套及枕套，对其物品表面进行擦拭，有明显污染时应消毒。
2. 隔离透析患者使用的物品，如透析机、治疗车、病历、血压计、听诊器、血糖仪、小桌板等应标识明确、单独使用。
3. 护理站桌面、电话按键、电脑键盘、鼠标等保持清洁，必要时使用消毒剂擦拭消毒。

血液透析室（中心）水处理系统质量控制标准操作规程

一、水处理系统的运行与保养

1. 水处理设备应具备国家食品药品监督管理局颁发的注册证、生产许可证等。
2. 每半年应对水处理系统进行技术参数校准，此项工作由生产厂家或科室专职工程技术完成。
3. 每天应对水处理设备进行维护与保养，确保安全范围，保证透析供水。
4. 水处理设备的滤砂、活性炭、反渗透膜等需按照生产厂家要求或根据水质监测结果进行更换。
5. 做好维护保养记录。

二、透析用水的水质监控

1. 每月采集反渗水监测细菌总数，应少于 100cfu/ml，超过 50cfu/ml 应提前干预，采样部位为反渗水输水管路的末端。
2. 每季度采集反渗水监测内毒素，应小于 0.25Eu/ml，超过 0.125Eu/ml 应提前干预，



采样部位为反渗透输水管路的末端。

3. 每天监测反渗水电导度，不得高于 $10 \mu\text{s}/\text{cm}$ 新安装的水处理系统或怀疑水处理系统有问题时要提高监测频率。

4. 反渗透 pH 值应维持在 5~7。

5. 反渗透每年至少监测 1 次化学污染物浓度。

6. 每周至少测定 1 次软水硬度及游离氯浓度，钙和镁的浓度应分别低于 $2\text{mg}/\text{L}$ 和 $4\text{mg}/\text{L}$ 游离氯浓度应低于 1×10^{-6} 。

空气隔离标准操作规程

一、基本原则

(一) 适用于预防通过空气传播的感染原，如麻疹病毒、水痘病毒、结核分枝杆菌、播散性带状疱疹、推测 SARS-CoV 在特殊情下也有可能，无论是疑似或确诊感染或定植的患者。

(二) 在标准预防的基础上，应采取如下（二至六）的预防措施。

二、患者安置

(一) 应将患者安置于负压病房，负压病房应达到以下要求：

- 1、空气交换 ≥ 6 次 / h（现存病房）或 ≥ 12 次 / h（新建 / 改建病房）。
- 2、病房空气可直接排至室外，若排入邻近空间或空气循环系统需经高效过滤。
- 3、每日监测、记录负压值，并通过烟柱、飘带等肉眼观察压差。
- 4、病房门应随时保持关闭。

(二) 当负压病房不足时，应尽快将患者转送至有条件的医疗机构。

三、门急诊

(一) 应建立预检分诊制度，及时发现通过空气传播疾病的患者或疑似患者。

(二) 应尽快将患者安置于负压病房，条件受限时，应指导患者佩戴外科口罩并安置于专用隔离诊室或引导至感染性疾病门诊。当患者离开以后，应将房间空置至少一个小时。

(三) 应指导患者佩戴外科口罩并遵守呼吸卫生 / 咳嗽礼仪。除了在负压病房内，患者需持续佩戴外科口罩。

四、人员限制

应尽可能安排具有特异性免疫的医务人员进入病房。

五、个人防护装备

医务人员无论是否具有特异性免疫，当进入病房时，均应佩戴经过密合度测试的 N95 或医用防护口罩。

六、患者转运

(一) 除非必要，应限制患者在病房外活动及转运。



- (二) 确需转运时，应指导患者佩戴外科口罩，并遵循呼吸卫生 / 咳嗽礼仪。
- (三) 应覆盖水痘或天花或结核性等皮肤损伤。
- (四) 若患者佩戴了外科口罩并覆盖了感染性皮炎，负责转运的医务人员不需佩戴口罩。

飞沫隔离标准操作规程

一、基本原则

(一) 适用于预防通过飞沫传播的感染原，如百日咳、流感病毒、腺病毒、鼻病毒、脑膜炎双球菌及 A 群链球菌（特别是指使用抗菌药物治疗 24 小时内）等，无论是疑似或确诊感染或定植的患者。

(二) 在标准预防的基础上，应采取以下（二至五）的预防措施。

二、患者安置

应将患者安置于单人病房，条件受限时，应遵循如下原则：

- (一) 优先安置重度咳嗽且有痰的患者。
- (二) 将感染或定植相同感染原的患者安置在同一病房。
- (三) 当需与其它不同感染原的患者安置于同一病房时，应遵循以下原则：
 - 1、避免与感染后可能预后不良或容易传播感染的患者安置于同一病房，例如：免疫功能不全或可能长期住院的患者。
 - 2、确保患者间的床间距不少于 1 米，并拉上病床边的围帘。
 - 3、不论同一病房的患者是否都需采取飞沫预防，接触同一病房内不同患者之间，都应更换个人防护装备及执行手卫生。

三、门急诊应尽快将患者安置于检查室或分隔间，并且建议患者遵循呼吸卫生 / 咳嗽礼仪。

四、个人防护装备

- (一) 进入病房或分隔间应戴口罩。
- (二) 密切接触患者时，除了口罩以外，不建议常规佩戴护目装备，例如护目镜或面罩。
- (三) 针对疑似或确诊 SARS、禽流感或流感大流行的患者应遵循最新感染控制指南。

五、患者转运

- (一) 除非必要，应限制患者在病房外活动及转动。
- (二) 确需转运时，应指导患者佩戴口罩，并遵循呼吸卫生 / 咳嗽礼仪。
- (三) 负责转运患者的人员不需要戴口罩。

接触隔离标准操作规程



一、基本原则

(一) 适用于预防通过直接或间接接触患者或患者医疗环境而传播的感染原，如耐万古霉素肠球菌、艰难梭菌、诺如病毒和其它肠道病原体、呼吸道合胞病毒等，无论是疑似或确诊感染或定植的患者。

(二) 在标准预防的基础上，应采取二至七的预防措施。

二、患者安置

应将患者安置于单人病房，条件受限时，应遵循如下原则：

(一) 优先安置容易传播感染的患者，如大、小便失禁的患者。

(二) 将感染或定植相同感染原的患者安置在同一病房。

(三) 当需与未感染或定植相同感染原的患者安置于同一病房时：

1、避免与感染后可能预后不良或容易传播感染的患者安置于同一病房，例如：免疫功能不全、有开放性伤口、或可能长期住院的患者。

2、床间距应不少于1米，并拉上病床边的围帘。

3、不论同一病房的患者是否都需采取接触预防，在接触同一病房内不同的患者之间，都应更换个人防护装备及执行手卫生。

4、设立隔离标识。

三、门急诊应尽快将患者安置于检查室或分隔间。

四、个人防护装备

(一) 不论是接触患者完整的皮肤或环境表面，例如：医疗设备、床栏杆，都应在进入房间或分隔间时戴手套。

(二) 隔离衣

1、进入病房或分隔间时应穿隔离衣，并于离开患者医疗环境前脱卸隔离衣及执行手卫生。

2、脱卸隔离衣后，应确保衣服及皮肤不接触污染的环境表面。

五、患者转运

(一) 除非必要，应限制患者在病房外活动及转运。

(二) 确需转运时，应覆盖患者的感染或定植部位。

(三) 转运前工作人员应执行手卫生并脱卸和丢弃受污染的个人防护装备。

(四) 转运到达目的地后，医务人员再穿戴干净的个人防护装备处置患者。

六、医疗装置和仪器 / 设备

(一) 遵循标准预防的原则处理相关医疗装置和仪器 / 设备。

(二) 一般诊疗用品，如听诊器、血压计、体温计、压舌板、压脉带等应专用。不能专用的医疗装置应在每一位患者使用前后进行清洁和消毒。

七、环境措施

病房环境表面，尤其是频繁接触的物体表面，如床栏杆、床旁桌、卫生间、门把手，



以及患者周围的物体表面，应经常清洁消毒，每日至少一次。

医疗废物管理标准操作规程(SOP)

一、分类收集

- 1、各医疗废物产生地设有放置医疗废物区域，并以文字标明医疗废物名称。
- 2、将医疗废物分别放入带有“警示”标识的专用包装物或容器内，损伤性废物放入专用锐器盒内，不得再取出。
- 3、医疗废物达到 3/4 满时，应有效封口。
- 4、病原体培养基、标本、菌种和毒种保存液，应先消毒，再按感染性废物处理。
- 5、隔离传染病人或疑似传染病人产生的医疗废物及生活废物，应用双层专用包装袋，并及时密封。

二、运送

- 1、运送医疗废物人员在运送时，应穿戴防护用品（防护服、防护鞋、口罩帽子、手套）。
- 2、运送医疗废物人员每天按规定的时间、路线运送至暂存地。
- 3、运送前应检查医疗废物标识、标签、封口，防止运送途中流失、泄漏、扩散。
- 4、运送车辆要有防渗漏、防遗散设施，易于清洁、消毒。
- 5、运送结束，及时清洁消毒运送工具。

三、暂存、登记

- 1、医疗机构应有医疗废物暂存地，暂存地远离医疗、食品加工、人员活动区；防鼠、防蚊蝇、防蟑螂、防盗、防渗漏；易于清洁消毒。
- 2、医疗废物暂存地应专人管理，应有“警示”标识和“禁止吸烟、饮食”的标识。非专业人员不得接触。
- 3、病理性废物应低温贮存或防腐保存。遇有手术切除的残肢时由殡仪馆火化，或作为病理性废物收集。
- 4、医疗废物在暂存地存放不得超过 2 天。
- 5、医疗废物转出后对暂存地及时清洁、消毒。
- 6、总务科对医疗废物来源、种类、重量、时间、去向、经办人签名进行登记，登记资料保存 3 年。

四、处置

医疗废物应由县级人民政府环保部门许可的医疗废物处置单位进行处置。医疗废物不得自行处理，禁止转让、买卖。