

神木市卫生健康局

神卫健字〔2023〕108号

神木市卫生健康局 关于成立神木市院感质控中心的通知

各医疗卫生机构、市卫生监督所：

为全面提升我市医疗机构医院感染管理质量，建立健全医院感染管理质控体系，进一步加强对各级医疗机构医院感染管理监控和指导，促进医院感染管理工作科学、规范、可持续发展，不断提高全市医院感染管理工作水平。依据《关于建立县级院感质控中心的通知》榆政卫健发〔2023〕53号文件要求，经局务会研究，决定成立神木市院感质控中心。现将有关事项通知如下：

一、工作机构

神木市医院感染管理质量控制中心（简称神木市院感质控中

心)，是在神木市卫生健康局的直接领导下，对我市医疗机构院感管理工作进行培训、指导、监督检查和质量控制。该办事机构中心挂靠在神木市医院，办公室设在市医院控感办，负责日常工作的开展、总结及上下联络。中心设主任 1 名，副主任 7 名，办公室主任 1 名，秘书 1 名，委员 7 名。具体职责如下：

1. 主任职责：负责对全市医院感染管理质控中心工作的谋划、指导与协调，审核年度工作计划、目标、标准、流程、制度等，负责各项相关会议及培训，组织策划并领导中心成员开展全市质控督查以及医院感染暴发事件的调查与控制，负责与上级医院感染管理质控中心工作联系。

2. 副主任职责：负责全市医院感染管理质控工作计划、目标、标准、流程、制度的制定与落实，组织开展质控中心日常工作。牵头组织对全市各级医疗机构医院感染管理质量的检查与指导，组织相关会议与培训，组织感染暴发的调查与控制，接受全市医疗机构医院感染问题业务咨询并适时提出工作建议。

3. 办公室主任、秘书职责：在主任领导下做好各种相关工作会议的筹备、召集与接待工作，负责市内医院感染相关数据的收集分析与报告工作。负责中心工作开展及信息动态的发布与报道，负责完成日常工作小结及年度工作总结。负责做好中心各类会议记录，完成上级部门交办的其他临时性工作。

4. 委员职责：参加各项相关工作会议及培训，参与医院感染暴发事件的调查与处置，参与医院感染管理质量的检查与指导，

完成中心交办的其他临时性工作。

5. 中心成员职责：参加各项相关工作会议及培训，参与医院感染暴发事件的调查与处置，参与医院感染管理质量的检查与指导，完成中心交办的其他临时性工作。

二、组织领导

| | | |
|------|-----|-----------------|
| 主任： | 王 斌 | 神木市卫生健康局副局长 |
| 副主任： | 张 弛 | 神木市卫生监督所所长 |
| | 贺彦君 | 医共体总院副院长 |
| | 牛永亮 | 神木市医院副院长 |
| | 白艳萍 | 神木市中医医院副院长 |
| | 刘雪梅 | 大柳塔试验区医院副院长 |
| | 杨雄杰 | 神木市妇幼保健医院副院长 |
| | 杨志鹏 | 神木市卫生健康局医政科科长 |
| 委员： | 单 倩 | 神木市卫健局疾病预防控制科科员 |
| | 王 枫 | 神木市医院控感办主任 |
| | 张 霞 | 神木市中医医院院感办主任 |
| | 徐艳梅 | 大柳塔试验区人民医院院感办主任 |
| | 李慧萍 | 神木二医院院感办主任 |
| | 施 美 | 神木中西医结合医院院感办主任 |
| | 杜 艳 | 神木市妇幼保健医院院感办主任 |

成 员：各单位院长、社区卫生服务中心主任，其他民营医院院感质控负责人，医务室负责人，个体门诊部、诊所负责人

办公室主任：王 枫 神木市医院控感办主任

秘 书：苏娜娜 神木市医院控感办专职人员

三、工作要求

本中心及所属工作机构，在市卫健局的领导下，加强医院感染管理，有效预防和控制医院感染，提高医疗质量，保证医疗安全，根据《传染病防治法》、《医疗机构管理条例》和《突发公共卫生事件应急条例》等法律、行政法规的规定，负责全市医疗机构感染管理质量控制工作。

（一）市卫健局应确保中心有专项经费支持，确保正常工作开展。

（二）神木市医院要为院感质控管理中心的工作开展给予大力支持，保证必要的人力、时间、场所、设施等工作条件，确保正常工作的开展。

（三）要遵循国家感控相关规范标准，认真履行职责，积极开展工作，切实做好全市医院感染管理质量控制及指导工作。各类文件必须经市卫生健康局审核同意后方可印发，加盖神木市卫生健康局公章。

（四）新冠疫情防控工作已转入“乙类乙管”模式，成立市级院感质控中心势在必行，质控中心的主要职能是负责制定全市医院感染管理质量控制工作方案，参与全市医院感染管理工作规划、政策的制定修改、技术型指导、培训以及医院感染管理的策略研究等工作，并定期对全市医院感染医疗质量现状进行调研、

分析、论证，提出改进意见和建议，为市卫生健康局决策提供依据。

（五）各医疗机构必须建立本院感染管理组织机构，领导小组组长由各机构主要负责人担任，负责本机构的日常管理工作。各医疗卫生机构要积极主动加强与质控中心的沟通，接受监督与指导，严格按照院感质控中心的要求为主要依据，开展督导、检查、培训等工作，为各项工作顺利开展提供支持和保障，深入落实好医院感染相关要求，不断提升医护人员防护技术和专业水平。

（六）卫生监督所要 对质控中心督导、检查过程中发现的问题进行跟踪监督，存在问题严重的或屡犯不改的要进行立案调查并依法依规做出处理。

- 附件：1. 神木市院感质控中心工作制度
2. 神木市院感质控中心年度督查和评价细则（总分100分）（适用于二级医院及二级以上医疗机构）
3. 神木市院感质控中心年度督查和评价细则（总分100分）（适用于一级医院、乡镇卫生院、社区卫生服务中心）
4. 神木市院感质控中心年度督查和评价细则（总分100分）（适用于个体诊所、村卫生室）

神木市卫生健康局

2023年3月31日

附件 1

神木市院感质控中心工作制度

1. 每年初向卫健局上报工作计划，年底上报全年工作总结。
2. 完善质控中心院感相关制度、工作职责，做到分工明确，责任到人。
3. 定期召开会议，研究解决工作中存在的突出问题，落实问题台账与销账制度。
4. 积极参加国家、省市级医院感染管理有关活动，合力提高感染防控整体水平。
5. 认真履行职责，做好辖区内的医院感染管理知识培训工作；指导辖区内医疗机构医院感染管理，降低医院感染发生率；研究讨论重大医院感染管理事务，积极建言献策。

附件 2

神木市二级医院感染管理质量考评方案（总分 100 分）

一、医院感染质量管理工作督查评价（40 分）

| 条目 | 督查评价项目 | 督查评价要点和分值 | 督查评价方法 | 督查评价得分 | 扣分理由 | 该项得分 |
|-----|------------------------|--|---|--------|------|------|
| 1-1 | 医院感染管理的组织体系 (共 6 分) | 1、成立医院感染管理委员会，由院长或分管副院长担任主任委员。(0.5 分) 2、医院感染管理委员会成员组成符合《医院感染管理办法》(中华人民共和国卫生部令第 48 号) 第七条要求，建立会议制度，主任委员参加会议，定期研究、协调和解决有关医院感染管理工作的具体问题(至少每半年 1 次)。(0.5 分) 3、各临床医技科室有医院感染管理小组(由科主任护士长及相关人员组成)，职责明确，制度健全。(0.5 分) 4、科室感控组织开展日常院感管理工作，定期召开会议，分析查找本科室院感管理中存在的问题，提出改进措施并督促改进落实。(0.5 分) 5、4 分分值添加疫情防控 | 1、访谈医院感染管理委员会主任或主管院长，考查促进院感工作情况。查阅文件资料。 2、查阅医院感染管理委员会会议资料及会议记录。 3、提问并抽查科室医院感染管理小组工作记录本及其他相关资料。 4、查阅医院中层干部会议(院周(月)会、例会)记录看医院感染管理工作布置强调情况。 | | | |

| | | | | | | |
|-----|-------|--------------------------|-----------|--|--|--|
| 1-2 | 医院感染管 | 1、设立由医院院长或主管院长直接领导的独立设置的 | 1、查阅文件资料。 | | | |
|-----|-------|--------------------------|-----------|--|--|--|

| | | | | | | |
|-----|---------------------------|--|---|--|--|--|
| | 理部门设置 和人员配备 (共 2 分) | <p>医院感染管理部门，配齐专职人员，定位职责明确；符合《医院感染管理办法》和《医院感染监测规范》的要求。(0.5 分)</p> <p>2、二级医院的医院感染管理部门负责人由中级职称以上(含中级)人员担任，按每 250 张实际开放床位配备 1 名专职人员，专职人员根据医院实际情况由临床医学、护理、公共卫生、临床微生物等不同专业人员组成；二级医院应至少配备 1 名专职感控医生。(0.5 分)</p> <p>3、医院感染管理部门负责人从事医院感染管理专业不少于 2 年，连续任职不少于 5 年。(0.5 分)</p> <p>4、分管院长和医院感染管理专职人员均应参加省级以上医院感染管理专业岗位培训，每 2 年参加省级以上专业课程不少于 1 次。(0.5 分)</p> | <p>2、专职人员人数应除外兼职或挂职人员，查阅人力资源部门资料。</p> <p>3、查培训相关证书。</p> | | | |
| 1-3 | 医院感染管理的规章制度 (共 1 分) | <p>1、依据《医院感染管理办法》及有关标准规范要求，结合医院实际及时修订完善医院感染管理各项规章制度。包括：医院感染监测与报告制度、医院感染暴发报告流程与处置预案、消毒隔离制度、手卫生制度、消毒药械及一次性用品管理制度、重点科室医院感染管理制度、医院感染管理考核标准、医院感染管理奖惩制度、职业暴露处理方案、医疗废物管理制度等；相关部门及人员知晓本部门在医院感染管理中的职责</p> | <p>查阅资料制度落实情况及相关职能部门履职情况。</p> | | | |

| | | | | | | |
|-----|--------------------------------|---|---|--|--|--|
| | | 并切实履行。(0.5分) 2、医院感染管理部门有年度工作计划，实施并评价、总结，体现医院感染管理质量持续改进。(0.5分) | | | | |
| 1-4 | 医院感染管理对医院布局 and 流程的要求 (共1分) | 1、医院布局、设施和流程符合传染病及医院感染预防与控制要求。医院建筑(尤其是重点部门)在新建、扩建或改建前，要求医院感染专职人员参与图纸设计讨论，并有上级业务主管部门的指导意见。(0.5分) 2、与医院感染防控有关工程验收应有医院感染管理部门的参与。(0.5分) | 查医院重点部门设计图纸签名留样和内部文件(包括医院感染管理部门记录)。 | | | |
| 1-5 | 医院感染防控知识的培训与教育 (共2分) | 1、有培训责任部门及年度全院各级各类工作人员的医院感染管理相关知识和技能培训计划，培训计划内容详实(目的、对象、内容、形式、时间等)。(0.5分) 2、培训资料记录完整(讲义、课件、签到、照片及考卷等)，培训效果的评价、体现培训质量持续改进。(0.5分) 3、重点科室与普通临床科室均应有医院感染知识学习培训记录，一般每季度一次。(0.5分) 4、医务人员知晓本年度培训内容。(0.5分) | 查阅资料，提问。 | | | |
| 1-6 | 医院感染病例监测 (共8分) | 1、开展全院性医院感染基线监测(不少于2年，新建医院至少已开展)。(1分) 2、每年至少开展一次现患率调查，有计划、实施、总结及反馈，实查率 $\geq 96\%$ 。(1分) | 1、查阅资料。 2、查阅资料。 3、4、查阅资料、记录等。 5、6、查5份院感病历。 | | | |

| | | | | | | |
|-----|-----------------|--|---|--|--|--|
| | | <p>3、落实《医院感染监测规范》的要求，开展目标性监测，有监测方案，资料详实、流程规范。(1分)</p> <p>4、根据目标性监测中发现的问题，进行原因分析，采取干预措施，体现持续改进的工作思路。(1分)</p> <p>5、医院感染病历中感染相关情况的描述、检查、分析、诊断、处理、转归等记录详实完整。(1分)</p> <p>6、医院感染病例细菌培养送检率>50%。(1分)</p> <p>7、制定并执行医院感染聚集性发生、暴发及突发事件报告与控制的规章制度和处置预案。(1分)</p> <p>8、按《医院感染暴发报告及处置规范》要求报告处置医院感染暴发事件，在规定时限内逐级上报，及时组织调查和干预，有分析报告及总结。(1分)</p> | <p>7、8、查发生院感聚集性发生、暴发等事件的资料，无事件发生考察处理能力。</p> | | | |
| 1-7 | 消毒灭菌管理 (共4分) | <p>1、落实医疗机构消毒技术规范，医务人员应掌握与其承担工作相关的消毒、灭菌的概念，正确使用清洁消毒物品。(1分)</p> <p>2、正确配制、使用消毒剂。(1分)</p> <p>3、使用中的消毒剂、灭菌剂的监测：含氯消毒制剂有效浓度化学监测1次/日；戊二醛有效浓度化学监测用于口腔、内镜1次/日；紫外线灯监测：使用日期、场所、时间、累计时间、使用人签名等登记项目齐全；辐照强度监测1次/半年，新灯管须进行辐照强度检测。(1分)</p> | <p>1、2、3、抽查2个普通临床科室查看使用、监测情况和记录、报告单。</p> <p>4、抽查1个小型灭菌器使用科室工作情况与记录资料。</p> | | | |

| | | | | | | |
|------|------------------|--|--|--|--|--|
| | | 4、有小型灭菌器的管理制度与流程，灭菌器类型与灭菌物品、时间、程序选择匹配正确，有效果监测。(1分) | | | | |
| 1-8 | 环境卫生学监测 (共2分) | 1、重点部门、科室如：手术部(室)、重症监护病房(医学科)、产房、新生儿病房、骨髓移植室、介入导管室、口腔科、消毒供应中心(室)、母婴同室等环境卫生学监测(空气、物表、医护人员手)1次/季度。(1分) 2、怀疑感染及感染暴发与环境有关时应及时进行相关环境监测。(1分) | 查2个重点科室的监测资料及环境卫生学检查能力。 | | | |
| 1-9 | 手卫生规范 (共4分) | 1、配备规范和便捷的手卫生设施，应配备洗手设施、干手装置、速干手消毒剂，张贴六步洗手图示，重点部门应配备非手触式水龙头，使用中的固体肥皂应保持清洁干燥。(1分) 2、开展对医务人员手卫生的宣传教育与培训。(1分) 3、医务人员知晓《医务人员手卫生规范》，操作正确和依从性达50%以上并有持续改进。(1分) 4、有院科两级对手卫生知识知晓率、操作正确率和依从性的督导检查。(1分) | 1、抽查2个临床科室。 2、4、查相关资料。 3、随即抽查考核4~6位工作人员。 | | | |
| 1-10 | 隔离技术、职业防护与无菌技术操作 | 1、有符合《医院隔离技术规范》的基本隔离设施与具体措施，隔离标识清楚。(1分) 2、在相应的地点备有适宜的防护用品，包括手套、外 | 1、2、抽查2个科室(除胃镜室、口腔科和感染性疾病科外)的设施、标识、 | | | |

| | | | | | | |
|------|------------------------|---|--|--|--|--|
| | 管理 (共2分) | 科口罩和 N95 口罩、帽子、隔离衣、防水围裙，必要时配备眼罩、防护面罩等，防护用品符合国家标准。(0.5分) 3、医务人员正确落实《医院隔离技术规范》中的隔离、防护要求与无菌技术操作规范。(0.5分) | 相关用品等配备。 3、现场考查执行情况并提问。 | | | |
| 1-11 | 感染性职业暴露处理 (共2分) | 1、建立并落实感染性职业暴露处理的程序，有处理、报告及追踪等相关记录。(1分) 2、工作人员了解职业暴露处理方法和规定流程。(0.5分) 3、考查院科两级及时正确处置职业暴露事件的能力。(0.5分) | 查医院正式文件、资料、记录,询问医务人员2人。 | | | |
| 1-12 | 消毒药械与一次性用品的审核 (共1分) | 1、医院消毒药械和一次性用品管理的正式文件中应有医院感染管理部门对《消毒产品分类目录》中的消毒剂、消毒器械、生物指示物、化学指示物、灭菌包装物、纳入消毒剂、消毒器械管理的其他物品、卫生用品以及一次性使用无菌医疗用品的相关证件进行准入审核的内容。(0.5分) 2、医院正在使用的消毒药械和一次性使用医疗器械、器具、物品证照齐备，符合管理要求。(0.5分) | 查阅医院正式文件和资料，抽查临床科室正在使用的消毒剂、消毒器械、卫生用品、一次性用品各一种。 | | | |
| 1-13 | 积极参与抗菌药物临床应用与多重 | 1、参与医院抗菌药物管理小组及药事管理与药物治疗委员会。(1分) 2、重点做好围手术期抗菌药物管理与多重耐药菌管 | 查阅资料与记录 | | | |

| | | | | | | |
|------|-------------------|---|-----------|--|--|--|
| | 耐药菌管理 (共 3 分) | 理。(1 分) 3、感染管理部门的医生积极参加临床感染会诊与抗菌药物临床应用咨询。(1 分) | | | | |
| 1-14 | 医疗废物管理 (共 2 分) | 1、有医疗废物集中处置单位的医疗机构，医疗废物严格分类、收集后，置于医疗废物暂存处的周转箱内，并与医疗废物集中处置单位进行交接登记，记录单至少保存 3 年。(1 分) 2、自行处置的医疗废物能够焚烧的及时焚烧，不能焚烧的可采取消毒并毁形后填埋处理。(0.5 分) 3、污水处理符合《医疗机构水污染物排放标准》(GB18466-2005)的相关要求，有条件的或 20 张床位及以上的医疗机构应配备污水处理设施，并设专(兼)职人员负责，健全制度，明确职责；设备运行正常，药品按时投放、定期进行监测，登记项目齐全，资料保存完整，污水排放符合国家标准。无条件的或 20 张床位以下的医疗机构产生的污水、传染病患者或者疑似传染病患者的排泄物，应当按照国家规定严格消毒，达到国家规定的排放标准后方可排放。(0.5 分) | 查资料，现场查看。 | | | |

二、重点环节医院感染质量管理督查评价（20分）

| 条目 | 督查评价项目 | 督查评价要点和分值 | 督查评价方法 | 督查评价得分 | 扣分理由 | 该项得分 |
|-----|-----------------|---|---|--------|------|------|
| 2-1 | 手术部位医院感染管理（共4分） | <p>1、开展手术部位医院感染目标性监控与培训。（0.5分）</p> <p>2、尽量缩短患者术前住院候手术时间，择期手术患者应当尽可能待手术部位以外感染治愈后再行手术。（0.5分）</p> <p>3 有效控制糖尿病患者的围手术期血糖水平。（0.5分）</p> <p>4、正确清洁和准备手术部位皮肤，确需去除手术部位毛发时，应当使用不损伤皮肤的方法，在手术当日再次清洁手术部位皮肤（0.5分）</p> <p>5、按《医疗机构消毒技术规范》要求采用合法有效的消毒剂以正确的方式消毒手术部位皮肤，皮肤消毒范围应当符合手术要求（0.5分）</p> <p>6、如需预防使用抗菌药物时，手术患者皮肤切开前30分钟~2小时内或麻醉诱导期给予合理种类及剂量的抗菌药物，并按情况增加给药次数。（0.5分）</p> | <p>1、查阅资料。</p> <p>2、3、4、5、6、7、8 提问并抽查病历记录及其他相关资料。</p> | | | |

| | | | | | | |
|-----|---------------------|--|---|--|--|--|
| | | <p>7、采取措施术中保持患者体温正常，防止低体温。需要局部低温的特殊手术执行具体专业要求。(0.5分)</p> <p>8、高风险患者（如主动筛查发现 MRSA 等定植）手术前用抗菌皂液洗浴。(0.5分)</p> | | | | |
| 2-2 | 导管相关血流感染管理 (共4分) | <p>1、开展导管相关血流感染目标性监控与培训。(0.5分)</p> <p>2、严格执行无菌技术操作规程，置管时应当遵守最大限度的无菌屏障要求。(0.5分)</p> <p>3、选择合适的静脉置管穿刺点，成人中心静脉置管时，应当首选锁骨下静脉，尽量避免股静脉。(0.5分)</p> <p>4、推荐采用 2%葡萄糖酸氯己定消毒液或$\geq 0.5\%$氯己定醇消毒液消毒穿刺部位皮肤。(0.5分)</p> <p>5、尽量使用无菌透明、透气性好的敷料覆盖穿刺点，对于高热、出汗、穿刺点出血、渗出的患者应当使用无菌纱布覆盖。(0.5分)</p> <p>6、按要求更换置管穿刺点覆盖的敷料。(0.5分)</p> <p>7、怀疑患者发生导管相关感染，或患者出现静脉炎、导管故障时，应及时拔除导管。必要时应进行导管尖端的微生物培养；怀疑血管导管相关血流感</p> | <p>1、查阅资料。</p> <p>2、3、4、5、6、7、8 提问并抽查病历记录及其他相关资料。</p> | | | |

| | | | | | | |
|-----|-----------------------------|---|--|--|--|--|
| | | <p>染时取双侧双瓶血培养辅助诊断。(0.5分)</p> <p>8、每天对保留导管的必要性进行评估，不需要时应尽早拔除导管。(0.5分)</p> | | | | |
| 2-3 | <p>导管相关尿路感染管理 (共4分)</p> | <p>1、开展导管相关尿路感染目标性监控与培训。(0.5分)</p> <p>2、严格掌握留置导尿管的适应证，避免不必要的留置导尿；选择合适大小、材质等的导尿管，降低尿道损伤和尿路感染。(0.5分)</p> <p>3、留置和护理导尿管时遵守无菌操作技术和手卫生规范。(0.5分)</p> <p>4、每天评估留置导尿管的必要性，不需要时尽早拔除导尿管，尽可能缩短留置导尿管时间。(0.5分)</p> <p>5、妥善固定导尿管，避免打折、弯曲，保证集尿袋高度低于膀胱水平，避免接触地面，防止逆行感染。(0.5分)</p> <p>6、保持尿液引流装置密闭、通畅和完整，活动或搬运时夹闭引流管，防止尿液逆流。(0.5分)</p> <p>7、不应常规使用含消毒剂或抗菌药物的溶液进行膀胱冲洗或灌注以预防尿路感染。(0.5分)</p> <p>8、患者出现尿路感染时，应及时更换导尿管，并留取尿液进行微生物病原学检测。(0.5分)</p> | <p>1、查阅资料。</p> <p>2、3、4、5、6、7、8提问并抽查病历记录及其他相关资料。</p> | | | |

| | | | | | | |
|-----|----------------------|--|---|--|--|--|
| 2-4 | 呼吸机相关肺炎管理 (共4分) | 1、开展呼吸机相关肺炎目标性监控与培训。(0.5分) 2、床头抬高30~45度。(0.5分) 3、采用口腔黏膜消毒剂进行正确的口腔护理。(0.5分) 4、每天评估是否需要继续使用镇静药物。(0.5分) 5、每日评估能否脱机拔管。(0.5分) 6、预防应激性溃疡,首选胃黏膜保护剂。(0.5分) 7、预防深静脉血栓。(0.5分) 8、避免声门下分泌物积聚,采取声门下吸引装置。(0.5分) | 1、查阅资料。 2、3、4、5、6、7、8提问并抽查病历记录及其他相关资料。 | | | |
| 2-5 | 多重耐药菌医院感染管理 (共4分) | 1、开展多重耐药菌感染目标性监控与培训。(0.5分) 2、实施接触隔离为主的预防措施,尤其注重手卫生。(0.5分) 3、加强多重耐药菌感染/定植患者诊疗环境的清洁、消毒;可对主动筛查发现的多重耐药菌去定植。(0.5分) 4、合理使用抗菌药物。(1.0分) 5、加强多重耐药菌感染暴发的监测与处置。(0.5分) 6、感染管理、临床微生物实验室、临床药学部门及临床科室与支持部门多学科协作。(1.0分) | 1、查阅资料。 2、3、4、5、6提问并抽查病历记录及其他相关资料。 | | | |

三、重点部门医院感染质量管理督查评价（40分）

| 条目 | 督查评价项目 | 督查评价要点和分值 | 督查评价方法 | 督查评价得分 | 扣分理由 | 该项得分 |
|-----|-----------------------|---|--|--------|------|------|
| 3-1 | 消毒供应中心（室）的医院感染管理（共6分） | <p>1、按《医院消毒供应中心管理规范》要求，建设和管理消毒供应中心，并对消毒供应中心（室）工作人员开展消毒供应与感染预防有关知识的培训。（1.0分）</p> <p>2、布局合理，周围无污染源，内部三区清晰，不同区域间有实际屏障，天花板、墙壁、地面光滑、无裂隙、易于清洁消毒。工作流程符合医院感染防控要求，物流由污到洁，不得逆行。（0.5分）</p> <p>3、所有重复使用诊疗器械由消毒供应中心（室）统一回收处理，原则上临床医技科室不得有可重复使用诊疗器械自备包及其自行消毒灭菌。（0.5分）</p> <p>4、有针对消毒供应中心（室）特点的消毒隔离制度、措施，有健全的工作制度、工作流程、操作规范并实施到位。（0.5分）</p> <p>5、按《医院消毒供应中心清洗消毒及灭菌技术操作规范》的要求，开展重复使用医疗器械、器具和物品的回收、清洗、消毒、检查、包装及灭菌，储藏与分发运送，配备必要的场地和设备（如自动清洗消毒器、超声清洗机、制水设备、压力水枪、压力气枪、干燥柜、脉动压力蒸汽灭菌器、环氧乙烷等低温灭菌器、医用封口机、快速生物培养阅读仪等）。（0.5分）</p> | <p>1、2、现场检查。</p> <p>3、4、查阅资料，按照《医院消毒供应中心管理规范》、《医院消毒供应中心清洗消毒及灭菌技术操作规范》、《医院消毒供应中心清洗消毒及灭菌效果监测标准》检查。</p> | | | |

| | | | | | | |
|--|--|---|---|--|--|--|
| | | <p>6、按《医院消毒供应中心清洗消毒及灭菌效果监测标准》对消毒灭菌效果进行监测，确保消毒灭菌效果符合要求，资料保存完备并符合要求。发现问题及时解决，坚持持续质量改进。有医务人员防护制度及合适、合格的防护用品并能正确使用。(0.5分)</p> <p>7、建立并实施外来器械管理制度。经过医院批准使用的所有外来器械包，必须由消毒供应中心按要求重新处理，再按无菌物品发送手术室等相关部门，有外来器械包交接、清洗、灭菌、灭菌效果监测、发放运送记录，并按要求完整。(0.5分)</p> <p>8、认真开展重复使用医疗器械清洗、消毒、灭菌等环节的质量管理，有相应的质量检查记录并可追溯，同时进行质量持续改进。(0.5分)</p> <p>9、医院感染管理部门对消毒供应中心(室)感染预防与控制工作实施有效监督。(0.5分)</p> <p>10、现场检查清洗、消毒、灭菌监测质量。(1.0分)</p> | <p>5、现场查看设备、设施。</p> <p>6、查阅资料，现场查看防护用品准备和使用情况。</p> <p>7、8、查阅资料、记录，并现场查看。</p> <p>9、查阅资料、记录等。</p> <p>10、抽查灭菌包两个及有关现场资料。</p> | | | |
|--|--|---|---|--|--|--|

| | | | | | | |
|-----|-----------------------|---|---|--|--|--|
| 3-2 | 血液净化中心（室）的医院感染管理（共5分） | <p>1、符合卫生部《医疗机构血液透析室基本标准（试行）》要求，布局合理，分区明确。（0.5分）</p> <p>2、有针对血液净化中心（室）特点的医院感染管理制度，并有监测、控制与管理的具体措施并落实到位。（0.5分）</p> <p>3、对病人进行首次透析前应常规做经血传播感染性疾病相关检查并每半年复查一次；医务人员每年体检并落实职业防护措施。（0.5分）</p> <p>4、传染病患者应在相应隔离区域进行专机透析。（0.5分）</p> <p>5、一次性血液透析器不得复用；可复用血液透析器的处理符合《血液透析器复用操作规范》的要求，并配备相应复用设施，建立相应制度并实施。（0.5分）</p> <p>6、对血液净化患者开展经血传播疾病及其他医院感染监测，登记感染患者相关资料。（0.5分）</p> <p>7、按规定对透析液、透析设备进行定期监测并达到规范要求。（0.5分）</p> <p>8、对血液净化中心（室）医务人员开展相关医院感染预防与控制知识的培训。（0.5分）</p> <p>9、开展腹膜透析的医疗机构应开展腹膜透析相关感染监测，对患者开展腹膜透析相关感染知识的培训。（0.5分）</p> <p>10、医院感染管理部门对血液净化中心（室）的感染预防与控制工作实施有效监督。（0.5分）</p> | <p>1、现场检查。</p> <p>2、3、查阅资料和抽查医务人员制度落实情况。</p> <p>4、5、现场检查。</p> <p>6、查阅资料并现场检查。</p> <p>7、8、9、10、查阅资料、记录等。</p> | | | |
|-----|-----------------------|---|---|--|--|--|

| | | | | | | |
|-----|---------------------------|--|--|--|--|--|
| 3-3 | 重症医学科的 医院感染管理 (共4分) | <p>1、按照《重症医学科建设与管理指南(试行)》的规定,建筑布局及工作流程符合环境卫生学和医院感染控制要求。(0.5分)</p> <p>2、有针对医院感染管理的规章制度和预防控制措施,并有效开展医院感染预防与控制知识的培训与技能训练。(0.5分)</p> <p>3、落实医院感染预防与控制有关制度。(0.5分)</p> <p>4、切实开展医院感染目标性监控,能提供手卫生依从性、呼吸机相关肺炎、血管导管相关感染、导尿管相关尿路感染、多重耐药菌感染相关监测资料。(0.5分)</p> <p>5、落实手卫生,隔离,物体表面、环境清洁与消毒等感控措施并持续质量改进;严格限制非医务人员的探访。(0.5分)</p> <p>6、落实呼吸相关肺炎、血管导管相关感染、导尿管相关尿路感染、多重耐药菌感染相关预防措施。(0.5分)</p> <p>7、重症监护病房护士床位比符合要求。(0.5分)</p> <p>8、有感控质量持续改进资料。(0.5分)</p> | <p>1、现场检查。</p> <p>2、3、查阅资料。</p> <p>4、5、6、7、8 查阅资料,现场查看。</p> | | | |
| 3-4 | 新生儿科的医 院感染管理 (共4分) | <p>1、符合卫生部《新生儿病室建设与管理指南(试行)》要求,新生儿病房应相对独立,建筑布局及工作流程符合环境卫生学和医院感染控制要求。(0.5分)</p> <p>2、开展新生儿医院感染防控知识与技能的培训。(0.5分)</p> | <p>1、现场检查。</p> <p>2、3、查阅资料,现场查看。</p> <p>4、5、6、7 现场检查。</p> <p>8、现场查看。</p> | | | |

| | | | | | | |
|-----|--------------------------------|---|--|--|--|--|
| | | <p>3、有新生儿病房针对医院感染管理的规章制度和预防控制措施并落实到位。(0.5分)</p> <p>4、有严格的探视制度，确须进入病房探视时严格限制探视人数和探视时间，落实防护隔离要求。(0.5分)</p> <p>5、设有新生儿专用沐浴、配奶区域，奶具、暖箱、吸氧用物、沐浴用具及衣物等物品的清洗、消毒与灭菌符合规范要求，配奶符合无菌操作规程要求。(0.5分)</p> <p>6、有专门的高危新生儿抢救区域，并有保护性隔离措施；原则上感染新生儿放入隔离间，隔离空间、标识和措施符合要求。(0.5分)</p> <p>7、病房入口处和更衣室应设置手卫生设施，严格执行无菌操作规程。(0.5分)</p> <p>8、开展新生儿医院感染监测，有质量持续改进资料。(0.5分)</p> | | | | |
| 3-5 | <p>手术部(室)的医院感染管理 (共5分)</p> | <p>1 手术部(室)应独立成区，建筑布局合理，洁净手术部建设应符合 GB 50333 要求。(0.5分)</p> <p>2、手术部(室)宜与临床手术科室相邻，与放射科、病理科、重症监护病房、消毒供应中心、输血科等部门间路径便捷；出入路线应符合洁污分开、医患分开的原则，根据环境卫生清洁等级，分为限</p> | <p>1、2、现场检查。</p> <p>3、4、查阅资料。</p> <p>5、查阅资料；无洁净系统者本项不得分。</p> | | | |

| | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|
| | <p>制区、半限制区和非限制区。(0.5分)</p> <p>3、手术部(室)应建立工作人员感染控制基本知识培训制度、手术人员手卫生制度、无菌物品管理制度、感染手术管理制度、手术部(室)手术部位感染预防制度、手术部(室)清洁消毒隔离制度、医护人员职业防护制度,以及手术部(室)外来器械管理制度等医院感染管理的规章制度并落实。(0.5分)</p> <p>4、建立手术部(室)环境物体表面、空气、医务人员手卫生消毒效果、无菌物品及皮肤消毒剂定期监测制度并认真落实。(0.5分)</p> <p>5、根据手术部(室)洁净等级与感染的风险合理安排手术间与台次,关节置换手术、器官移植手术、脑外科、心脏外科和眼科等手术宜在特别洁净手术间或相对洁净手术间进行。(0.5分)</p> <p>6、每个手术间应只设1张手术台。(0.5分)</p> <p>7、外科手消毒洗手设施应符合WS/T313-2009要求;麻醉用品应定期清洁、消毒,接触患者的物品应一用一消毒;手术器械原则上由消毒供应中心集中处置。(0.5分)</p> <p>8、有特殊感染患者如开放性肺结核、炭疽等患者的隔离措施及术后的消毒措施。(0.5分)</p> | | | | |
|--|---|--|--|--|--|

| | | | | | | |
|-----|----------------------|--|--|--|--|--|
| | | <p>9、有患者术中保温设备与措施。(0.5分)</p> <p>10、有相对固定的人员积极配合感染管理部门与临床科室落实手术部位感染预防计划,以及感染管理部门的监督检查与感控质量持续改进。(0.5分)</p> | <p>6、7、8、9、现场检查。</p> <p>10、查阅资料,现场检查。</p> | | | |
| 3-6 | 介入诊疗科(室)的医院感染管理(共3分) | <p>1、心脏介入、其他介入诊疗部门原则上按手术室管理原则进行管理。(0.5分)</p> <p>2、一次性使用的导管不得重复使用。(0.5分)</p> <p>3、有可重复使用导管时,应有相应管理制度、规范和流程并落实;传染病患者使用过的导管不得重复使用。(0.5分)</p> <p>4、介入操作符合无菌操作技术要求。(0.5分)</p> <p>5、介入操作有关人员参加相关感控知识培训。(0.5分)</p> <p>6、介入病房的医院感染管理要求按普通病房要求。(0.5分)</p> | <p>1、2、现场检查。</p> <p>3、4、查阅资料、记录,现场核查。</p> <p>5、6、查阅资料并现场考核。</p> | | | |
| 3-7 | 内镜室的医院感染管理(共3分) | <p>1、从事内镜诊疗和内镜清洗消毒工作的医务人员应接受相关的医院感染管理知识培训,严格遵守内镜清洗消毒规范标准要求,制定相应规章制度。(1.0分)</p> <p>2、内镜诊疗单元设立单独的清洗消毒室,室内通风良好并有排气装置,不同部位的内镜清洗消毒设施分开。(0.5分)</p> <p>3、内镜的清洗消毒符合《内镜清洗消毒技术操作</p> | <p>1、查阅资料。</p> <p>2、现场检查。</p> <p>3、查阅资料,现场检查。</p> <p>4、现场检查。</p> | | | |

| | | | | | | |
|-----|------------------------|--|---|--|--|--|
| | | <p>规范（2004年版）》的要求；同时按规范要求开展内镜清洗效果的监测和清洗消毒过程的监督检查；质量持续改进。（1.0分）</p> <p>4、操作人员防护用品配备齐全，防护到位。（0.5分）</p> | | | | |
| 3-8 | <p>检验科的医院感染管理（共2分）</p> | <p>1、布局合理，不同区域间有实际屏障。（0.5分）</p> <p>2、检验人员掌握检验相关医院感染防控知识与技能，有本科室消毒隔离制度并落实。（0.5分）</p> <p>3、生物安全符合要求，操作台及各种物体表面、地面每日定时清洁消毒；菌种、毒种按《传染病防治法》进行管理；医疗废物管理符合要求，废弃的病原体培养基及菌、毒种保养液等必须就地灭菌；熟练掌握个人防护知识与技能。（0.5分）</p> <p>4、监测、统计全院和重点科室的细菌耐药情况并进行趋势分析与向临床科室等反馈通报；在多重耐药菌防控等方面与医院感染管理部门密切配合，专人负责，沟通及时便捷有效。（0.5分）</p> | <p>1、现场检查。</p> <p>2、查阅资料和抽查2名医务人员感控知识掌握情况。</p> <p>3、现场检查。</p> <p>4、查阅资料，现场考核。</p> | | | |
| 3-9 | <p>口腔科的医院感染管理（共2分）</p> | <p>1、布局合理，流程符合功能要求，制度完善，职责清晰，口内、口外诊室须分设。（0.5分）</p> <p>2、口腔诊疗器械的清洗、消毒、包装、灭菌、灭菌效果监测、灭菌物品存放等工作符合医院消毒供应中心三个规范及医院消毒技术规范等卫生标准的要求。（1.0分）</p> <p>3、诊疗过程实施有效的感染防控和职业防护措施。（0.5分）</p> | <p>现场检查</p> | | | |

| | | | | | | |
|----------|--------------------------------|---|---|--|--|--|
| | | <p>1、感染性疾病科门诊布局合理，分区明确，发热门诊、肠道门诊符合要求。(0.5分)</p> <p>2、落实预检分诊制度，实行首诊负责制，及时报告疫情，规范接诊和治疗传染病患者，协助专业公共卫生机构及有关部门进行突发公共卫生事件和传染病疫情调查、采样与处理，以及相关控制传播措施的实施。(0.5分)</p> <p>3、病房建设符合规定，严格执行《传染病防治法》等相关传染病防治法律法规和标准规范，建立健全医院感染相关规章制度并组织实施，有效预防和控制传染病医源性感染与医院感染。(0.5分)</p> | <p>1、现场检查。</p> <p>2、抽查医师、护士各一名相关制度落实情况。</p> <p>3、查阅资料，现场检查。</p> | | | |
| 3-1 0 | <p>感染性疾病科的医院感染管理 (共4分)</p> | <p>4、医务人员严格遵守消毒隔离制度和无菌技术操作规程，配备必要的防护设施和用品，医务人员严格按照区域与流程要求着装，正确使用防护用品。(0.5分)</p> <p>5、为医务人员提供符合国家标准的消毒与防护用品，根据标准预防的原则，严格执行标准防护措施。(0.5分)</p> <p>6、按照《医疗废物管理条例》要求，规范处理医疗废物。(0.5分)</p> <p>7、定期对全体医务人员进行传染病防治知识和技能的培训与传染病处置演练。传染性疾病应急事件反应迅速有效，加强传染病患者的管理。(0.5分)</p> <p>8、有专门部门或专职人员负责传染病疫情报告与管理工作，突发公共卫生事件与传染病疫情监测信息报告规范，实行网络直报。(0.5分)</p> | <p>4、5、6、7、8 查阅资料，现场检查。</p> | | | |

| | | | | | | |
|----------|--------------------------|--|---|--|--|--|
| 3-1 1 | 产房的医院 感染管理 (共 2 分) | <p>1、分区明确，标识醒目。(0.5 分)</p> <p>2、有消毒、隔离制度与流程并落实，孕妇产前须做抗-HIV、抗-HCV、HBsAg 及梅毒等检测，急产孕妇按感染者对待，安排在隔离手术间或产房接生；对确诊或疑似传染病的产妇，应隔离待产、分娩，按隔离技术规范护理、助产，所有物品应进行消毒处理。(1.0 分)</p> <p>3、落实接产外科手消毒。重复使用医疗器械的消毒灭菌符合规范要求。(0.5 分)</p> | <p>1、现场检查；</p> <p>2、查资料，现场查看工作流程和物品处理情况。</p> <p>3、现场检查。</p> | | | |
|----------|--------------------------|--|---|--|--|--|

备注：

1. 此《细则》由市卫健局医政药政科和市院感质控中心组织相关负责人制定，实施过程中若有意见建议请及时反馈市院感质控中心；
2. 此《细则》中涉及的专科医院和部分二级医院没有的学科，市卫健局、市院感质控中心在抽查评价中根据实际情况确定检查条目，客观进行评价；
3. 此《细则》为基本条款，医疗机构缺失的管理条款，要通过检查不断规范和完善，持续改进，确保医疗质量和安全。

附件 3

神木市一级医院感染管理年度督查和评价细则（总分 100 分）

一、医院感染质量管理工作督查评价（42 分）

| 条目 | 督查评价项目 | 督查评价要点和分值 | 督查评价方法 | 督查评价得分 | 扣分理由 | 该项得分 |
|-----|------------------------|---|--|--------|------|------|
| 1-1 | 医院感染管理的组织体系 (共 3 分) | <p>1、成立医院感染管理小组，由基层医院主要负责人担任组长，实行一把手负责制。(0.5 分)</p> <p>2、医院感染管理小组成员组成及职责符合《医院感染管理办法》(卫生部令第 48 号) 第七条要求，建立感控会议制度，定期研究、协调和解决有关医院感染管理工作的具体问题(1-2 次/年)。(0.5 分)</p> <p>3、指定负责医院感染管理的部门及负责医院感染管理的兼职或专职人员，并明确职责(1 分)；</p> <p>4、专(兼)职人员要求每年不少于 1 次参加省级或市以上医院感染管理专业课程岗位培训。(1 分)。</p> | <p>1、院感管理小组组长访谈，查阅文件资料，实地考察院感工作情况。</p> <p>2、查阅资料及会议记录。</p> <p>3、4、提问并抽查科级工作记录本及其他相关资料。</p> | | | |
| 1-2 | 医院感染管理的规章制度 (共 2 分) | <p>1、依据《医院感染管理办法》和《基层医疗机构医院感染管理基本要求》，制定和完善切合医院实际的医院感染管理各项规章制度。包括但不限于：医院感染监测与报告制度、医院感染暴发报告流程与处置预案、消毒隔离制度、手卫生制度、消毒药</p> | <p>查阅资料。</p> | | | |

| | | | | | | |
|-----|--------------------------------|--|-------------------------------------|--|--|--|
| | | 械及一次性用品管理制度、重点科室医院感染管理制度、医院感染管理考核标准及奖惩制度、职业暴露处理方案、医疗废物管理制度等。(1分) 2、医院感染管理部门有年度工作计划，有实施、有评价、有总结，体现持续改进。(1分) | | | | |
| 1-3 | 医院感染管理对医院布局 and 流程的要求 (共2分) | 1、布局流程应遵循洁污分开的原则，诊疗区、污物处理区、生活区等区域相对独立，布局合理，标识清楚，通风良好。(1分) 2、医院建筑(尤其是重点部门)在新建、扩建或改建前，须有医院感染专兼(职)人员参与图纸设计讨论；医院感染管理部门应参与工程验收。(1分) | 查医院重点部门设计图纸 签名留样和内部文件。 | | | |
| 1-4 | 医院感染防控知识的培训与教育 (共5分) | 1、有年度全院各级各类工作人员的医院感染管理相关知识和技能培训计划，培训计划内容详实(目的、对象、内容、形式)。(1分) 2、培训资料完整(讲义、课件、签到、照片及考卷等)，有实施、有考核、有记录。(1分) 3、有培训效果的评价、追踪考查，体现持续改进。(1分) 4、临床科室有医院感染知识学习培训记录，每季度一次；(1分) 5、医务人员熟悉或掌握本年度培训内容。(1分) | 查阅资料，提问。 | | | |
| 1-5 | 医院感染病例监测 (共4分) | 1、有住院患者和门诊患者的医院感染与医源性感染登记本。(1分) 2、发生医院感染的住院患者的病历中感染相关情 | 1、查阅资料。 2、查院感病历。 3、4查发生院感聚集性发 | | | |

| | | | | | | |
|-----|-------------------------|--|---|--|--|--|
| | | <p>况的描述、检查、分析、诊断、处理、转归等记录详实完整；门诊病历记载医源性感染相关内容。(1分)</p> <p>3、制定并执行医院感染与医源性感染聚集性发生、暴发及突发事件报告与控制的规章制度和处置预案。(1分)</p> <p>4、医院感染与医源性感染暴发事件发生时在规定的时限内逐级上报，相关部门及时组织调查和干预，采取相应的控制措施，有分析报告及总结。(1分)</p> | <p>生、暴发等事件的资料，无事件发生考察处理能力。</p> | | | |
| 1-6 | <p>消毒灭菌管理 (共6分)</p> | <p>1、进入人体无菌组织、器官、腔隙，或接触人体破损皮肤、破损黏膜、组织的诊疗器械、器具和物品应进行灭菌；耐热、耐湿的手术器械，应首选压力蒸汽灭菌，不应采用化学消毒剂浸泡灭菌。(1分)</p> <p>2、接触完整皮肤、完整黏膜的诊疗器械、器具和物品应进行消毒。(1分)</p> <p>3、各种用于注射、穿刺、采血等有创操作的医疗器具必须一人一用一灭菌。(1分)</p> <p>4、应根据消毒对象选择消毒剂的种类，所用的消毒剂必须由医疗机构统一采购，购入时索要《消毒产品生产企业卫生许可证》、《消毒产品卫生安全评价报告》等证明文件，建立进货验收和出入库登记账册。严格按照消毒剂使用说明书中的使用范围、方法、注意事项正确使用。医务人员应掌握消毒剂</p> | <p>1、2、3、抽查2个普通临床科室查看使用、监测情况和记录、报告单。</p> <p>4、抽查1个小型灭菌器使用科室工作情况与记录资料。</p> | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | <p>的使用浓度、配制方法、消毒对象、更换时间、影响因素等，保证消毒效果的可靠。(0.5分)</p> <p>5、被朊毒体、气性坏疽及突发不明原因的传染病病原体污染的诊疗器械、器具和物品，应按照《医疗机构消毒技术规范》(WS/T367-2012)有关规定执行。(0.5分)</p> <p>6、基层医疗机构消毒供应，功能区域(污染区域、清洁区域)清楚，工作流程(清洗消毒、包装灭菌、存储发放)清晰，应当严格按照《医院消毒供应中心第2部分：清洗消毒及灭菌技术操作规范》(WS310.2-2009)规定对可重复使用的医疗器械进行清洗消毒，并使用压力蒸汽灭菌法灭菌并进行灭菌效果监测。未设置消毒供应室的基层医疗机构，可以委托经地级市以上卫生计生行政部门认定合格的医院消毒供应中心，对可重复使用的医疗器械进行清洗、消毒和灭菌。(0.5分)</p> <p>7、无菌物品、清洁物品、污染物品应当分区放置。无菌物品必须保持包装完整，注明物品名称、灭菌日期、失效日期，以及检查打包者姓名或编号、灭菌器编号、灭菌批次号等标识，按灭菌日期顺序置于无菌物品存放柜内，并保持存放柜清洁干燥。(0.5分)</p> <p>8、从无菌容器中取用无菌物品时应使用无菌持物钳(镊)。从无菌容器(包装)中取出的无菌物品，虽未使用也不可放入无菌容器(包装)内，应重新</p> | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | |
|-----|-----------------------------|--|---|--|--|--|
| | | <p>灭菌处理后方可使用。(0.5分)</p> <p>9、有小型灭菌器的管理制度与使用流程，灭菌器类型与灭菌物品、时间、程序选择匹配正确，有效果监测。(0.5分)</p> | | | | |
| 1-7 | 手卫生规范 (共6分) | <p>1、配备足够、规范和便捷的手卫生设施，应配备流动水洗手设施、干手装置、速干手消毒剂，张贴六步洗手图示，重点部门应配备非手触式水龙头，使用中的固体肥皂应保持清洁干燥。(2分)</p> <p>2、开展对医务人员手卫生的宣传教育与培训。(1分)</p> <p>3、医务人员知晓《医务人员手卫生规范》，操作正确率和依从性逐年提高。(2分)</p> <p>4、有院科两级对手卫生知识知晓率、操作正确率和依从性的督导检查。(1分)</p> | <p>1、抽查2个临床科室。</p> <p>2、4、查相关资料。</p> <p>3、抽查考核4位工作人员。</p> | | | |
| 1-8 | 隔离技术、职业防护与无菌技术操作管理 (共3分) | <p>1、有符合《医院隔离技术规范》的基本隔离设施与具体措施，隔离标识清楚。(1分)</p> <p>2、在相应的地点备有适宜的防护用品，包括手套、外科口罩和N95口罩、帽子、隔离衣、防水围裙，必要时配备眼罩、防护面罩等，防护用品达到国家标准。(1分)</p> <p>3、医务人员正确落实《医院隔离技术规范》中的隔离、防护要求与无菌技术操作规范。(1分)</p> | <p>1、2、抽查2个科室(除胃镜室、口腔科和感染性疾病科外)的设施、标识、用品等配备。</p> <p>3、现场考查执行情况。</p> | | | |

| | | | | | | |
|------|--------------------------|--|---|--|--|--|
| 1-9 | 医院感染的职业暴露处理 (共 3 分) | <p>1、建立并落实职业暴露处理的程序，有处理、报告及追踪等相关记录。(1分)</p> <p>2、工作人员了解职业暴露处理方法和规定。(1分)</p> <p>3、考查院科两级及时处置职业暴露事件的能力。(1分)</p> | 查医院正式文件、资料、记录，询问医务人员 2 人。 | | | |
| 1-10 | 消毒药械与一次性用品的管理 (共 3 分) | <p>1、一次性使用无菌医疗用品应由医疗机构统一采购，购入时索要《医疗器械生产企业许可证》、《医疗器械产品注册证》及附件、《医疗器械经营企业许可证》等证明文件，并进行质量验收，建立出入库登记账册。用前应检查小包装的密封性、灭菌日期及失效日期，进口产品应有相应的中文标识等，发现不合格产品或质量可疑产品时不得使用。使用中发生热原反应、感染或其他异常情况时，应立即停止使用，并及时上报医疗机构主管部门。(1分)</p> <p>2、医疗机构使用的消毒药械、一次性医疗器械和器具应符合国家有关规定。一次性使用的医疗器械、器具不得重复使用。使用后的一次性使用医疗用品按医疗废物进行处置。(1分)</p> <p>3、医院消毒药械和一次性用品管理的正式文件中应有医院感染管理部门对《消毒产品分类目录》中的消毒剂、消毒器械、生物指示物、化学指示物、灭菌包装物、纳入消毒剂、消毒器械管理的其他物品、卫生用品以及一次性使用无菌医疗用品的相关证件进行准入审核的内容。(1分)</p> | 查阅医院正式文件和资料，抽查临床科室正在使用的消毒剂、消毒器械、卫生用品、一次性用品各一种。每项 1 分。 | | | |

| | | | | | | |
|------|----------------------|---|--|--|--|--|
| 1-11 | 手术部位感染的防控 (共 2 分) | <p>1、制定外科手术部位感染预防与控制规章制度和工作规范，手术器械清洗灭菌符合《医疗机构消毒技术规范》的要求。(1分)</p> <p>2、落实手术部位感染预防与控制措施，如正确清洁手术部位皮肤和去除影响手术操作的毛发，正确外科洗手与手消毒，无菌操作符合要求，正确手术前预防性使用抗生素，术前有效控制糖尿病患者的血糖水平，术后密切观察患者手术部位切口情况，开展手术部位感染监测。(1分)</p> | <p>1、查阅资料。</p> <p>2、查阅资料，现场检查落实情况，查看 2 例手术部位感染病历资料。</p> | | | |
| 1-12 | 抗菌药物管理 (共 3 分) | <p>1、开展针对医生的抗菌药物临床应用管理办法与常见感染诊疗方案的培训。(1分)</p> <p>2、严格掌握抗菌药物临床应用的基本原则，合理使用抗菌药物。规范抗菌药物的种类、剂量、给药时间和途径，严格遵循“能口服的不注射，能肌内注射的不静脉注射”的用药原则。(1分)</p> <p>3、开展住院患者与门诊患者抗菌药物临床使用率、联合使用率、使用指征、药品选择、用药方式等合理用药指标的监测与反馈。(1分)</p> | <p>1、3 查阅资料。</p> <p>2、查阅资料，现场检查落实情况，查看住院病历与门诊病历等有关资料。</p> <p>每项 1 分。</p> | | | |

二、重点部门医院感染质量管理督查评价（42分）

| 条目 | 督查评价项目 | 督查评价要点和分值 | 督查评价方法 | 督查评价得分 | 扣分理由 | 该项得分 |
|-----|-----------------------|---|---|--------|------|------|
| 2-1 | 消毒供应中心（室）的医院感染管理（共7分） | <p>1、布局合理，周围无污染源，内部三区清晰，区域间有实际屏障，天花板、墙壁、地面光滑、无裂隙、易于清洁消毒。工作流程符合医院感染防控要求，物流由污到洁。（1分）</p> <p>2、有针对消毒供应中心（室）特点的消毒隔离制度、措施，有健全的工作制度、工作程序、操作规范并实施到位。（1分）</p> <p>3、有物品回收、消毒、清洗、敷料制作、组装、灭菌、储藏、发送等必要的房间和设备（清洗消毒器、超声清洗机、制水设备、水枪、气枪、干燥柜、脉动压力蒸汽灭菌器、低温灭菌器、医用封口机、快速生物培养阅读仪等）。（1分）</p> <p>4、有医务人员防护制度及合适、合格的防护用品并能正确使用。（1分）</p> <p>5、所有诊疗器械由消毒供应中心（室）统一回收处理，科室不得有可重复使用诊疗器械自备包，或者按《医院消毒供应中心管理规范》、《医院消毒供应中心清洗消毒及灭菌技术操作规范》以及《医院消毒供应中心清洗消毒及灭菌效果监测标准》的要求执行。（1分）</p> <p>6、进行器械清洗、消毒、灭菌流程环节管理，有相应的质量检查记录。有外来器械的管理和准入制度，交接、处理及保存等记录完整。（1分）</p> <p>7、没有设置消毒供应中心（室）的基层医疗机构，</p> | <p>1、现场检查。</p> <p>2、查阅资料，按照《医院消毒供应中心管理规范》、《医院消毒供应中心清洗消毒及灭菌技术操作规范》、《医院消毒供应中心清洗消毒及灭菌效果监测标准》检查。</p> <p>3、现场查看设备、设施。</p> <p>4、查阅资料，现场查看防护用品准备和使用情况。</p> <p>5、查阅资料、记录，并现场查看。</p> <p>6、查阅资料、记录等。</p> <p>7、抽查灭菌包两个。</p> <p>8、查阅委托资料、质量检查记录等。</p> | | | |

| | | | | | | |
|-----|---------------------------|--|--|--|--|--|
| 2-2 | 手术室的医院 感染管理 (共 5 分) | <p>正式委托经地级市以上卫生计生行政部门认定的医院消毒供应中心(室),对可重复使用的医疗器械进行清洗、消毒和灭菌。(1分)</p> <p>1、手术室独立设置、分区明确、流程规范、标识清楚、清洁卫生。连台手术之间、当天手术全部完毕后,应及时进行清洁消毒处理。(1分)</p> <p>2、凡进入手术室的人员应更换手术室专用的衣、帽、一次性外科口罩、鞋。非感染手术和感染手术应分室进行,如在同一手术间进行,应先安排非感染手术、再安排感染手术(1分)</p> <p>3、手术器械与物品使用后尽快清洗,器械必须一用一灭菌,清洗、包装、灭菌应符合国家有关规定。耐湿耐高温器械与物品应使用压力蒸汽灭菌。灭菌后的手术器械包应存放在清洁干燥的存放柜内。麻醉用具定期清洁、消毒。可复用喉镜、螺纹管、面罩、口咽通道、简易呼吸器等须“一人一用一消毒”,清洁、干燥、密闭保存。(1分)</p> <p>4、手术室应建立医务人员感染控制基本知识岗前培训制度、手术人员手卫生制度、感染手术的管理制度、医护人员职业安全制度、术后切口感染的随防制度、手术室清洁消毒隔离制度以及手术室外来器械管理制度等医院感染管理的规章制度。(1分)</p> <p>5、每个手术间应只设1张手术台;外科手消毒洗手设施应符合WS/T313-2009要求,有特殊感染患者如开放性肺结核、炭疽等患者的隔离措施及术后的消毒措施。(1分)</p> | <p>1、现场检查。</p> <p>2、查阅资料。</p> <p>3、现场检查。</p> <p>4、查阅资料并现场考核。</p> <p>5、查阅资料,现场检查。</p> | | | |
|-----|---------------------------|--|--|--|--|--|

| | | | | | | |
|-----|---------------------|--|--|--|--|--|
| 2-3 | 内镜室的医院感染管理 (共4分) | <p>1、从事内镜诊疗和内镜清洗消毒工作的医务人员应接受相关的医院感染管理知识培训，严格遵守有关规章制度。(1分)</p> <p>2、设立单独的清洗消毒室，室内通风良好并有排气装置，不同部位的内镜洗消设施分开。(1分)</p> <p>3、内镜的清洗消毒符合《内镜清洗消毒技术操作规范》的通知》的要求。(1分)</p> <p>4、操作人员防护用品配备齐全，防护到位。(1分)</p> | <p>1、查阅资料。</p> <p>2、现场检查。</p> <p>3、查阅资料，现场检查。</p> <p>4、现场检查。</p> | | | |
| 2-4 | 检验科的医院感染管理 (共3分) | <p>1、布局合理，区域间有实际屏障。(1分)</p> <p>2、工作人员掌握医院感染防控相关知识，有本科室消毒隔离制度并落实。(1分)</p> <p>3、操作台及各种物体表面、地面每日定时清洁消毒。(1分)</p> | <p>1、现场检查。</p> <p>2、查阅资料和抽查2名医务人员感控知识掌握情况。</p> <p>3、现场检查。</p> | | | |
| 2-5 | 口腔科的医院感染管理 (共4分) | <p>1、布局合理，诊疗室和器械清洗消毒室应分开设置。如开展拔牙、口腔外伤缝合等项目的应设置口腔外科诊室。器械、器具等诊疗用品配置数量应与诊疗工作量相符合，使用防虹(回)吸手机。(1分)</p> <p>2、进入患者口腔内的所有诊疗器械，根据诊疗需要和消毒灭菌原则，必须达到一人一用一消毒或灭菌的要求。在进行可能造成黏膜破损的操作时，所用器械必须灭菌。(1分)</p> | <p>1、现场检查。</p> <p>2、现场检查。</p> <p>3、4 现场检查。</p> | | | |

| | | | | | | |
|-----|--------------------------------|--|---|--|--|--|
| | | <p>3、口腔综合治疗椅、操作台面及所使用仪器、物表至少每天清洁和消毒，有血液、体液污染应立即清洁消毒（1分）</p> <p>4、诊疗过程实施有效的感染防控和职业防护措施（1分）</p> | | | | |
| 2-6 | <p>感染性疾病科的医院感染管理 (共4分)</p> | <p>1、感染性疾病科门诊布局合理，分区明确，严格执行门诊患者预检分诊制度。（1分）</p> <p>2、病房建设符合规定，严格执行《传染病防治法》及等相关法律法规和规范，建立健全医院感染相关规章制度并组织实施，有效预防和控制传染病医源性感染。（1分）</p> <p>3、医务人员严格遵守消毒隔离制度和无菌技术操作规程，配备必要的防护设施和用品，医务人员严格按照区域与流程要求着装，正确使用防护用品。（1分）</p> <p>4、传染性疾病预防事件反应迅速有效，加强传染病患者的管理。（1分）</p> | <p>1、现场检查。</p> <p>2、抽查医师、护士各一名相关制度落实情况。</p> <p>3、查阅资料，现场检查。</p> <p>4、查阅资料，现场检查。</p> | | | |
| 2-7 | <p>产房的医院感染管理 (共6分)</p> | <p>1、区域相对独立、分区明确、标识清楚，邻近母婴室和新生儿室；建议产房（人流室）使用面积不少于20m²。（1分）</p> <p>2、凡进入产房（人流室）人员应更换产房专用衣、帽、一次性医用外科口罩、鞋，严格执行无菌</p> | <p>1、现场检查；</p> <p>2、查资料，现场查看工作流程和物品处理情况。</p> <p>3、现场检查。</p> | | | |

| | | | | | | |
|-----|-----------------|--|------|--|--|--|
| | | <p>技术操作。接触产妇所有诊疗物品应“一人一用一消毒或灭菌”，产床上的所有织物均应“一人一换”。落实接产外科手消毒。(1分)</p> <p>3、对传染病或疑似传染病的产妇及未进行经血传播疾病筛查的产妇，应采取隔离待产、隔离分娩，按消毒隔离制度及规程进行助产，所用物品做好标识单独处理。分娩结束后，分娩室应严格进行终末消毒。(1分)</p> <p>4、人流室参照产房执行。(3分)</p> | | | | |
| 2-8 | 中医临床科室 (共4分) | <p>1、保持物体表面及诊疗床清洁，定期更换床单、枕套等，如被污染应及时更换。配有洗手设施和干手用品。(1分)</p> <p>2、进行针灸穿刺操作时严格执行无菌技术操作规程，正确进行穿刺部位的皮肤消毒；针灸针具（毫针、耳针、头针、长圆针、梅花针、三棱针、小针刀等）做到“一人一针一用一灭菌”，火罐“一人一用一消毒”。(1分)</p> <p>3、进行拔罐、刮痧、中药足浴等操作时严格执行无菌技术操作规程，必要时进行操作部位的皮肤消毒；相关器具和物品做到“一人一用一消毒”或“一人一用一灭菌”。(1分)</p> <p>4、一次性针灸针具、中药足浴一次性塑料袋连同足浴液严禁重复使用，用后按损伤性医疗废物处理；可重复使用的针灸针具及拔罐、刮痧、中药足浴器具、物品使用后按规定进行清洗与灭菌。(1分)</p> | 现场查看 | | | |

| | | | | | | |
|------|----------------------|---|------|--|--|--|
| 2-9 | 治疗室、换药室、注射室 (共3分) | <p>1、保持室内物体表面、地面清洁。室内应设流动水洗手池，洗手液、干手设施（用品），速干手消毒剂等；手消毒剂应标启用时间，在有效期内使用。（1分）</p> <p>2、治疗车、换药车上物品应摆放有序，上层为清洁区、下层为污染区；利器盒放置于治疗车的侧面；进入病室的治疗车、换药车应配有速干手消毒剂。（1分）</p> <p>3、各种治疗、护理及换药操作应按照先清洁伤口、后感染伤口依次进行。特殊感染伤口如炭疽、气性坏疽等应就地（诊室或病室）严格隔离，处置后进行严格终末消毒，不得进入换药室。感染性敷料应弃置于双层黄色防渗漏的医疗废物袋内并及时密封。（1分）</p> | 现场查看 | | | |
| 2-10 | 普通病房 (共2分) | <p>1、病房整洁，床单元应定期清洁，遇污染时及时清洁与消毒。直接接触皮肤的床上用品一人一换，遇污染及时更换。（1分）</p> <p>2、病人出院或死亡后应对床单元及其相邻区域进行清洁和终末消毒。（1分）</p> | 现场查看 | | | |

三、重点环节医院感染质量管理督查评价（16分）

| 条目 | 督查评价项目 | 督查评价要点和分值 | 督查评价方法 | 督查评价得分 | 扣分理由 | 该项得分 |
|-----|---------------|--|----------|--------|------|------|
| 3-1 | 安全注射 (共6分) | <p>1、进行注射操作前半小时应停止清扫地面等工作，避免不必要的人员活动。严禁在非清洁区域进行注射准备等工作。（1分）</p> <p>2、配药、皮试、胰岛素注射、免疫接种等操作时，严格执行注射器“一人一针一管一用”。（1分）</p> <p>3、尽可能使用单剂量注射用药。多剂量用药无法避免时，应保证“一人一针一管一用”，严禁使用过的针头及注射器再次抽取药液。（1分）</p> <p>4、抽出的药液、开启的静脉输入用无菌液体须注明开启日期和时间，放置时间超过2小时后不得使用；启封抽吸的各种溶媒超过24小时不得使用。灭菌物品（棉球、纱布等）一经打开，使用时间不得超过24小时，提倡使用小包装。（1分）</p> <p>5、盛放用于皮肤消毒的非一次性使用的碘酒、乙醇的容器等应密闭保存，每周更换2次，同时更换灭菌容器。一次性小包装的瓶装碘酒、乙醇，启封后使用时间不超过7天。（1分）</p> <p>6、药品保存应遵循厂家的建议，不得保存在与患者密切接触的区域，疑有污染时应立即停止使用并按要求处置（1分）。</p> | 查资料，现场查看 | | | |

| | | | | | | |
|-----|-----------------------|---|----------------|--|--|--|
| 3-2 | 各种插管后的感染预防措施 (共3分) | <p>1、气管插管如无禁忌证，患者应采用床头抬高30-45度体位，且尽可能采用无创通气；吸痰时严格无菌操作；重复使用的呼吸机管道、雾化器须灭菌或高水平消毒。呼吸机管道如有明显分泌物污染应及时更换；湿化器添加水应使用无菌水每天更换。对危重病人须注意口腔卫生，实施正确的口腔护理。(1分)</p> <p>2、导尿管：采用连续密封的尿液引流系统；悬垂集尿袋并低于膀胱水平，不接触地面。采用连续密闭的尿液引流系统。不常规冲洗膀胱预防尿路感染。保持会阴部清洁。(1分)</p> <p>3、血管内置管应开展血管内置管（包括留置针）的使用、维护及相关感染的预防与控制培训；保持插管部位清洁，置管时遵守无菌操作，有污染时及时更换敷贴；连接导管时需做好导管端口的消毒。每日评估，及时撤管。(1分)</p> | 查资料，现场查看 | | | |
| 3-3 | 手术操作 (共2分) | <p>1、择期手术病人术前清洁手术部位皮肤，备皮应当在手术当日进行，手术切口皮肤消毒范围应当符合手术要求。手术医务人员应当按照《医务人员手卫生规范》(WS/T313-2009)的要求做好洗手和外科手消毒。(1分)</p> <p>2、对于需要引流的手术切口，应当首选密闭负压引流，尽量选择远离手术切口、位置合适的部位进行置管引流，确保引流充分。术后保持引流通畅，根据病情尽早为患者拔除引流管。(1分)</p> | 查资料，现场查看，每项一分。 | | | |

| | | | | | | |
|-----|-------------------|---|----------------|--|--|--|
| 3-4 | 超声检查 (共 2 分) | 1、超声探头（经皮肤，黏膜或经食管、阴道、直肠等体腔进行超声检查）须做到一人一用一消毒或隔离膜等。（1分） 2、每班次检查结束后，须对超声探头等进行彻底清洁和消毒处理，干燥保存。（1分） | 查资料，现场查看，每项一分。 | | | |
| 3-5 | 医疗废物管理 (共 3 分) | 1、当地有医疗废物集中处置单位的医疗机构，医疗废物严格分类、收集后，置于医疗废物暂存处的周转箱内，并与医疗废物集中处置单位进行交接登记，记录单至少保存 3 年。（1分） 2、自行处置的医疗废物能够焚烧的及时焚烧，不能焚烧的可采取消毒并毁形后填埋处理。（1分） 3、污水处理符合《医疗机构水污染物排放标准》（GB18466-2005）的相关要求，有条件的或 20 张床位及以上的医疗机构应配备污水处理设施，并设专（兼）职人员负责，健全制度，明确职责；设备运行正常，药品按时投放、定期进行监测，登记项目齐全，资料保存完整，污水排放符合国家标准。没有条件的或 20 张床位以下的基层医疗机构产生的污水、传染病病人或者疑似传染病病人的排泄物，应当按照国家规定严格消毒，达到国家规定的排放标准后方可排放。（1分） | 查资料，现场查看，每项一分。 | | | |

备注：

1. 此《细则》由市卫健局医政药政科和市院感质控中心组织相关专家制定，实施过程中若有意见建议请及时反馈市院感质控中心；
2. 此《细则》为基本条款，医疗机构缺失的管理条款，要通过检查不断规范和完善，持续改进，确保医疗质量和安全。

附件 4

神木市个体诊所、村卫生室院感管理年度督查和评价细则（总分 100 分）

| 条目 | 督查评价项目 | 督查评价要点和分值 | 督查评价方法 | 督查评价得分 | 扣分理由 | 该项得分 |
|-----|------------------------|--|---|--------|------|------|
| 1-1 | 医院感染管理 (共 3 分) | 医院感染管理实行法人负责制，应知晓医院感染管理相关规定。且工作人员必须参加县级以上医院感染管理培训，三年至少一次，新上岗人员同年必须参加一次。 | 查阅资料 | | | |
| 1-2 | 医院感染管理的规章制度 (共 3 分) | 依据《医院感染管理办法》要求，结合实际及时修订完善医院感染管理各项规章制度。包括：医源性感染和医院感染暴发报告处置流程、消毒隔离制度、手卫生制度、消毒药械及一次性用品管理制度、职业暴露处理方案等。 | 查阅资料。 | | | |
| 1-3 | 布局 and 流程的要求(共 4 分) | 诊疗区、污物处理区、生活区等区域相对独立，布局流程应遵循洁污分开的原则，诊疗区、污物处理区、生活区等区域相对独立，布局合理，标识清楚，通风良好。 | 查现场。 | | | |
| 1-4 | 感染病例监测 (共 4 分) | 1、建立医源性感染与医院感染登记本，登记患者姓名、年龄、住址、联系方式、医源性感染与医院感染名称、发生时间、可能原因，登记人姓名等。 (2 分) 2、制定并执行医院感染与医源性感染聚集性发生、暴发及突发事件报告与控制的规章制度和处置预案。 (1 分) 3、医源性感染与医院感染暴发事件发生时在规定的时限内逐级上报。 (1 分) | 1、查阅资料。 2、查发生院感聚集性发生、暴发等事件的资料，无事件发生考察处理能力。 | | | |

| | | | | | | |
|-----|---|---|---|--|--|--|
| 1-5 | <p style="text-align: center;">消毒灭菌 管理 (共 20 分)</p> | <p>1、进入人体无菌组织、器官、腔隙，或接触人体破损皮肤、破损黏膜、组织的诊疗器械、器具和物品应进行灭菌。(4分)</p> <p>2、接触完整皮肤、完整黏膜的诊疗器械、器具和物品应进行消毒。(2分)</p> <p>3、各种用于注射、穿刺、采血等有创操作的医疗器具必须一用一灭菌。(4分)</p> <p>4、应根据消毒对象选择消毒剂的种类，所用的消毒剂购入时索要《消毒产品生产企业卫生许可证》、《消毒产品卫生安全评价报告》等证明文件，建立进货验收和出入库登记账册。严格按照消毒剂使用说明书中的使用范围、方法、注意事项正确使用。医务人员应掌握消毒剂的使用浓度、配制方法、消毒对象、更换时间、影响因素等，保证消毒效果的可靠。(2分)</p> <p>5、被朊病毒体、气性坏疽及突发不明原因的传染病病原体污染的诊疗器械、器具和物品，应按照《医疗机构消毒技术规范》(WS/T367-2012)有关规定执行。(1分)</p> <p>6、设有消毒供应室的，应当严格按照《医院消毒供应中心第2部分：清洗消毒及灭菌技术操作规范》(WS310.2-2009)规定对可重复使用的医疗器械进</p> | <p>1、抽查使用、监测情况和记录、报告单。</p> <p>2、抽查小型灭菌器使用情况与记录资料。</p> | | | |
|-----|---|---|---|--|--|--|

| | | | | | | |
|-----|----------------|---|--------------------------------|--|--|--|
| | | <p>行清洗，并使用压力蒸汽灭菌法灭菌（“5.8.1. 压力蒸汽灭菌”节选见附件1）。未设置消毒供应室的，可以委托经地级市以上卫生计生行政部门认定的医疗机构或专门（第三方）的消毒供应中心，对可重复使用的医疗器械进行清洗、消毒和灭菌。（2分）</p> <p>7、无菌物品、清洁物品、污染物品应当分区放置。无菌物品必须保持包装完整，注明物品名称、灭菌日期、失效日期，以及检查打包者姓名或编号、灭菌器编号、灭菌批次号等标识，按灭菌日期顺序置于无菌物品存放柜内，并保持存放柜清洁干燥。（2分）</p> <p>8、从无菌容器中取用无菌物品时应使用无菌持物钳（镊）。从无菌容器（包装）中取出的无菌物品，虽未使用也不可放入无菌容器（包装）内，应重新灭菌处理后方可使用。（1分）</p> <p>9、有小型压力蒸汽灭菌器的管理制度与使用流程，灭菌器类型与灭菌物品、时间、程序选择匹配正确，能正确使用。（2分）</p> | | | | |
| 1-6 | 手卫生规范 (共5分) | <p>1、配备规范和便捷的手卫生设施，应配备流动水洗手设施、干手装置、速干手消毒剂，张贴六步洗手图示，保持使用中的固体肥皂清洁干燥。（2分）</p> <p>2、医务人员知晓《医务人员手卫生规范》并操作正确。（3分）</p> | <p>1、看现场。</p> <p>2、考核工作人员。</p> | | | |

| | | | | | | |
|-----|-----------------------------|--|--|--|--|--|
| 1-7 | 隔离技术、职业防护与无菌技术操作管理 (共5分) | <p>1、熟悉《医院隔离技术规范》的基本内容与具备基本隔离设施。(2分)</p> <p>2、工作人员必须规范着装，在相应的地点备有适宜的防护用品，包括手套、外科口罩和医用防护口罩、帽子、隔离衣、防水围裙，必要时配备眼罩、防护面罩等，防护用品达到国家标准。(2分)</p> <p>3、正确落实《医院隔离技术规范》中的隔离、防护要求与无菌技术操作规范。(1分)</p> | <p>1、设施、标识、用品等配备。</p> <p>2、现场查看执行情况。</p> | | | |
| 1-8 | 医院感染的职业暴露处理 (共5分) | <p>1、工作人员熟练掌握职业暴露的危害、现场紧急处理方法。(2分)</p> <p>2、职业暴露后及时登记，包括时间、暴露原因、处理过程。(2分)</p> <p>3、发生职业暴露后知道联系上级医院咨询与处置。(1分)</p> | 询问医务人员。 | | | |
| 1-9 | 消毒药械与一次性用品的管理 (共5分) | <p>1、一次性使用无菌医疗用品购入时索要《医疗器械生产企业许可证》、《医疗器械产品注册证》及附件、《医疗器械经营企业许可证》等证明文件，并进行质量验收，建立出入库登记账册。使用前应检查小包装的密封性、灭菌日期及失效日期，进口产品应有相应的中文标识等，发现不合格产品或质量可疑产品时不得使用。使用中发生热原反应、感染或其他异常情况时，应当立即停止使用，必要时上报当地卫生行政部门；(2分)</p> <p>2、使用的消毒药械、一次性医疗器械和器具应当符合国家有关规定。一次性使用的医疗器械、器具不得重复使用。(2分)</p> <p>3、使用后的一次性使用医疗用品按医疗废物进行处置。(1分)</p> | 抽查正在使用的消毒剂、消毒器械、卫生用品、一次性用品各一种。 | | | |

| | | | | | | |
|----------|-----------------------------|---|------------|--|--|--|
| 1-1 0 | 抗菌药物 管理 (共 10 分) | <p>1、熟练掌握抗菌药物临床应用的基本原则，合理使用抗菌药物。(4分)</p> <p>2、规范使用抗菌药物的种类、剂量、给药时间、途径、疗程。了解抗菌药物不良反应。(3分)</p> <p>3、严格遵循“能口服的不注射，能肌内注射的不静脉注射”的用药原则。(3分)</p> | 查阅资料。 | | | |
| 2-1 | 清创缝合室的 医院感染管理 (共 5 分) | <p>1、设置、标识清楚、清洁卫生。清创缝合完毕后应及时进行清洁消毒处理。(1分)</p> <p>2、凡进入清创缝合室的人员应穿清洁工作服，戴好帽子和口罩，必要时穿隔离衣。(1分)</p> <p>3、清创缝合器械必须一用一灭菌。耐湿耐高温器械与物品应使用压力蒸汽灭菌(可托管)。灭菌后的清创器械包应存放在清洁干燥的存放柜内。麻醉用具定期清洁、消毒或灭菌。清创的器械与物品使用后尽快清洗。(2分)</p> <p>4、性使用的清创缝合用品一人一用，严禁重复使用。(1分)</p> | 查阅资料并现场考核。 | | | |

| | | | | | | |
|-----|------------------------|---|------|--|--|--|
| 2-2 | 中医临床 (共 5 分) | <p>1、保持物体表面及诊疗床清洁，定期更换床单、枕套等，如被污染应及时更换。配有洗手设施和干手用品。(1分)</p> <p>2、进行针灸穿刺操作时严格执行无菌技术操作规程，正确进行穿刺部位的皮肤消毒；针灸针具（毫针、耳针、头针、长圆针、梅花针、三棱针、小针刀等）做到“一人一针一用一灭菌”，火罐“一人一用一消毒”。(2分)</p> <p>3、进行拔罐、刮痧、中药足浴等操作时严格执行相关器具和物品“一人一用一灭菌”的无菌技术操作规范。(1分)</p> <p>4、一次性针灸针具、中药足浴一次性塑料袋连同足浴液严禁重复使用；可重复使用的针灸针具及拔罐、刮痧、中药足浴器具、物品使用后按规定进行清洗、灭菌或消毒。(1分)</p> | 现场查看 | | | |
| 2-3 | 治疗室、 注射室 (共 5 分) | <p>1、保持室内物体表面、地面清洁。室内应设流动水洗手池，洗手液、干手设施（用品），速干手消毒剂等；手消毒剂应标启用时间，在有效期内使用。(1分)</p> <p>2、治疗车（台）上物品应摆放有序，应配有速干手消毒剂。(2分)</p> <p>3、床单元应定期清洁，遇污染时及时清洁与消毒。直接接触皮肤的床单元用品一人一换，遇污染及时更换。(1分)</p> <p>4、通风良好，按要求进行空气消毒。(1分)</p> | 现场查看 | | | |

| | | | | | | |
|-----|------------------|--|-----------|--|--|--|
| 3-1 | 安全注射 (共 16 分) | <p>1、进行注射操作前半小时应停止清扫地面等工作，避免不必要的人员活动。严禁在非清洁区域进行注射准备及注射等工作。(1分)</p> <p>2、配药、皮试、胰岛素注射、免疫接种等操作时，严格执行注射器“一人一针一管一用”。(3分)</p> <p>3、尽可能使用单剂量注射用药。多剂量用药无法避免时，应保证“一人一针一管一用”，严禁使用过的针头及注射器再次抽取药液。(3分)</p> <p>4、抽出的药液、开启的静脉输入用无菌液体须注明开启日期和时间，放置时间超过2小时后不得使用；启封抽吸的各种溶媒超过24小时不得使用。灭菌物品（棉球、纱布等）一经打开，使用时间不得超过24小时，提倡使用小包装。(3分)</p> <p>5、盛放用于皮肤消毒的非一次性使用的碘酒、乙醇的容器等应密闭保存，每周更换2次，同时更换灭菌容器。需更换容器内的碘酒、乙醇不得继续使用。无条件高压蒸汽灭菌的，应使用一次性小包装的瓶装碘酒、乙醇。一次性小包装的瓶装碘酒、乙醇，启封后使用时间不超过7天。(3分)</p> <p>6、药品保存应遵循厂家的建议，不得保存在与患者密切接触的区域，疑有破损、污染时应立即停止使用并按要求处置。(3分)</p> | 查资料，现场查看。 | | | |
|-----|------------------|--|-----------|--|--|--|

| | | | | | | |
|-----|---------------------------|---|-----------------|--|--|--|
| 3-2 | <p>医疗废物管理 (共 5 分)</p> | <p>1、医疗废物严格分类、收集后，置于医疗废物暂存处的周转箱内，并送至和周边已衔接好的上级医院或与医疗废物集中处置单位进行交接登记，记录单至少保存 3 年。(2.5 分)</p> <p>2、自行处置的医疗废物能够焚烧的及时焚烧，不能焚烧的可采取消毒并毁形后填埋处理。(2.5 分)</p> | <p>查资料，现场查看</p> | | | |
|-----|---------------------------|---|-----------------|--|--|--|

备注：

1. 此《细则》由市卫生局医政药政科和市院感质控中心组织相关专家制定，实施过程中若有意见建议请及时反馈区院感质控中心；
2. 此《细则》为基本条款，医疗机构缺失的管理条款，要通过检查不断规范和完善，持续改进，确保医疗质量和安全。