

医院感染管理自查自纠报告

医院感染管理自查自纠报告（精选 13 篇）

时光在不经意中流逝，一段时间的工作已经结束了，过去一段时间的工作问题，非常值得总结，是时候好好地记录在自查报告中。那么一份详细的自查报告要怎么写呢？以下是小编帮大家整理的医院感染管理自查自纠报告（精选 13 篇），供大家参考借鉴，希望可以帮助到有需要的朋友。

医院感染管理自查自纠报告 1

按照上级指示精神，深入贯彻落实《医院感染管理办法》认真查找医疗机构在院内感染管理，报告和处置方面存在的问题，进一步加强医院感染管理，有效预防和传染病病原体，耐药菌，条件致病菌及其他病原微生物的医院感染和医源性感染。现将科里自查情况总结如下：

一、加强组织领导、保证科内感染管理工作的顺利开展。

我科认真抓好日常工作，定期、不定期对科里感染控制工作进行督促、检查，科室由专人负责本科室的监控工作，按时向院感组汇报有关情况。由于层层落实，保证了我科院内感染管理工作的顺利开展。

二、通过自查我们还存在诸多问题：

- 1、医疗废物与生活垃圾混淆不清。
- 2、诊疗处置操作后快速手消使用不及时。
- 3、处置患者时口罩佩戴不合理。
- 4、院感染登记有时漏项。

三、进一步完善制度并加强培训管理

1、科室认真学习《医疗垃圾管理办法》，并进行提问考核，做到人人明确，人人掌握。

2、加强手卫生知识培训提倡七步洗手法，讲解快速手消毒液使用方法及注意事项。

3、加强监管，处置患者时口罩正确有效佩戴。

4、各项登记本责任到人，定期、不定期检查如有漏项及时改正。

医院感染管理自查自纠报告 2

感控科按照《医院感染管理质量考核表》定期在院内（包括各社区卫生服务站）开展自查。现对本季度院感工作情况作出总结，如下。

一、制定整改措施

1、明确医院感染管理由医务科负责。医院招聘 1 名执业医师作为院感专责人员，最近参加了广东省医院协会举办的《广东省医院感染基本理论及实用技能岗位培训班暨 20xx 年医院感染管理岭南春季论坛》，经考试合格领取了医院感染管理岗位培训证书。

2、重新调整医院感染管理组织，进一步明确医院感染管理委员会、院感专责人员和各科室院感管理小组的职责；明确各职能科室，包括医务科、护理部、总务科、药剂科、检验科和防保科的职责。

3、制定医院感染管理质量考核表，每周对各科医院感染管理情况进行检查。

二、院感工作总结

1、自查情况

（1）组织机构建设。综合科落实比较好，已作出本科室控制医院感染工作计划与职责分工。

（2）严格执行无菌操作原则与操作规程。手术室的无菌观念较强。门急诊、综合科、妇产科普遍存在棉签开封后未标注开启日期、酒精、碘伏、生理盐水未标注开启日期，过期未作更换等问题，但经过自查反馈后，都得到改正。医护人员及保洁公司清洁人员未穿隔离衣、戴口罩、帽子进入产房的问题，经妇产科科主任及护士长的督促和教育，均得到较好的解决。

（3）严格执行消毒隔离制度方面。各个科室治疗车上均配备有速干手消毒剂，落实一人一针一管一带一洗手制度。各治疗室、换药室等每日紫外线消毒 2 次、每 2 周用 95%酒精擦拭，记录完善。

（4）消毒效果监测。各科室均符合要求，使用中含氯消毒剂每天进行浓度监测并有记录，使用中戊二醛灭菌剂每周进行浓度监测并有记录。

（5）医疗废物管理。防保科、妇产科、门急诊的生活垃圾桶内混

有医疗垃圾，经自查反馈后，已改正。

2、住院病例监测

已监测 45 份住院病例，其中综合内科 16 份、综合外科 9 份、妇产科 20 份，未发现院感漏报。

3、院感病例个案调查

本季度发生 4 例院感病例，其中妇产科 1 例，综合内科 3 例，均为呼吸道感染。医务科院感专职人员立即开展个案调查，核实情况。

4、医务人员职业暴露

本季度发生 3 起医务人员暴露，其中综合科 2 名护士、防保科 1 名护士。医务科已对职业暴露人员做出相应的处理，做好个案调查登记，并追踪监测。

5、院感培训

做到每季度培训一次。

6、医疗垃圾分类收集、运送与暂时贮存

各科室均做好医疗垃圾分类收集。医疗废物暂存间医疗废物存放较整齐，无污、血水外流；有明显的医疗废物警示标识和“禁止吸烟、饮食”的警示标识。医疗废物有交接记录。医疗废物运出后，能及时对暂存间进行清洁和消毒处理。

7、医院消毒供应中心

供应室工作间干净整洁，有紫外线消毒记录及擦拭记录，记录规范。每一锅高温蒸汽灭菌都有记录，并有试纸监测。

三、存在问题及建议

1、门急诊、妇产科、儿保科均未作出本科室院感小组人员的分工及院感小组工作计划。

建议：未做出院感小组的职责、明确分工、制定出工作计划的科室，请尽快落实。

2、各科室有时会出现棉签、酒精、碘伏、生理盐水未标注开启日期，过期未作更换的情况。

建议：各科室应随时注意棉签、酒精、碘伏、生理盐水是否标注开启日期，过期的是否已作更换。

3、医疗垃圾包装物、容器上无系中文标签，中文标签的内容应当包括：医疗废物产生单位、产生日期、类别及需要特别说明等。

建议：医疗垃圾包装物、容器上应系中文标签，中文标签的内容应当包括：医疗废物产生单位、产生日期、类别及需要特别说明等。

4、盛装的医疗废物超过包装物或者容器的 3/4；包装物或者容器的封口不够紧实、严密。

建议：盛装的医疗废物不要超过包装物或者容器的 3/4；包装物或者容器的封口应紧实、严密。

5、各科室未能严格执行《抗菌药物临床应用指导原则》，未能做到合理应用，按指征用药。医务科对抗菌药物的合理应用监管不到位。

建议：各科室严格执行《抗菌药物临床应用指导原则》，做到合理应用，按指征用药。医务科应加大对抗菌药物的合理应用监管力度。

6、每月的环境监测未有很好地落实。

建议：每月的环境监测应切实地落实好。

医院感染管理自查自纠报告 3

随着医学发展和医学模式的转变，医院感染在医院管理中占据了重要的地位。医院感染不但关系到医患双方的健康而且影响到医院的医疗质量。在院领导的重视和关心下，从组织落实开始，到严格管理制度，采取多种措施，使保健院的院内感染管理逐步规范化、制度化。为了今后进一步搞好院内感染管理工作，现将医院本年度院内感染控制工作总结如下：

一、领导高度重视。

保证院内感染管理工作的顺利开展院领导高度重视医院感染管理工作，院长直接担任医院感染管理领导小组组长，指导院感办开展日常工作，第一注重依法管理，按照规范开展医院感染管理工作。不断学习法律、规范，贯彻执行《传染病防治法》《消毒技术规范》《医院感染管理规范》和各项政策法规，院领导强调依法行医，规范管理。由于院领导的重视和院感办主任认真负责的管理，我院职工的法律意识和控制院内感染的意识不断强化。第二为有效的控制医院感染，保证医疗质量，院领导重视重点科室的建设，对产房、手术室、新生儿

科、检验科等重点科室严格按照医院感染管理要求配置基础设施。第三把控制高危科室的医院感染作为工作重点，经常到临床第一线了解情况并检查督促消毒隔离制度的落实，工作中发现问题和薄弱环节，及时与相关部门沟通设法解决，脚踏实地的开展工作。

二、充实保健院感染组织机构

根据卫生部规范要求逐步完善了各项规章制度，配备了专职的院感工作人员，保证了医院感染管理工作规范有序的开展。医院成立的院、部、科室三级医院感染管理网络起到了有效的职能监控作用，按照职责制订了医院感染管理质量考核标准，每月根据考核标准进行质量检查，对质量检查结果组织讨论和考核，同时根据医院感染管理方面存在问题制定改进措施，规范地开展医院感染管理工作；同时各科医院感染管理质控小组每月向院感办报告住院病人的院内感染、消毒隔离监测情况，根据科室院内感染存在问题组织医务人员讨论；各级院内感染监控人员履行了院内感染管理的相应职能，从而使院内感染管理工作进一步完善。

在医院感染管理中，规范、认真落实各项规章制度，特别是医疗废物管理制度、院内感染消毒隔离制度、一次性无菌医疗用品使用的管理制度、院内感染管理检查制度、院内感染管理教育培训制度、医院感染管理考核制度等。

三、加强院感知识培训。

提高全院职工控制院内感染意识结合本院实际，营造氛围，院感办组织开展了一系列的专题讲座和院内感染培训，并利用互联网及时了解国内外医院感染的现状和原则，控制方法的新进展，对全院医务人员人员进行预防、控制医院感染相关知识培训。20xx 年全年对我院医务人员及后勤人员培训考核 4 次，试用期人员培训考核 2 次，实习生、进修生培训考核 2 次。增强大家预防、控制医院感染意识；提高医院预防、控制医院感染水平。在全年的院内感染控制工作中，由于院领导的高度重视，及各科室的积极配合，工作开展比较顺利，取得了良好的效果。

四、进一步完善管理制度并贯彻落实

医院感染管理制度是搞好医院感染的基础和重要保证。为提高我院的院感工作质量和成效，制订了一整套科学实用的管理制度来规范医院有关人员的行为。根据《医院感染管理办法》制定我院各科室《消毒隔离管理制度》，《院内感染综合评分细则》，《院内感染自查质控反馈》，《院感质控员月考核标准》，《医院感染管理质控罚则》。定期或不定期对照我院的院感制度、规范、细则对各科室医院感染管理质量检查、评估、评分，查制度落实情况，查操作规范，从环节上层层深入。院感办定期检查制度落实情况，充分发挥制度的约束作用，使各项工作落实到实处。

感染管理办法》及卫生部《血液透析室建设与管理指南》的要求，结合我院实际情况，查阅了相关规范，参观了几家血液净化中心，请教了有关血透专家，并在上级部门及专家组的具体指导下，院感科参与了血液透析室的布局流程、设施设备规划，人员配备、各种制度规范的建立，开诊前的院感监测、消毒药械及一次性物品的索证，医护人员的培训、考核等规范要求，使之符合卫生部的有关规要求。血透室于0000年0月0日通过卫生局专家组的评审验收，9月1日正式开诊。

医院感染管理自查自纠报告 4

XX年，院感科在院领导的正确领导和全院各科室的大力支持配合下，加强医院感染管理，确保院感科各项工作的顺利开展，但仍存在着若干问题需要解决和改进。现将XX年的医院感染管理工作总结如下：

一、加强院感质控工作，特别是对重点科室和重点环节的管理和监督

1、每月根据院感检查标准对全院各科室，尤其是供应室、手术室、产房、人流室、化验室等重点科室进行不定期检查、督导，发现问题和院感隐患，及时进行书面反馈，科室找出原因，制定整改措施，院感科根据整改措施，跟踪检查改进效果。

2、加强对重点环节的监督、检查，重点抓了手卫生规范、消毒隔离制度、无菌技术操作规范以及医疗废物管理规范的落实，发现不落实的，及时反馈、制止。减少交叉感染和院感发生的机率。

3、每月对所有病房、门诊、物业保洁进行 1 次全面督导、检查，检查各科室消毒隔离、无菌技术、医疗废物管理、手卫生执行情况以及科室院感控制管理工作、发现问题和隐患及时反馈，提出整改意见，跟踪检查整改效果。

二、加强医院感染监测

1、进行环境卫生学监测，每月对全院科室进行空气、物体表面、消毒液、工作人员手等采样监测细菌生长情况及消毒灭菌效果监测，每月进行总结。

2、紫外线灯管的检测除科室测外。院感科对紫外线灯的强度每半年监测一次。

3、对压力蒸汽灭菌每周进行生物监测，每日进行预真空试验，每锅进行化学、物理检测，并记录监测结果。

4、全年灭菌效果的监测合格率为 100%，生物监测合格率为 100%，空气细菌培养合格率 90%（整改后为 100%），物体表面细菌培养合格率 99%（整改后为 100%），医务人员手细菌培养合格率 99%，（整改后为 100%）消毒液染菌量检测合格率 100%，合格率均高于去年。

三、加强医疗废物管理

重点加强了日常对医院医疗废物、污物处置的督导工作，医疗垃圾和生活垃圾严格分开，医疗废物在产生科室即分类收集，标识清楚，密闭运输，医疗废物在暂存地存放不超过 48 小时，发现问题，及时反馈、整改，确保了医疗废物管理的及时性和有效性。

四、加强院感防控知识的学习和培训

院感科每年对全院科室进行培训一次。提高了医护人员院感防控工作重要性的认识，提高了依从性。

五、存在的问题

1、全院医务人员执行手卫生规范的依从性仍然不高，各科室落实手卫生制度普遍不得力，存在院内交叉感染的隐患。

2、部分医务人员及物业人员缺乏无菌观念，执行消毒隔离制度和无菌技术不严格。学习、执行消毒隔离的依从性差，存在交叉感染的

安全隐患。

3、我院院感培训方面做得不足，准备下一年克服各种困难加强培训次数。提高医护人员院感防控工作重要性的认识，及时消除医疗隐患。

医院感染管理自查自纠报告 5

在院长和医院感染管理委员会的正确领导下，院感科认真贯彻落实《医院感染管理规范》、《传染病防治法》及《突发公共卫生事件应急条例》等法律法规，认真贯彻落实国家、省、市、县各级政府及主管部门疫情防控工作部署及文件精神，把人民群众生命安全和身体健康放在第一位，认真执行医院感染管理制度，加强医院感染环节质控、加强传染病报告及管理，并积极与各部门协调合作，有效地控制了医院感染暴发流行及疫情防控的各项工作。现将全年工作的具体情况总结如下：

一、把新型冠状病毒疫情防控作为科室主要工作

自新型冠状病毒疫情暴发以来，能充分认识疫情防控工作的严峻性、复杂性和艰巨性，积极承担疫情防控的职责。院感科全部人员全身心投入到疫情防控工作中，始终坚守岗位，一直以来没有休息日，直到疫情好转，每日指导巡视在抗疫第一线，积极完成院部及上级部门交给的疫情防控的各项任务，并切实防控了院内感染的发生。

1.加强培训

2、积极配合设备科管好用好防疫防护物资，出台相关规定，按风险等级合理规范标准使用防护用品，不仅全方位保证风险医务人员的安全，又避免过度使用或浪费防护物质。

3、加强全院在疫情期间的医院感染控制。从疫情开始，院感科所有人员全部无休息日，全力奋战在抗疫第一线，先后先发疫情期间消杀方案、医废处置规定及预案、防护用品穿脱流程、疫情防控应急感染防控流程、消毒流程等。每天去预检分诊、体温测量处、发热门诊、隔离留观室、CT室、检验科、各病区指导疫情防控工作，并督促各科室进行风险评估和持续改进。

二、继续完善各项制度。

继续完善医院感染、消毒隔离、监测等各项制度，进一步落实了各种消毒隔离制度和医院感染管理制度，进一步完善了医院感染预防控制的标准操作流程，完善了一次性使用无菌医疗用品的管理制度和措施、医务人员个人防护措施等。院感科定期督查制度落实情况，充分发挥制度的约束作用，使各项工作落实到实处。

三、在疫情防控工作中把指导临床、服务于临床为抓手

积极主动加强与临床医师的沟通，针对少数医生对院感诊断、传染病诊断概念不清问题，耐心督导各临床医师积极学习培训内容，掌握新冠防控技术指南、院感防控指南及传染病诊断的各项要求，指导医生规范诊疗行为、规范诊疗技术操作、规范个人防护，引导医生从思想上重视疫情防控的各项工作，把疫情防控和院感防控落实到实际诊疗工作中的每一个细节；积极做好每日一巡查工作，及时收集院感及发热病人信息，谨防遗漏疫情的发生。

四、加强院感监测。

全年监测病例约 26392 多例；出现多重耐药菌监测病例 57 多例；抗菌药物使用人数 10297 多人次，其中使用一联 8051、二联 2026、三联 220 多人次；一类切口手术预防用抗菌药物 1028 人次；出现院感病例 4 例；环境监测 758 次，合格率 98.5%；同时还进行了三管目标性监测。院感科每月不定期对各科室院感工作督查一次，针对自查、督察、检查中发现的问题进行原因分析、总结、通报，积极整改，对亮点予以表扬。每季度编辑院感通讯一册。对季度内院感病例、监测数据、抗菌药物使用、职业暴露等汇总并通报。

五、加标准预防及医务人员手卫生工作

1、遵循消毒隔离与标准预防原则，各科室严格执行无菌技术操作、消毒隔离工作制度、职业暴露防护制度，各种治疗、护理及换药操作按照规程进行。

2、加强了非结核分枝杆菌医院感染预防与控制工作，使用中的吸氧湿化瓶、雾化器、早产儿暖箱等每日清洁消毒，更换无菌液，用后终末消毒、干燥保存。

3、落实医院环境卫生监测制度。科室每月自测，院感科每季度对

重点科室监测。各科室监测登记资料基本及时、准确，监测结果出现不合格时，积极查找原因，采取对策，确保消毒灭菌效果和医疗安全。每季度对各科室和重点院感部门的消毒隔离及监测工作有通报和整改意见。

4、加强卫生安全防护工作，保障医务人员安全，尤其加强了标准预防的培训学习。

5、加强了手卫生宣传和管理，全体医务人员认真执行手卫生规范，不断提高手卫生依从性。不定期抽查抽考医务人员手卫生知识和洗手，大家的手卫生依从性都有所提高。

深刻认识存在的问题明确工作方向。上半年我院院感管理工作有序进行，取得了一定的成绩，管理工作日趋规范，对于好的方面，我们将继续发扬光大。然而存在的问题却不容忽视，下半年将加倍努力工作，使院感管理工作更加有序规范。

医院感染管理自查自纠报告 6

在院领导的正确领导和大力支持下，在院感委员会的指导下，全院医护人员积极参与医院感染监控工作，各临床科室医师对所有住院患者进行医院感染前瞻性调查，发现院内感染能及时、准确报告，同时院感科也加强院感病例上报管理，出现医院感染病例时，加强监测与控制，无院感流行事件发生。常规依托护理部进行消毒隔离质量督查、无菌技术督查并反馈，协同医务科、护理部，配合院领导做好医疗安全管理工作。每季度在院长的主持下召开一次院感委员会会议，发布一次院感简讯。

院感管理在 20xx 年度进行了以下工作：

一、根据院感安全生产要求细化院感质量管理措施

根据医院“安全生产”和“质量管理”的要求，完善了医院感染的质量控制与考评制度，细化了医院感染质量综合目标考核标准，根据综合目标进行督查反馈，全面检查和梳理有关医院感染预防与控制的各方面工作，认真排查安全隐患，为保证院感安全，切实抓好院感重点部门、重点部位、重点环节的管理，特别是手术室、消毒供应室、口腔科、胃镜室、检验科等重点部门的医院感染管理工作;又制定了重

点部位、重点环节的防治院内感染措施，院感科常规进行督查和指导，防止院感在院内暴发。

二、根据传染病的管理要求加强传染病的院感防控

在手足口并甲型 H1N1 流感流行期间，进一步加强预检分诊台、儿科门诊、内科门诊、发热门(急)诊等重点场所的管理，认真贯彻落实手足口并甲型 H1N1 流感医院感染控制要求，加大医院感染防控力度，规范工作程序，特别是对全院医务人员以及工勤人员，加强了手足口并甲型 H1N1 流感等传染病的防治和自身防护知识的培训，严格落实了院感防控和个人防护措施，防止发生院内交叉感染，积极配合有关部门，共同做好疫情防控工作。

三、根据院感管理要求，做好病例回顾性调查

20xx 年全院共出院 2873 例病例，根据质量管理要求，院感科进行病例质量督查及回顾性的调查，归档病例覆盖率 100%，结果表明：医院感染率 1.2%，例次感染率 1.3%。发生医院感染的科室依次为：内二科医院感染发生率为 2.5%，骨伤科医院感染发生率为 1.1%，外科医院感染发生率为 0.3%，内一科医院感染发生率为 0.3%。感染好发部位依次为：下呼吸道感染感染率 0.30%;上呼吸道例次感染率 0.30%;泌尿道例次感染率 0.25%;胃肠道例次感染率 0.25%;医院清洁手术切口感染率为 0%。医院感染好发病种依次为：神经系统疾病类，例次感染率 10.28%;内分泌类疾病类，例次感染率 2.30%;循环类疾病，例次感染率 0.98%，泌尿生殖系统类疾病，例次感染率 1.39%，肌肉骨骼系统类疾病，例次感染率 1.15%，。各危险因素调查发现：糖尿病例次感染率 2.91%，慢性病例次感染率 1.35%，高龄例次感染率 1.27%。

四、环境卫生学、消毒灭菌效果及手卫生监测情况

为规范全院各项消毒灭菌工作，预防院内感染，xx 年度院感科加强院感采样监测，对全院各科室进行了消毒灭菌效果监测，同时加强对手术室、胃镜室、口腔科、供应室、细菌室等高危区的环境卫生学监测及医务人员手卫生的监测。全年全院共采样 358 份，其中空气采样培养 56 份，物体表面采样培养 41 份，医护人员手采样培养 41 份，

消毒液采样培养 47 份，消毒物品采样培养 12 份，无菌物品采样培养 137 份，高压消毒灭菌效果监测 24 份，合格率 100%。本年度市疾控中心对我院进行采样监测 23 份，合格率 100%。

对全院各临床科室、医技科室、门诊科室使用中的紫外线灯管强度进行了监测，共监测各种类型的紫外线灯管 29 根，发现不合格及时更换，使其合格率达 100%。

五、加强对抗生素使用的管理

按照《抗菌药物临床应用指导原则》和《安徽省实施〈抗菌药物临床应用指导原则〉管理办法》等规定，为加强抗菌药物临床使用的管理，我院制定了抗菌药物临床应用分级、分线管理制度，各临床科室结合自身实际情况，制定具体落实措施。

医院感染管理科积极参与临床合理使用抗菌药物的管理，制定了抗菌药物临床应用管理制度，加强抗菌药物应用的督查，并每月向全院通报结果。全院抗生素使用情况如下：全年全院共出院 2873 例病例，使用抗生素者 931 例，二联及以上使用者 367 例，菌检者 236 例，抗生素使用率 32.4%，二联及以上使用率 39.4%，菌检率 25.3%。并每季度将细菌病原学监测与细菌耐药监测情况分析汇总公布，为临床医生合理使用抗生素提供可靠的帮助。

六、加强了医疗废物管理

院感科不断完善各项规章制度，明确各类人员职责，落实责任制，加强医疗废物管理并常规督察，发现问题及时整改并反馈并对工勤人员进行培训，使我院医疗废物的分类、收集、贮存、包装、运送、交接等做到规范管理，严防因医疗废物管理不善引起感染暴发。

七、院感培训及考核

全年进行 9 次医院感染知识培训，参加人员包括全院医务人员及工勤人员，共 246 人次。培训内容为：院感基础知识培训，手足口病消毒隔离知识培训，工勤人员的职业防护及消毒隔离知识培训，甲型 H1N1 流感的院感控制及消毒隔离知识培训，医务人员手卫生规范培训，新上岗的医护人员岗前培训等。对 5 位新上岗医护人员进行了培训考核，合格后上岗。

八、前瞻性调查及漏报率调查

依托全院医护人员，对所有住院病例进行了前瞻性调查，以便发现院感病例及时上报。院感科于第三季度对全院现病例进行了全面横断面调查，方法是：调查某一天 8AM 时全院总的全部在院病例（包括出院病例，不包括入院病例），全院共住院病人 64 人，调查 64 人，接受调查率 100%。其结果现患率为 0，无院感漏报。上半年对 3 月份归档 236 份病例进行了漏报率调查，漏报率为 0。

九、消毒药械及一次性使用无菌医疗用品的管理

为加强消毒药械及一次性无菌医疗用品的管理，20xx 年院感科对其使用进行常规督查及定期抽查。对消毒药械及一次性使用的无菌医疗用品的抽查是每季度一次，全年共抽查 4 次，方法是从临床各科室采样，到药械科索证。全年共索证 45 份，结果各证齐全，全部合格。

十、配合医院开拓新项目成立血液净化中心

我院申请开设血液净化中心后，在院部的领导下，在集团的大力支持下，在各部门的通力协作下，院感科也积极参与了血液净化中心的筹建工作。根据《医院感染管理办法》及卫生部《血液透析室建设与管理指南》的要求，结合我院实际情况，查阅了相关规范，参观了几家血液净化中心，请教了有关血透专家，并在上级部门及专家组的具体指导下，院感科参与了血液透析室的布局流程、设施设备规划，人员配备、各种制度规范的建立，开诊前的院感监测、消毒药械及一次性物品的索证，医护人员的培训、考核等规范要求，使之符合卫生部的有关要求。血透室于 xx 年 x 月 x 日通过卫生局专家组的评审验收，x 月 x 日正式开诊。

医院感染管理自查自纠报告 7

一、政治思想方面

全科人员在邓院长的领导下，掀起了“爱岗敬业、以院为家”的热潮，我科人员积极响应院里各项号召，遵规守制、献计献策，时时刻刻与医院保持一致，经常参加院里各种学习和培训，人人有笔记，通过学习、使全科人员的政治素质有了提高，同时也增加了工作责任心和事业感，提高了工作效益和工作质量。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/286003224010010051>