



湖南省人民医院  
湖南师范大学附属第一医院



# 等级医院评审/复审院感相关条款解读

岳麓山  
院区

天心阁  
院区

马王堆  
院区

蓉园  
院区

湖南省人民医院(湖南师范大学附属第一医院)

感控办 颜小利



# 前言

医院评审是卫生健康行政部门履行监管职能，推动医院高质量发展的重要抓手，对促进医院提高自我管理水平，实现医疗服务高质量发展有重要作用。

自2020年版《三级医院评审标准》发布以来，医院评审已向日常监测、客观指标、现场检查以及定量与定性评价相结合的方向转变，成为推动医院加强内涵建设、完善和落实医院管理制度、提高管理水平和保障医疗质量安全的重要抓手。标准共3个部分101节，适用于三级综合和专科医院，二级综合和专科医院可参照使用。

2022年12月15日，国家卫生健康委发布了《三级医院评审标准（2022年版）》及实施细则，在保持《2020版标准》主体框架和内容不变的基础上进行了“更新式”的修订。补充或更新了近2年来国家新发布的政策要求。





## 国家卫生健康委员会文件

国卫医发〔2020〕26号

### 国家卫生健康委关于印发 三级医院评审标准（2020年版）的通知

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团卫生健康委：

为进一步完善我国医院评审评价体系，指导医院加强自身建设和管理，促进我国医院实现高质量发展，更好地满足人民群众医疗服务需求，我委组织修订了《三级医院评审标准（2020年版）》，现印发给你们，请遵照执行。

《卫生部关于印发〈三级综合医院评审标准（2011年版）〉的通知》（卫医管发〔2011〕33号）、《卫生部关于印发心血管病等三级专科医院评审标准（2011年版）的通知》（卫医管发〔2011〕79号）、《卫生部关于印发传染病等三级专科医院评审标准（2011年版）的通知》（卫医管发〔2012〕16号）自本通知印发之日起废止。

联系人：医政医管局 高嗣法、马旭东

— 1 —

感控新青年

《三级综合医院评审标准（2020年版）》公布实施两年以来，在指导各地加强评审标准管理、规范评审行为、引导医院自我管理和健康可持续发展等方面发挥了重要作用。为指导各地持续做好医院评审工作，保障医院评审标准与现行管理政策的一致性，充分发挥医院评审标准在推动医院加强内部管理、提升医疗质量安全水平等方面的作用，我委对《三级医院评审标准（2020年版）》及其实施细则进行了“更新式”的修订，在保持标准主体内容不变的基础上，补充或更新了近2年来国家新发布的政策要求，并根据行业发展，对部分通用术语和编码进行了修订和完善。

本标准共3个部分107节，设置364条标准和监测指标。适用于三级医院，二级医院可参照使用。

**第一部分**为前置要求部分。共设3节25条评审前置条款。医院在评审周期内发生一项及以上情形的，延期一年评审。延期期间原等次取消，按照“未定等”管理。旨在进一步发挥医院评审工作对于推动医院落实相关法律法规制度要求和改革政策的杠杆作用。

**第二部分**为医疗服务能力与质量安全监测数据部分。共设80节154条监测指标。内容包括医院资源配置、质量、

三级医院评审标准的实施，在指导各地加强评审标准管理、规范评审行为、引导医院自我管理和健康可持续发展等方面发挥了重要作用。为充分发挥医院评审工作在推动医院落实深化医药卫生体制改革、健全现代医院管理制度、提高管理水平的导向和激励作用，助力分级诊疗体系建设，提高医院分级管理的科学化、规范化和标准化水平，努力实现医院高质量发展“三个转变”与“三个提高”，按照“传承、发展、创新，兼顾普遍适用与专科特点”的原则，根据《医疗机构管理条例》《医院评审暂行办法》《医疗质量管理办法》，按照《国家卫生健康委关于印发〈三级医院评审标准（2022年版）〉及其实施细则的通知》（国卫医政发〔2022〕31号）要求，结合工作实际情况，在总结既往经验的基础上，省卫生健康委制定了《三级医院评审标准（2022版）湖南省实施细则》。本实施细则共3个部分107节，设置794条标准和监测指标，适用于三级医院评审，二级医院可参照使用。

# CONTENTS

## 目录



1

第一部分 前置要求(一票否决项：院感/传染病管理重大事件)

2

第二部分 医疗服务能力与质量安全监测指标 (监测数据)

3

第三部分 现场检查实施细则 (表格14, 45+5分)

4

迎检准备及注意事项





# 01

## 前置要求（5节 30条，实行一票否决，不占分数，院感/传染病管理各1条）

一、依法设置与执业 （八）违反《中华人民共和国传染病防治法》，造成传染病传播、流行或其他严重后果；或其他重大医疗违规事件、造成严重后果或情节严重；卫生健康行政部门或监督执法机构近两年来对其进行传染病防治分类监督综合评价为重点监督单位（以两年来最近一次评价结果为准）。

二、公益性责任

三、行风与诚信

四、安全管理与重大事件 （二十五）发生重大医院感染事件，造成严重后果。

五、综合管理





评审标准	评审细则	自评结果				
		评审周期内 (2019年至今) 是否存在否决的 情形	支撑材料 (文 件或文本名称)	详细情况描述	数据来 源	完成 情况
1.8违反《中华人民共和国传染病防治法》，造成传染病传播、流行或其他严重后果；或其他重大医疗违规事件、造成严重后果或情节严重；卫生健康行政部门或监督执法机构近两年来对其进行传染病防治分类监督综合评价为重点监督单位（以两年来最近一次评价结果为准）。	评审周期内无造成传染病传播、流行或其他严重后果	否	2019-2022年 医院传染病管 理总结	严格按照国家传染病防治法要求进行 传染病的上报与检测， <b>没有造成传染 病传播、流行或其他严重后果</b>	中国疾 控中心 直报系 统	√
	评审周期内无其他重大医 疗违规、造成严重后果或 情节严重的事件。		2019-2022年 医院传染病管 理总结	<b>无因传染病的迟报与漏报造成重大医疗 违规、严重后果或情节严重的事件。</b>	中国疾 控中心直报 系统及医 院感染系 统	√
	近两年来卫生健康行政部 门或监督执法机构进行传 染病防治分类监督综合评 价，医疗机构未被列为重 点监督单位（以最近一次 评价结果为准）的记录。		长沙市芙蓉区 疾病预防控制中心 工作督导意见 书	近两年来卫生健康行政部门或监督执 法机构进行传染病防治分类监督综合 评价， <b>我们医疗机构未被列为重点监 督单位。</b>	中国疾 控中心直报 系统及医 院感染系 统	√
4.2发生重大医院感染 事件，造成严重后果。	评审周期内未发生重大医院 感染且造成严重后果的事件。		2019-2022年 医院感染管理 质量通报	医院感染发生率在国家规定的标准之内， <b>无院感爆发</b>	国家及医 院感染系 统	√

## 02

医疗服务能力与质量安全监测指标（共五章 80节 570条，在评审综合得分中的权重占60%，总分为600分。现场复核数据比例不少于医院上报数20%。院感24/1000。）

第一章 资源配置与运行数据指标(300分) 二、卫生技术人员配备（60分）2.11医院感染管理专职人员数与开放床位数比（4分）数据来源：（1）卫生资源统计年报及相关报表。（2）国家公立医院绩效考核管理平台。（3）国家医疗机构、医师、护士电子化注册系统。

第二章 医疗服务能力与医院质量安全指标（280分）二、医院质量指标（80分）

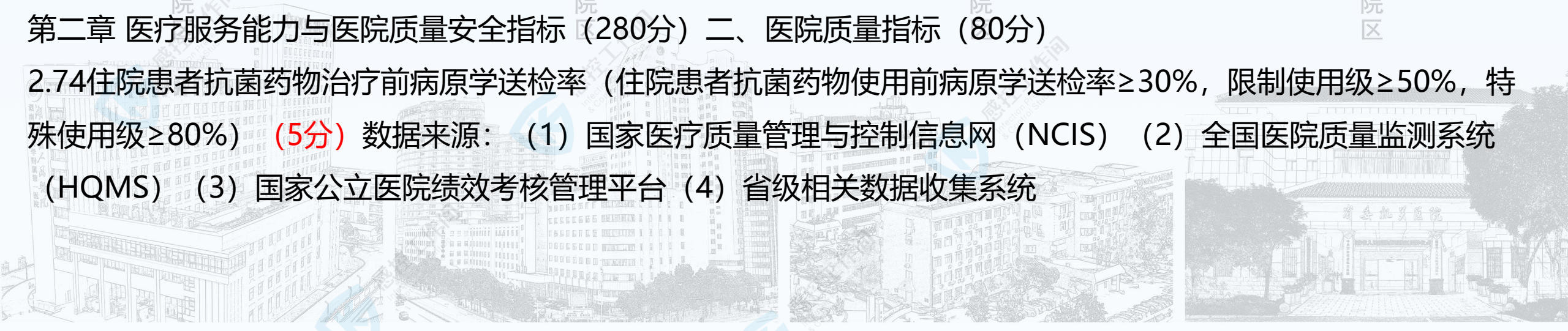
2.74住院患者抗菌药物治疗前病原学送检率（住院患者抗菌药物使用前病原学送检率 $\geq 30\%$ ，限制使用级 $\geq 50\%$ ，特殊使用级 $\geq 80\%$ ）（5分）数据来源：（1）国家医疗质量管理与控制信息网（NCIS）（2）全国医院质量监测系统（HQMS）（3）国家公立医院绩效考核管理平台（4）省级相关数据收集系统



仁心



仁术





第三章 重点专业质量控制指标 (280分) 五、医院感染管理医疗质量控制指标 (国卫办医函〔2015〕 252号) (15分)

2.175医院感染发病 (例次) 率 ( $\leq 10\%$ ) (2分)

2.176医院感染现患 (例次) 率 ( $\leq 10\%$ ) (2分)

2.177多重耐药菌感染发现率 (2分)

2.178多重耐药菌感染检出率 (2分)

2.179I类切口手术部位感染率 ( $\leq 1.5\%$ ) (2分)

2.180I类切口手术抗菌药物预防使用率 ( $< 30\%$ ) (2分)

2.181血管内导管相关血流感染发病率 (1分)

2.182呼吸机相关肺炎发病率 (1分)

2.183导尿管相关泌尿系感染发病率 (1分) 数据来源:

(1) 国家医疗质量管理与控制信息网 (NCIS)

(2) 全国医院质量监测系统 (HQMS)

(3) 国家单病种质量监测平台

(4) 省级相关数据收集系统







湖南省人民医院

湖南师范大学附属第一医院

#### 第四章 单病种（术种）质量控制指标（110分）

参照最新国家三级公立医院绩效考核单病种质量控制考核标准，从51种单病种（术种）具体选取 10种单病种（术种）进行评审评价，每种单病种（术种）监测“病种例数、平均住院日、次均费用、病死率”4个指标。数据来源：

源：（1）国家医疗质量管理与控制信息网（NCIS）（2）全国医院质量监测系统（HQMS）（3）国家单病种质量监测平台（4）各省级相关数据收集系统

#### 第五章 重点医疗技术临床应用质量控制指标（30分）

数据来源：

- （1）国家医疗质量管理与控制信息网（NCIS）
- （2）全国医院质量监测系统（HQMS）
- （3）中国人体器官分配与共享计算机系统（COTRS）
- （4）各器官移植专业国家质控中心相关系统

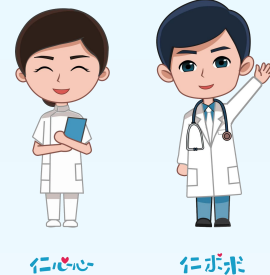


# 湖南省人民医院

## 湖南师范大学附属第一医院

定义	评审方法	计分细则	2019年			2020年			2021年			2022年		
			分子	分母	结果	分子	分母	结果	分子	分母	结果	分子	分母	结果
住院患者使用抗菌药物治疗前病原学送检病例数占同期使用抗菌药物治疗病例总数的比例。检验项目包括：细菌培养、真菌培养；降钙素原检测、白介素-6检测、真菌1-3-β-D葡聚糖检测（G试验）等。	1.使用抗菌药物前病原学送检病例数/同期使用抗菌药物治疗病例总数×100% 2.需医院提供评审周期内每年度住院患者使用抗菌药物治疗前病原学送检病例数，同期使用抗菌药物治疗病例总数。 3.指标说明：检验项目包括：细菌培养、真菌培养；降钙素原检测、白介素-6检测、真菌1-3-β-D葡聚糖检测（G试验）等。	住院患者抗菌药物使用前病原学送检率≥30%。限制使用级≥50%，特殊使用级≥80%。												
			13153	24537	38.03%	23053	56055	58.97%	41732	72772	57.35%	38711	63828	56.24%
			7532	23127	32.57%	16907	31775	53.21%	24575	45802	53.65%	25031	49265	50.81%
			3951	6378	62.42%	9678	12014	80.56%	10940	13411	81.57%	10959	13268	82.60%
住院患者中发生医院感染新发病例（例次）	1.医院感染新发病例（例次）数/同期住院患者总数×100% 2.需医院提供评审周期内	≤10%得2分；>10%但逐步降低得1分	1270	132662	0.96%	1946	129828	1.50%	1369	148770	0.92%	1346	144193	0.93%
确定时段或时点住院患者中，医院感染患者（例次）数/同期住院患者总数×100% 2.需	1.确定时段或时点住院患者中医院感染患者（例次）数/同期住院患者总数×100% 2.需	≤10%得2分；>10%但逐步降低得1分。	150	3991	3.76%	152	3963	3.84%	87	3820	2.28%	71	3310	2.15%
多重耐药菌感染患者数（例次数）与同期住院	1.多重耐药菌感染患者数（例次数）/同期住院患者总数×100% 2.需医院提供评审周	监测比较，逐步降低	261	132662	0.20%	444	129828	0.34%	257	148770	0.17%	133	144193	0.09%
多重耐药菌检出菌株数与同期该病原体检出	1.多重耐药菌检出菌株数/同期该病原体检出菌株总数×100% 2.需医院提供评审周	监测比较，逐步降低	3114	9434	33.00%	2418	7692	31.44%	2277	7552	30.15%	950	3203	29.66%
发生Ⅰ类切口手术部位感染病例数占同期接	1.发生Ⅰ类切口手术部位感染病例数/同期接受Ⅰ类切口手术患者总数×100% 2.需医院提供评审周期内每年度发生Ⅰ类切口手术部位感染病例数，同期Ⅰ类切口手术患者总数。 3.指标说明：Ⅰ类切口手术部位感染是指	≤1.5%得2分；>1.5%但逐步降低得1分	33	15793	0.21%	40	18375	0.22%	5	21574	0.02%	24	16623	0.14%
Ⅰ类切口手术预防使用抗菌药物的患者数占同期Ⅰ类切口手术患者总数的比例。	1.Ⅰ类切口手术预防使用抗菌药物的患者数×100% 同期Ⅰ类切口手术患者总数 2.需医院提供评审周期内每年度Ⅰ类切口	<30%。	351	15793	2.22%	648	18375	3.53%	406	21574	1.88%	2927	16623	17.61%
使用血管内导管住院患者中新发血管内导管相关血流感染的发病率。单位：例/千导管日。	1.计算公式： 血管内导管相关血流感染例次数/同期患者使用血管内导管留置总天数×1000%。 2.需医院提供评审周期内每年度血管内导管相关	监测比较，逐步降低。	7	10708	0.65%	10	22626	0.44%	4	17232	0.23%	3	16741	0.18%
使用呼吸机住院患者中新发呼吸机相关肺炎	1.呼吸机相关肺炎例数/同期患者使用呼吸机总天数×1000% 2.需医院提供评审周期内每年度呼吸机相关肺炎例数，同期患者使用呼吸机总天数。	监测比较，逐步降低	66	5550	11.89%	29	12359	2.35%	22	12064	1.82%	16	12978	1.23%
使用尿管住院患者中新发尿管相关泌尿	1.尿管相关泌尿系感染例数/同期患者使用尿管总天数×1000% 2.需医院提供评审周期内每年度尿管相关泌尿系感染例数，同期患者使用尿管总天数。	监测比较，逐步降低	8	8595	0.93%	10	17409	0.57%	6	18232	0.33%	1	18801	0.05%

# 03



**现场检查实施细则（共设三章 22节 194条评审标准 550款评审细则，在评审综合得分中的权重占 40%，总分为 400分。院感50/1000）**

## 第一章 医院功能与任务（100分）

（五）根据《中华人民共和国传染病防治法》《中华人民共和国食品安全法》和《突发公共卫生事件应急条例》等相关法律法规承担传染病、食源性疾病的发现、救治、报告、预防等任务。定期对全体医务人员进行传染病、食源性疾病防治知识和技能培训与处置演练。

3.10制定传染病、食源性疾病预防、救治、报告、预防等制度、流程和规范。（3分）

3.11定期对全体医务人员进行传染病、食源性疾病防治知识和技能培训与处置演练。（2分）



湖南省人民医院

湖南师范大学附属第一医院

## 第二章 临床服务质量与安全管理（690分）

### 十、医院感染管理与持续改进（45分）

（一百三十三）按照《医院感染管理办法》《医疗机构感染预防与控制基本制度（试行）》，建立医院感染管理组织，建立院感多部门协调机制。完善医院感染管理与控制制度，有医院感染事件应急预案并组织实施，开展医院感染预防控制知识与技能的全员培训和教育。

3.414根据国家法律法规、标准要求以及《医疗机构感染预防与控制基本制度》，制定并及时完善医院感染管理和控制制度。（1分）

3.415医院结合本地区就诊人群特点和本院条件制定医院感染事件防控应急预案并组织实施。（2分）

3.416医院制定全员医院感染防控知识与技能培训计划并落实，包括但不限于手卫生、标准预防、应急方案教育等。

医院员工（外聘人员）掌握有关预防与控制医院感染的基础卫生学和消毒隔离知识，且在工作中正确运用。（5分）





(一百三十四) 按照《医院感染监测规范》，加强重点部门、重点环节、重点人群与高危险因素监测，控制并降低医院感染风险。

3.417 医院对重点部门、重点环节、重点人群有明确的监测范围、监测方法、监测内容和监测质量控制要求。(2分)

3.418 医院对监测结果进行分析，提出本院的医院感染高危险因素，制定针对性措施，控制并降低医院感染风险。

(2分)

(一百三十五) 医院感染管理组织要监测医院感染危险因素、医院感染率及其变化趋势，定期开展风险评估并持续改进诊疗流程；定期通报医院感染监测结果并加强横向比较。

3.419 定期对感染监测的数据进行统计分析、反馈，定期开展风险评估并持续改进诊疗流程，定期向全院发布感染监测数据，及时将感染监测的数据和分析建议反馈临床科室。(3分)





(一百三十六) 消毒、灭菌和隔离工作符合相关标准和规范要求，工作人员能获得并正确使用符合国家标准的消毒与防护用品；重点部门、重点部位的管理符合要求。

3.420医院按照国家相关标准和规范的要求，开展消毒、灭菌和隔离工作。（1分）

3.421医院提供的消毒与防护用品符合国家标准并在有效期内，工作人员应当能够正确使用消毒与防护用品。（2分）

3.422重点部门、重点部位的医院感染管理应当符合相关标准和规范要求。（2分）

(一百三十七) 按照《医务人员手卫生规范》，建立医院手卫生管理制度。正确、充分配置有效、便捷的手卫生设备和设施，加强手卫生落实情况监管。

3.423根据《医务人员手卫生规范》要求，建立并落实手卫生管理制度。（1分）

3.424充分配置与诊疗工作相匹配的，有效、便捷的手卫生设备和设施，手卫生的设备和设施包括但不限于流动水洗手设施、卫生手消毒设施等，并按照医院规定的周期进行手卫生依从性的监测与反馈。（2分）





湖南省人民医院

湖南师范大学附属第一医院

(一百三十八) 根据《传染病防治法》等相关法律、法规要求设置感染性疾病科、发热门诊、肠道门诊，其建筑规范、医疗设备和设施、人员符合规定，并对员工进行相关培训。

3.425 设置有感染性疾病科、发热门诊、肠道门诊，其建筑规范、医疗设备和设施、人员符合相关法律、法规要求。

(2分)

3.426 发热门诊应当根据相关要求，在医院的独立区域或独立建筑内设置，具备独立出入口，满足“三区两通道”设置，新建发热门诊外墙与周围建筑间距不少于20米。(2分)

3.427 制定传染病防治（含疫情防控）相关培训和考核制度并落实，可追溯。(5分)





湖南省人民医院

湖南师范大学附属第一医院

(一百三十九) 有多重耐药菌医院感染控制管理规范与程序，有多部门共同参与的多重耐药菌管理合作机制。应用微生物室检测和医院感染管理数据信息指导临床合理使用抗菌药物。

3.428根据本机构多重耐药菌流行趋势和特点建立多重耐药菌医院感染控制管理规范与程序。针对多重耐药菌医院感染的诊断、监测、预防与控制等环节，建立多部门共同参与的多重耐药菌管理协调机制。（1分）3.429定期统计分析本院微生物室检测和医院感染管理数据信息，并将相关信息向临床推送，指导临床合理使用抗菌药物。（1分）

(一百四十) 建立侵入性器械/操作相关感染防控制度。有 医院侵入性器械、所开展手术及其他侵入性诊疗操作名录，制订 相关防控措施并实施数据监测。

3.430医院有建立侵入性器械/操作相关感染防控制度；侵入性器械/操作相关感染防控**主要包括但不限于**血管导管相关血流感染、导尿管相关尿路感染、呼吸机相关肺炎和透析相关感染的预防与控制。医院建立有本机构诊疗活动中使用的侵入性器械、所开展手术及其他侵入性诊疗操作名录。根据侵入性器械、所开展手术及其他侵入性诊疗操作中的风险点，按照感染防控制度实施数据监测。（2分）







湖南省人民医院

湖南师范大学附属第一医院

(一百四十二) 医疗废物、废液管理符合医院感染管理要求。污水管理和处置符合规定。

3.434 医疗废物、废液管理符合医院感染管理要求。(1分)

3.435 污水管理和处置符合规定。(1分)

**【评审方法】** 评审专家前往发热门诊（或肠道门诊、传染病门诊）检查布局与流程，模拟接诊发热病例或肠道感染性疾病病例，核查员工防护、处置、报告程序，追踪消毒、灭菌、隔离及洗手设施，随机抽取1名工作人员手卫生考核；查看重点部门院感防控措施，核查医疗废物分类及全程管理，随机考核员工操作，核查培训效果；查看医院感染每月各类监测分析报告（包括侵入性操作、多重耐药），追踪监测结果与风险应对的持续改进措施、管理、多部门合作机制及成效。





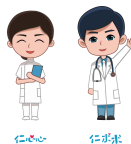
(一百四十一) 按照有关法律法规, 建立医院医疗废物、废液管理责任制, 健全组织架构、管理制度和工作机制, 落实岗位职责。医疗废物的分类、收集、运送、暂存、转移、登记造册和操作人员职业防护等符合规范。同时, 加强对相关人员的培训。

3.431按照有关法律法规, 建立医院医疗废物管理责任制, 健全组织架构、管理制度和工作流程, 落实岗位职责。(1分)

3.432医疗废物的分类收集、运送、暂存、登记、交接管理规范, 对从事分类收集、运送、暂存等工作人员采取的职业防护措施符合规范。(3分)

3.433加强对相关人员的培训。对从事分类收集、运送、暂存等工作人员及管理人员, 根据岗位需要进行有关法律、法规、规章、规范性文件以及各种制度、工作流程、要求和意外事故的应急处理等方面的培训。(2分)

3.435污水管理和处置符合规定。(1分)





### 第三部分：现场检查实施细则（45分）

评审内容	满分依据及佐证材料	自评情况	整改措施
1、查看评审期内医院感染管理委员会会议议题。	会议议题、签到等资料整理保存在感控办	√	
2、查阅评审期内医院感染简讯/质量月报、年报及持续改进情况。	2019-2023年的“医院院感/传染病管理质量通报”及“季度简讯”	√	
3、查看每月（季度）全院院感质量讲评会内容及持续改进情况。	2019-2022月例会院感内容	√	
4、 <b>查阅医院感染简讯/质量月报和全院院感质量讲评内容融入绩效考核方案的执行情况。</b>	1.2019年9月3日OA文件栏挂网的湘省医院发[2019]60号 医院感染与传染病管理规定。 2.精细化管理办公室OA每月挂网精细化管理通报		
5、查阅评审期内院感部门参加医疗行政查房记录、问题清单及持续改进措施与效果。	每年根据医务部行政业务查房安排进行查房及回头看，问题汇总交医务部（有纸质和电子版）	√	



评审内容	满分依据及佐证材料	自评情况	整改措施
6、查阅评审期内院感质量控制指标改进的方法、措施与效果，包括院感监测横断面调查，合理用药指导、多部门联合指导机制等。	6-1（三管监测的分析、手卫生的分析、环境卫生的分析、院感综合分析、一类切口的分析）；6-2横断面调查分析；6-3合理用药指导（多重耐药及分析）；6-4多部门联合指导（医废管理、新冠疫情的防控、门诊的管理）	√	
7、随机抽查1个月的感染简讯/质量月报中反映问题的持续改进追踪及其半年以上改进成效。	2019-2022的“季度简讯”	√	
8、随机抽查2个重点监测部门感染控制小组工作记录和持续改进情况。	见重点科室院感管理登记本自查及半年内院感管理小组会议记录		
9、随机抽查2个重点监测部门对高危因素开展自我检查和自我改进的措施案例（如QI/QCC）。	见重点科室院感管理登记本自查及半年内院感管理小组会议记录。	部分重点科室无2019-2020年的高危因素开展自我检查和自我改进的措施案例。	各组督促负责重点部门完成1-2个高危因素自我检查和改进案例





评审内容	满分依据及佐证材料	自评情况	整改措施
10、随机抽查医院周会对院感关键指标及其完成情况的发布与公示情况。	院办每次周会感控办的内容	√	
11、查阅评审期内全院年度可避免院感相关死亡率（指标）逐年下降的数据监测、原因分析、改进措施。		死亡原因是院感的相关因素引起的，医务部等部门不能提供具体的数据。	
12、查阅评审期内医院感染及传染病防治（疫情防控）全员培训、技能考核、应急预案的演练情况。	1.有2019-2022年培训资料备查； 2.2021年11月20日骨五科秋冬季新冠疫情防控演练及总结 3.2022年3月22日急诊二部出现新冠病毒核酸阳性病例应急演练	√	
13、访谈分管院领导，了解评审期内医院传染性疾病爆发流行的模拟演练情况与总结、问题点的改进措施与成效，是否纳入医院年度工作计划。	医院年度工作计划	√	





仁心



仁术

# 04

## 迎检相关准备及注意事项

1. 严格按照评价办部署的工作内容和进度安排落实医院感染相关评价内容
2. 积极学习上级部门相关要求和\*\*其他医院的管理经验，完善医院感染质量管理。
3. 熟悉院感内容和评价要求
4. 完善感控办资料
5. 对标对表指导和督导科室。
6. 对点个性化指导科室院感质量管理和分析。
7. 注意事项

崇  
园  
院区





## 1.严格按照评价办部署的工作内容和进度安排落实医院感染相关评价内容

2023年2月启动内审工作

开展院级内审培训2次

开展部门级培训30余次

四轮内审自查：  
第一轮自查问题178例  
第二轮自查问题177例  
第三轮自查问题123例  
第四轮自查问题116例





**2.积极学习上级部门相关要求和医院的管理经验，完善医院感染质量管理。**







## 3. 熟悉院感内容和评价要求

### 等级医院评审院感内容

#### 第一部分 前置要求（五个内容、30条）

（八）违反《中华人民共和国传染病防治法》，造成传染病传播、流行或其他严重后果；或其他重大医疗违规事件、造成严重后果或情节严重；卫生健康行政部门或监督执法机构近两年未对其进行传染病防治分类监督综合评价为重点监督单位（以两年来最近一次评价结果为准）

（二十五）发生重大医院感染事件，造成严重后果。

#### 第二部分 医疗服务能力与质量安全监测指标（1000分）

##### 第一章 资源配置与运行数据指标（300分）

2.11 医院感染管理专职人员数与开放床位数比（4分）

##### 第二章 医疗服务能力与医院质量安全指标（280分）

###### 二、医院质量指标（80分）

2.74 住院患者抗菌药物治疗前病原学送检率（住院患者抗菌药物使用前病原学送检率 $\geq 30\%$ ，限制使用级 $\geq 50\%$ ，特殊使用级 $\geq 80\%$ ）（5分）

2.76 提高感染性休克集束化治疗完成率：（1）感染性休克3h集束化治疗（bundle）完成率；（2）感染性休克6h集束化治疗（bundle）完成率。（6分）

###### 三、医疗安全指标（年度医院获得性指标）（120分）

2.88 手术患者手术后脓毒症发生率（3分）

2.94 与手术/操作相关感染发生率（3分）

2.97 手术患者肺部感染与肺机能不全发生率（3分）

##### 第三章 重点专业质量控制指标（280分）

一、重症医学专业医疗质量控制指标（国卫办医函〔2015〕252号）（15分）

2.125 ICU 抗菌药物治疗前病原学送检率（1分）

2.133 ICU 呼吸机相关性肺炎（VAP）发病率（1分）

2.134 ICU 血管内导管相关血流感染（CRBSI）发病率（1分）

2.135 ICU 导尿管相关泌尿系感染（CAUTI）发病率（1分）

五、医院感染管理医疗质量控制指标（国卫办医函〔2015〕252号）（15分）

2.175 医院感染发病（例次）率（ $\leq 10\%$ ）（2分）

2.176 医院感染现患（例次）率（ $\leq 10\%$ ）（2分）

2.177 多重耐药菌感染发现率（2分）

2.178 多重耐药菌感染检出率（2分）

2.179 I类切口手术部位感染率（ $\leq 1.5\%$ ）（2分）

2.180 I类切口手术抗菌药物预防使用率（ $< 30\%$ ）（2分）

2.181 血管内导管相关血流感染发病率（1分）

2.182 呼吸机相关肺炎发病率（1分）

2.183 导尿管相关泌尿系感染发病率（1分）

七、呼吸内科专业医疗质量控制指标（国卫办医函〔2019〕854号）（15分）

2.206 慢阻肺急性加重患者住院期间抗感染治疗前病原学送检比例（1分）

2.211 CAP 患者住院期间抗感染治疗前病原学送检比例（1分）

十、肾病学专业医疗质量控制指标（国卫办医函〔2020〕13号）（15分）

###### （二）血液净化技术（10分）

2.279 治疗室消毒合格率：（1）血液透析治疗室消毒合格率（100%）；（2）腹膜透析治疗室消毒合格率（100%）。（0.6分）

2.280 透析用水生物污染检验合格率（100%）（0.4分）

2.281 新入血液透析患者血源性传染病标志物检验完成率（100%）（0.4分）

##### 第四章 单病种（术种）质量控制指标（110分）

###### 第五章 重点医疗技术临床应用质量控制指标（30分）

（四）肾脏移植技术医疗质量控制指标（国卫办医函〔2020〕443号）（1分）

2.540 术后感染发生率（0.1分）

（六）肺脏移植技术医疗质量控制指标（国卫办医函〔2020〕443号）（1分）

2.550 术后3个月内感染发生率（0.3分）

#### 第三部分 现场检查实施细则（1000分）

##### 第一章 医院功能与任务（100分）





## 4.完善感控办资料

### 感控办三甲医院复审相关资料汇总人员负责分工表

**原则：**根据等级医院评审条款要求（有些工作不限于条款规定）将涉及感控办内容结合平时工作的细化分工，各自负责，各组汇总。其中需要提供佐证材料的部分按照全院统筹分工，三院区协作落实，将需要汇总的资料集中收集于天心阁院区，院区特色或基础数据自行安排收集汇总备查（所有资料都是**2019年-2023年**）。

人员	分工内容
刘蕾	负责收集每组 PDCA 案例（每组每年 2 个），应知应会相关内容
胡金珍负责/肖雨晴辅助	有关院感委员会的所有内容、科室会议记录、科室培训计划及内容记录
周智负责/陈卫东、尹爱晚辅助	一类切口手术部位感染率、一类切口手术抗菌药物预防使用率的收集数据（ <b>2019-2022年</b> ），数据收集的标准参照三甲复评第二部分数据的说明要求。
江育玲负责/周智辅助	医院感染综合性监测
李红艳	职业暴露统计及分析、安全生产、行风建设
何雅媛	多重耐药菌管理，院感质量相关

	资料
成志奇、李顺芬负责/单姿、苏冀辅助	所有应急预案演练的资料收集（预案、脚本、演练、资料和总结）
李凤容/王丽姣辅助	所有三管监测资料的数据及质量分析

备注：各位老师分工的内容从**2019年-2022年**收集，收集好后下周一（**4.24**）前将电子版或打印的纸质版交尹爱晚。没有资料或资料不全的请负责收集资料的工作人员落实督促并及时报告给感控办负责人。

感控办

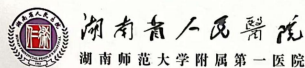
2023.04.17



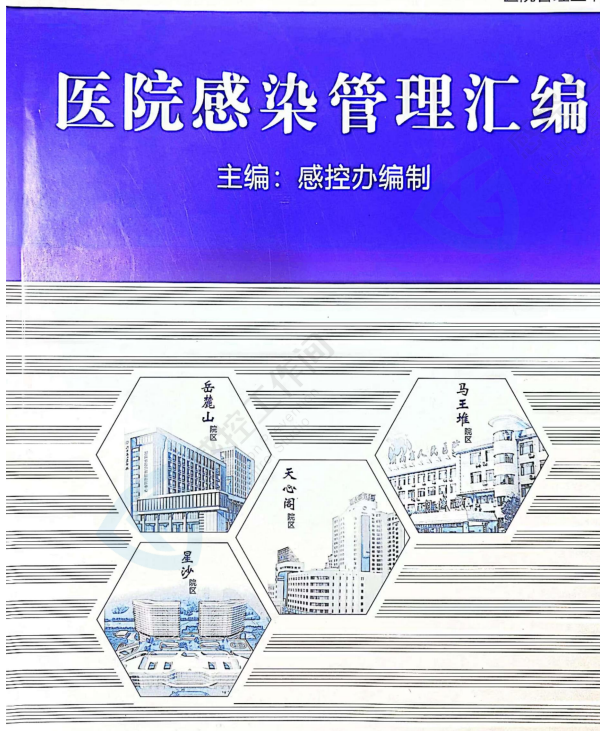




# 修订63个院感管理制度，并印制医院感染与传染病管理文件汇编书籍，下发到各临床科室。滚动推送应知应会；



·医院管理丛书



## 院感篇

### 目 录

第一篇 工作制度.....

医院感染控制委员会工作制度.....

医院感染管理工作制度.....

传染病管理工作制度.....

医院感染与传染病管理规定.....

病区医院感染预防与控制制度.....

医疗废物管理制度.....

一次性医疗用品的管理规定.....

外来医疗器械与植入物管理办法.....

医院感染监测管理制度.....

手卫生与监管制度.....

多重耐药菌医院感染预防与控制制度.....

手术部位感染预防与控制制度.....

下呼吸道感染预防与控制制度.....

导尿管相关尿路感染预防与控制制度.....

血管导管相关性血流感染预防与控制制度.....

皮肤软组织感染预防与控制制度.....

消毒药械管理制度.....

传染病预检分诊制度.....

医院感染防控的分级防护管理制度.....

传染病疫情报告和奖惩制度.....

食源性疾病监测与报告管理制度.....

医院感染不良事件报告及制度.....

工作人员职业暴露防护管理制度.....

化学性医疗废物产生科室管理规定.....

消毒隔离制度.....

产房消毒隔离制度.....

导管室（介入手术室）消毒隔离制度.....

感染科消毒隔离制度.....

口腔科消毒隔离制度.....

内镜室消毒隔离制度.....

手术部消毒隔离制度.....

层流病房消毒隔离制度.....

消毒供应中心消毒隔离制度.....

新生儿科消毒隔离制度.....

血液透析室消毒隔离制度.....

### （一）分级防护具体要求：

答：1、一般防护：工作服、外科口罩、手套。2、一级防护：工作帽、工作服、外科手套、隔离衣。3、二级防护：工作帽、工作服、手套、乳胶手套、防护服或隔离衣、鞋套。必要时4、三级防护：工作帽、工作服、医用防护口罩（或）、手卫生、乳胶手套、防护服、鞋套（或）鞋套或全面防护型呼吸防护器。

### 消毒隔离

### （二）什么是隔离？常见的隔离方式及么？

答：隔离是指采用各种方法、技术，及携带者传播给他人的措施。常见隔离方式有飞沫传播（粉色）、接触传播（蓝色）。在预防基础上加相应传播途径阻断的隔离措施。

### （三）多重耐药的控制措施是什么？

答：多重耐药是通过接触传播，防止（是针对医务人员和患者采取的预防感染基础上落实接触隔离。患者尽量按照单间、原则安置；加强环境卫生仪器物表消毒；

三甲复审感控相关准备（资料和现场）				
清单	科室自查情况	感控办督查情况	整改责任人	整改方式和时限
感控办督导本（完善培训资料）				
院感管理工作记录本（护理发的，完整的监测资料）				
院感制度（2本书、81号文、侵入性操作的预防控制措施、专科的制度）				
医疗废物登记资料（之前的记录本和2022年起医废系统资料）				
科室质量分析（医务和护理），重点科室高风险因素自我监测资料（PDCA案例、高风险因素评估、				

目标性监测资料），所有科室				
PDCA案例资料				
手卫生				
多重耐药菌隔离措施				
现场				
医疗废物分类				
环境清洁消毒				
应知应会掌握情况（备2名医生2名护士）				



## 5.对标对表指导和督导科室。

Excel	A	B	
1	查房内容	分值	行
2	<b>【传染病管理】</b>		
3	1.查看护理院感管理记录本中隔离登记内容：要求所有传染病均需及时登记，内容包括传染病诊断、隔离方式、消毒隔离措施、疫情报告人、记录人以及患者安置及去向（备注补充）等。	2	
4	2.每月总结传染病报告及处置情况，以及感控办反馈内容的整改情况，纳入科室院感传染病管理质量分析内容。	1	
5	3.追踪：传染病患者的隔离措施落实情况：包括患者安置、隔离标识、手卫生设施、医疗废物处置、消毒措施、个人防护等。	2	
6	<b>【医院感染管理】</b>		
7	1、查看医院感染管理记录本：按照PDCA模式记录院感督查情况；科室院感管理小组架构完善；一年2次小组会议；每月4次自查记录（自查内容同感控办督查内容）；及时传达院级培训和组织科室培训；	4	
8	2.随机抽查2名医务人员手卫生执行情况：依从性调查、提问手卫生指征、考核七步洗手法	2	
9	3.随机抽查1名医务人员考核1项操作（穿刺、换药、置管、输液等），考核无菌操作是否符合标准。	1	
10	4.追踪多重耐药菌的管理：信息登记（护理院感管理记录本中隔离登记）、接触隔离医嘱、接触隔离措施；包括患者安置、隔离标识、手卫生设施、医疗废物处置、消毒措施、个人防护等；外出检查告知及警示标志；	2	
11	5.追溯科室医疗废物的源头分类，定区域、定量、定类别储存，院内医疗废物密闭转运规定等情况。	2	
12	6.抽查环境清洁与消毒落实情况：查看消毒用具用品的配备和使用，消毒剂的配制和浓度监测等。	1	
13	7.及时处理蓝蜻蜓监测系统的院感预警信息，及时上报院感病例并分析原因。	1	
14	8.重点科室目标性监测情况统计分析	2	
15	9.现场考核1名员工职业暴露的应急处置情况。	1	
16	10.现场考核1名员工感控应知应会内容及科室培训内容。	1	
17	11.重点部门高危因素的自我监测与措施改进案例	1	
18	<b>【科室院感管理质量分析】</b>		
19	每月一次质量分析会，可与科室院感小组会议和培训相结合。内容包括但不限于：当月传染病发生及报告处置情况；院感发生及报告处置情况（重点科室目标性监测情况）；科室自查情况；感控办督查反馈情况；科室院感高危因素监测与分析改进措施。	2	
20			
21			
22			

科室	感控组
	(25分)
感染科一病区	21
内分泌一病区	21
肾内一病区	22
儿科六病区	21
儿科五病区	21
肾内二病区	21
中西医结合二病区	23
呼吸科二病区	21.5
肝病内科	21.5
神内二病区	21
消化一病区	21
神内三病区	21
消化二病区	17
呼吸科三病区	20
老年一病区	19.5
全科医学科	19
肿瘤一病区	20
重症医学科	19
儿科一病区	21
神内一病区	22
血液一病区	19
呼吸科一病区	19

### 临床科室需做到：

- 1、专人负责。
- 2、专门的文件盒：学习考核资料盒、督查记录盒，工作及监测数据盒，医疗废物资料盒、质量分析和持续整改资料（全院性文件）。
- 3、定时整理和完善。
- 4、与感控办资料保持一致。





## 6.对点个性化指导科室院感质量管理和分析。(医疗和护理)

湖南省人民医院  
医疗质量与患者安全管理持续改进记录本  
(外科系统)



医务部制定

\_\_\_\_科室

\_\_\_\_年\_\_月至\_\_\_\_年\_\_月

### 填写要求

- 1、科室按照医院《医疗质量改进与患者安全计划》的实施要求，成立以科主任为组长的医疗质量改进与患者安全管理小组，并设有质量安全管理员。
- 2、本质量控制记录本由科主任负责，并指定相关人员填写，各表格可下载填写打印后再按顺序黏贴装订。
- 3、每年度科室根据医院指标及前年度管理改进效果，制定年度质量控制计划、实施方案及医疗质量控制指标。
- 4、医疗质量改进与患者安全管理小组参照医院规章制度及职能部门检查整改意见推进科室医疗质量，规范化各种医疗行为，达到患者安全目标。
- 5、科室质量安全控制活动要求每周1次或以上，每月至少做1次总结记录，根据存在问题及时制定相关整改措施，并对整改措施进行效果评价。
- 6、如存在重大并发症及医疗安全不良事件、临时取消手术、住院超过30天患者及非计划再手术或非预期重返手术患者，随时进行检查分析，提出整改措施，予以执行后评价，记录改进过程。
- 7、每月月底科室对质量控制情况进行会议总结。
- 8、每年底对本年度科室医疗质量控制情况进行总结。

科(室)医疗质量改进与患者安全管理小组成员及职责分工

姓名	性别	年龄	职称	职务	职责
				组长	负责科室医疗质量改进、患者安全目标管理相关工作
				质控员	核心制度落实、病案质控
				感控员	感控管理
				医疗安全管理专员	医疗纠纷防范与处理
				药师	合理用药(医疗类)

科(室)医疗质量与患者安全管理小组工作活动登记表  
(\_\_\_\_年\_\_月~\_\_\_\_年\_\_月)

序号	会议时间	会议地点	主持人
1			
2			
3			

### 年度质量控制总结





### 院感管理

#### 院感管理

	1月	2月	3月	4月	5月	6月
手卫生执行率	91.2	75	80	81.2	85	
手卫生正确率	94.1	73.3	93.75	88.6	82.35	

手卫生执行率有提升，但手卫生正确率下降

#### 院感管理

科室	出院患者人数	抗菌药物使用人数	使用率
合计	87	35	40.23

科室	出院患者人数	抗菌药物使用人数	预防	治疗	构成比 (%)	构成比 (%)
合计	87	35	0	35	100	100

5月  
1. 抗菌药物DDD值: 29.92 (目标管理值: 30)  
2. 抗生素使用率: 40.23%  
3. 治疗构成比: 100%

#### 院感管理

科室	出院患者人数	抗菌药物使用人数	非限制类				限制类												
			使用率 (%)	未送检人数	送检人数	送检率 (%)	使用人数	使用率 (%)	送检人数	送检率 (%)									
合计	87	35	40.23	3	32	91.43	0	0	0	26	29.89	23	88.4	9	10.34	9	100	12	37.5

### 6月份科室月总结与质量安全分析会

消毒供应中心一部

#### 2020 05/25/2020

- 1. 严格执行消毒隔离制度
- 2. 规范无菌操作技术
- 3. 加强人员培训与考核
- 4. 完善规章制度，提升管理水平
- 5. 持续改进，提升服务质量
- 6. 做好物资供应保障工作
- 7. 做好感染防控工作
- 8. 做好院感监测与报告工作
- 9. 做好消毒效果监测与评价工作
- 10. 做好消毒药械的采购与验收工作
- 11. 做好消毒药械的储存与发放工作
- 12. 做好消毒药械的报废与回收工作

#### 院感—上报查房问题反馈

序号	问题描述	整改措施	整改时间	整改效果
1	...	...	...	...

#### 院感—每月白菌检测反馈

科室	检测项目	检测结果	整改措施	整改时间
...	...	...	...	...

#### 院感—科室高危因素监测与分析改进反馈

科室	高危因素	监测数据	改进措施
...	...	...	...

#### 院感—消毒卫生学监测

检测项目	检测结果	整改措施
...	...	...

#### 院感—下个月重点工作问题

下月重点工作问题	整改措施	整改时间
...	...	...



## 7.注意事项:

- ◎以评促改，以评促建在院感管理体现。1-10条款中院、科两级体并结合第二部分数据高度全面体现质量管理效果。
- ◎无处不在，覆盖全方位的质量管理：正确应用质量管理工具，PDCA,品管圈，根因分析法，风险项目管理（比如风险评估）等

等级医院评审后整改报告：推进整改落实情况，取得进展和成效

对标对表问题清单，逐条逐项回复部门(办)所采取的措施、做法，问题改进情况。

感控办需要立刻整改的问题

**问题1：**未将管理工具运用到质量改进过程中，院感防控措施比如手卫生未落实。随机抽查心血管内科门诊患者（门诊号27942252），心血管内科医生看诊后手卫生落实不到位；患者防护与患者沟通指导欠缺，未能正确指导洗手和处理体液等分泌物；传染病患者追溯患者去向登记不详实；感染性疾病管理知识欠缺，护士查房时说乙肝属于接触隔离。







## 医疗机构感染预防与控制基本制度（感控十项核心制度）

- 一、感控分级管理制度
- 二、感控监测及报告管理制度
- 三、感控标准预防措施执行管理制度
- 四、感控风险评估制度**
- 五、多重耐药菌感染预防与控制制度
- 六、侵入性器械/操作相关感染防控制度**
- 七、感控培训教育制度
- 八、医疗机构内感染暴发报告及处置制度
- 九、医务人员感染性病原体职业暴露预防、处置及上报制度
- 十、医疗机构内传染病相关感染预防与控制制度



湖南省人民医院

湖南师范大学附属第一医院

## ※以评促改之高危因素管理

### 国家卫生健康委办公厅关于进一步加强医疗机构感染预防与控制工作的通知 国卫办医函〔2019〕480号

1. 进一步提高对感控工作重要性的认识，树立底线意识
2. 强化责任意识，落实感控制度要求。
3. 突出工作重点，做好重点科室感控工作
4. 开展主动监测，及时评估，降低潜在感染风险
5. 开展全员培训，全面提升感控能力水平
6. 增强敏感性，做好感染暴发报告及处置工作
7. 加强监督管理，督促各项要求有效落实



## ●感控风险评估制度

**涵义：**是医疗机构及医务人员针对感控风险开展的综合分析、评价、预判、筛查和干预等活动，从而降低感染发生风险的规范性要求。感控风险评估种类主要包括病例风险评估、病种风险评估、部门（科室）风险评估、机构风险评估，以及感染聚集、流行和暴发等的风险评估。

### 基本要求：

1. 医疗机构及其科室、部门应当根据所开展诊疗活动的特点，定期开展感控风险评估。
2. 明确影响本机构感控的主要风险因素和优先干预次序。
3. 根据风险评估结果，合理设定或调整干预目标和策略，采取基于循证证据的干预措施。
4. 建立并实施根据风险评估结果开展感染高危人员筛查的工作机制。

**（一百三十五）** 医院感染管理组织要监测医院感染危险因素、医院感染率及其变化趋势，定期开展风险评估并持续改进诊疗流程；定期通报医院感染监测结果并加强横向比较。



### 湖南省人民医院医院感染风险评估制度

1. 评估目的：对医院感染高危操作、环节、患者积极评估是预防医院感染的第一步，科室根据人、机、料、法、环、测六个方面的本专科特点制定医院感染风险评估表，根据评估结果为高风险因素的，予以制定具体防控措施，并指导督促医务人员积极采取相关控制措施，防止/降低医院感染的发生。

2. 适用范围：全院临床、医技科室，尤其是高危部门、高危人群，如气管切开、气管插管、使用呼吸机、保留导尿管、动静脉置管、血透患者、早产低体重儿、危重新生儿、大面积烧伤正在接受放疗、化疗的肿瘤病人、血液透析并发多种疾病的病人、有严重基础疾病的病人、重要脏器手术的病人、有植入器械的手术病人、反复多重耐药菌感染病人等；应在入院 24 小时内及时进行评估。

3. 相关定义：①风险：是指某一事件发生的概率和其他后果的组合。②风险评估：评估风险大小以及确定风险是否可容许的全过程，是将不确定的威胁或损失进行量化的工作。

4. 评定标准：高危患者低风险  $\leq 3$  分，中度风险 4-6 分，高度风险  $\geq 6$  分。评分  $\geq 6$  分为医院感染高危对象，应及时报告科室负责人，告知患者及家属，交待防止医院感染需要家属配合的控制措施，如手卫生等。科室风险因素风险优先系数 (RPN) = 可能性 (R)  $\times$  严重性 (P)  $\times$  准备程度 (N)；RPN > 18 风险评定为高，9 < RPN  $\leq 18$  风险评定为中，RPN  $\leq 9$  风险评定为低。

5. 评估工作落实：感控办负责制定医院感染风险评估制度，开展培训，组织实施。各临床医技科室感控管理小组负责对评估出来的本科室院感风险因素制订相应的防控措施，并组织实施。对高危患者由主管医生每周推荐 1 次评估，并记录评分情况，直至高危因素解除或病人出院、转科、死亡。各重点单元针对高危操作和环节进行风险评估。

6. 评估频次：感控办负责开展院级医院感染风险评估，全少每年 1 次，并根据风险评估结果确定年度工作重点。各临床医技科室感控管理小组负责组织科室开展科室医院感染风险评估，每年至少 2 次，确定科室医院感染风险，并协助科室制订和落实防控措施。遇到重大医院感染爆发事件或高危患者时随时开展。高危患者风险评分表暂时保管在科室中；患者转科时将风险评分表一同转交至对方科室并进行当面交接。

7. 医院感染管理部门将风险评估及评估后的管理纳入每月/季度督查考核，并定期进行总结、分析、反馈，根据科室风险评估结果，对全院所有院感防控环节进行风险评估，根据评估结果不断完善相关制度及控制措施。针对评估出来的风险问题，制订和落实防控措施，并进行 PDCA 改进。

附件：评估表模板（风险事件/危险因素根据定期评价调整）

风险优先系数 (RPN) = 可能性 (R)  $\times$  严重性 (P)  $\times$  准备程度 (N)；RPN > 18 风险评定为高，9 < RPN  $\leq 18$  风险评定为中，RPN  $\leq 9$  风险评定为低。



病房风险评估表

风险因素	风险发生的可能性 (R)			如果发生潜在的严重性 (P)			如果发生风险, 医院应对现状 (N)			风险优先系数 (RPN)	风险水平
	高 3	中 2	低 1	高 3	中 2	低 1	高 3	中 2	低 1		
1. 过程指标:											
医务人员着装不规范											低中
手卫生不规范											低中
陪护者较多											低中
无菌物品及器械污染及无菌技术操作不规范											高
病人有原发感染性疾病											低高
职业防护不到位											高
病人有营养不良基础疾病、免疫功能低下、使用激素											高
病人有耐药菌定植或感染											中
抗菌药物使用不合理											低中
流程不合理有洁污交叉											低中
病人使用中心静脉插管、呼吸机、泌尿道插管											低中
环境保洁措施不到位											低中
医疗废物管理不规范											低
空气消毒机、消毒设备无定期维护与检测, 对各通风滤网未保洁											低
2. 结果指标:											
医院感染发生率同期/环比											
环境监测合格率											
手卫生依从率/正确率, 无菌技术合格率											
多重耐药发生率											
三管监测发生率											
3. 管理指标											
院感小组工作职责落实											
科室培训考核											
科室院感质量分析											

医院感染/传染病漏报

医院感染风险人群评估表

编号	医院感染风险项目	评估情况
1	是否手术患者	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
2	是否为糖尿病患者	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
3	是否气管插管/切开操作或应用呼吸机	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
4	是否留置尿管大于 3 天	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
5	是否有深静脉置管	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
6	是否多重耐药感染或定植	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
7	是否昏迷或长期卧床	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
8	是否年龄大于 75 或新生儿	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
9	是否为营养不良或营养过剩	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
10	是否为新生儿地体重或早产儿	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
11	是否为血液疾病患者	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
12	是否为恶性肿瘤患者	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
13	是否使用激素或免疫抑制剂	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
14	是否放疗或化疗患者	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
15	是否为传染性疾病的患者	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
评估结果: 根据以上项目, 该患者是否存在医院感染风险是 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		
控制措施:		
备注: 是得 1 分, 否得 0 分。得分 $\geq 2$ 判定存在风险, 低风险 $\leq 3$ 分, 中度风险 4-6 分, 高度风险 $\geq 6$ 分。		



# 湖南省人民医院

## 湖南师范大学附属第一医院

### ※以评促改之侵入性操作院感防控管理

(一百四十) 建立侵入性器械/操作相关感染防控制度。有医院侵入性器械、所开展手术及其他侵入性诊疗操作名录，制订相关防控措施并实施数据监测。

**【概述】** 侵入性器械/操作相关感染防控制度指诊疗活动中与使用侵入性诊疗器械相关的感染预防与控制活动的规范性要求。医院通过建立侵入性器械、所开展手术及其他侵入性诊疗操作名录，便于快速找到对应解决的防范措施。

**【细则】** 3.430医院有建立侵入性器械/操作相关感染防控制度；侵入性器械/操作相关感染防控主要包括但不限于血管导管相关血流感染、导尿管相关尿路感染、呼吸机相关肺炎和透析相关感染的预防与控制。医院建立有本机构诊疗活动中使用的侵入性器械、所开展手术及其他侵入性诊疗操作名录。根据侵入性器械、所开展手术及其他侵入性诊疗操作中的风险点，按照感染防控制度实施数据监测。（2分）

湖南省人民医院侵入性操作目录及相关院感防控措施

#### 一、侵入性操作目录

1. 手术操作（具体名目见医务部相关文件）
2. 血透相关操作
3. 呼吸机
4. 血管导管置管
5. 导尿管置管
6. 软式内镜：胃镜、肠镜、纤支镜、输尿管镜、胆道镜。
7. 硬式内镜：胸腔镜、腹腔镜、关节镜、宫腔镜、鼻窥镜、耳镜、椎间盘镜、脑室镜、喉镜、膀胱镜、阴道镜。
8. ECOM
9. 手术机器人（达芬奇）
10. CT/超声等引导下穿刺诊疗

#### 二、侵入性器械目录（（具体名目见设备部相关文件））





2020-2023年二院区ECMO使用情况

年份	科室	姓名	住院号	性别	年龄	ECMO上机时间	撤机时间	感染情况	文件名称	日期	格式	大小	
2020年	心内一病区	陈利琴	848394	女	78	2020年12月8日14:30分	2020年12月8日18:30分	无院感	W ~\$省人民医院侵入性操作目录及院感防...	2023/8/14 11:37	DOC 文档	1 KB	
		张立红	792128	男	39	2020年1月9 22:00	2020年1月16日 16:00	发生院感：有特异的实验室检查发现	P 6例应用体外膜肺氧合治疗危重患者的护...	2023/6/6 15:57	WPS PDF 文档	164 KB	
		周薇薇	793601	女	25	2020年1月17日 16:25	2020年1月18日 02:00	无院感	W CT引导下穿刺诊疗的医院感染预防与控...	2023/6/25 10:58	DOC 文档	15 KB	
		张用中	793819	男	56	2020年1月19日 16:00	2020年1月21日 18:00	无院感	W ECMO操作相关院感防控措施.doc	2023/6/25 10:55	DOC 文档	19 KB	
		蔡萍	794716	女	33	2020年2月4日 15:30	2020年2月10日 15:00	发生院感：有特异的实验室检查发现的肺	W 超声引导下穿刺诊疗的医院感染预防控制...	2023/6/1 9:13	DOC 文档	16 KB	
		彭佳瑜	805702	女	15	2020年4月23日 14:00	2020年4月25日 10:00	无院感	W 超声引导下穿刺诊疗的医院感染预防与控...	2023/6/25 11:00	DOC 文档	16 KB	
		袁拥军	804815	女	50	2020年4月26日 20:00	2020年5月13日 15:00	发生院感：泌尿道播	W 达芬奇机器人的“前世、今生、来世”_安...	2023/6/8 10:06	WPS PDF 文档	1,358 KB	
		朱美华	819507	女	63	2020年7月13日 06:00	2020年7月16日 13:00	发生院感：其他下呼	W 达芬奇机器人手术的医院感染预防与控制...	2023/6/25 10:57	DOC 文档	19 KB	
		柳木平	365437	男	66	2020年7月16 19:00	2020年7月19日 03:00	无院感	P 达芬奇机器人手术器械在消毒供应中心的...	2023/6/8 10:25	WPS PDF 文档	125 KB	
		莫冬梅	152653	女	50	2020年7月23 23:00	2020年8月1日 17:00	发生院感：有特异的	P 达芬奇机器人手术室的全面质量管理_陈...	2023/6/8 9:48	WPS PDF 文档	155 KB	
		李跃钦	823258	男	52	2020年7月28 18:00	2020年7月29日 11:00	无院感	P 达芬奇手术机器人复合手术室布局设计_...	2023/6/8 11:26	WPS PDF 文档	1,516 KB	
		涂小燕	823392	女	25	2020年7月30日 06:00	2020年8月4日 20:00	发生院感：依据临床	P 达芬奇手术机器人系统的临床使用与管理...	2023/6/8 11:26	WPS PDF 文档	2,337 KB	
		封凯	830821	男	31	2020年8月31日 21:00	2020年9月7日 12:00	发生院感：呼吸机肺炎	W 导尿管相关尿路感染预防与控制措施.doc	2023/6/25 11:11	DOC 文档	15 KB	
		谭伊墨	837919	女	2	2020年10月17日 20:30	2020.10.23 19:30	发生院感：呼吸机肺炎	W 附件1：手术操作目录.docx	2023/6/15 9:08	DOCX 文档	727 KB	
		余建辉	840176	女	33	2020年10月20日 21:01	2020年10月26日 15:0	发生院感：呼吸机肺炎	W 呼吸机相关感染预防与控制措施.doc	2023/6/25 10:52	DOC 文档	15 KB	
		陆林玲	705526	女	32	2020.10.24 3:17	2020年11月9日 15:	发生院感：呼吸机肺炎 泌尿道插管相关感染	W 湖南省人民医院侵入性操作目录及院感防...	2023/6/25 14:50	DOC 文档	123 KB	
		李爱平	845576	女	41	2020年11月18日 2:00	2020.11.25 14:00	发生院感：呼吸机肺炎 泌尿道插管相关感染	W 侵入性操作.doc	2023/5/31 10:17	DOC 文档	13 KB	
		杨新华	846099	男	61	2020年11月19日 23:00	2020年11月24日 16:	无院感	W 软式内镜相关操作医院感染预防与控制措...	2023/6/25 10:53	DOC 文档	22 KB	
		谷丽	852026	女	26	2020年12月21日 9:00		发生院感：呼吸机肺炎	W 外科手术部位感染预防与控制措施.doc	2023/6/25 11:09	DOC 文档	15 KB	
		2021	心内一病区	丁泽芝	283601	男	70	2021年1月12日9点18分		无院感	W 血管导管相关血流感染预防与控制措施.d...	2023/6/25 11:10	DOC 文档
熊天泰	858891			男	23	2021年2月1日19:30分	2021年2月8日19:30分	无院感	W 血液透析中心医院感染预防与控制措施.d...	2023/6/25 10:51	DOC 文档	32 KB	
易庆周	858898			男	49	2021年2月3日19:30分	2021年2月6日21:50分	无院感	W 硬式内镜相关操作感染预防与控制措施.d...	2023/6/25 10:54	DOC 文档	25 KB	
肖渐海	856811			男	74	2021年2月6日21:18分	2021年2月7日18:18分	无院感					
罗立军	872952			女	58	2021年5月4日14:18分	2021年5月5日1:18分	无院感					
郭霖	909358			男	56	2021年11月12日19:00分	2021年11月12日22:00	无院感					
急诊三部ICU	龙宗兵			1304746	男	54	2021年3月23日	2021年3月30日	发生院感：呼吸机肺炎 实验室检查发现的肺				
	高先平			1308365	男	47	2021年11月7日	2021年11月14日	无院感				
	范建民			1308758	男	51	2021年12月2日	2021年12月2日	无院感				
	尹乐亮			860226	男	21	2021年2月14日17.40	2021年2月19日16.27分	实验室确认的血流感				
急诊一部	徐琼新	863000	男	33	2021年3月7日 11:41	2021年3月12日17:16分	无院感						
	张培坤	864155	男	23	2021年3月10日22:13	2021年3月11日 9:21	无院感						
	李莹	879336	女	45	2021年5月27日 19:44	2021年5月29日 21:41	无院感						
	余智辉	884516	男	63	2021年6月24日 11:48	2021年6月28日 14:50	发生院感：无症状肺						
	李长军	1025831	男	59	2021年7月21日 5:30	2021年7月23日 16:38	无院感						
	刘柔兰	890170	女	61	2021年7月29日 18:00	2021年8月4日 12:15	发生院感：手术后肺						



湖南省人民医院

湖南师范大学附属第一医院

**结束语：评审不是终点，它是不断完善管理，优化流程，提升质量的抓手和助推剂**

- **缔造基础，树立根本----千里之行，始于足下。**
- **克难奋进，达成目标----一分部署，九分落实。**
- **干在实处，永无止境----千锤百炼，再谋新篇**

感恩有你  
一路同行





岳麓山  
院区

天心阁  
院区

马王堆  
院区

蓉园  
院区

**THANKS!**



仁心仁



仁术

