

广东省卫生健康委员会

粤卫医办函〔2019〕35号

广东省卫生健康委办公室关于印发广东省 医疗机构急诊科感染防控指引等6个 感染防控指引的通知

各地级以上市卫生健康局（委），部属、省属驻穗医药院校附属医院，委直属医院，省疾病预防控制中心、省卫生监督所，相关质量控制中心：

为进一步加强我省医疗机构感染防控工作，确保医疗安全，我委组织制定了《广东省医疗机构急诊科感染防控指引》《广东省医疗机构消毒供应中心感染防控指引》《广东省医疗机构手术室感染防控指引》《广东省医疗机构感染（传染）科医院感染防控指引》《广东省医疗机构重症医学科感染防控指引》《广东省医疗机构口腔科感染防控指引》，现印发给你们，并提出如下要求，请一并贯彻执行。

一、各级各类医疗机构要按照上述指引，建立感染防控工作落实情况台账制度，将工作细化，落实到具体科室和具体负责人，切实履行医院感染自我管控主体责任。

二、各质量控制中心要充分发挥行业自律作用，每半年要向

同级卫生健康行政部门报送质量控制情况书面报告，从专业技术角度提出风险防范措施建议，做好技术支撑工作。

三、各级卫生健康行政部门要建立健全医院感染综合监管机制，建立卫生监督机构、疾病预防控制中心、质量控制中心协同运行机制，将未按照指引落实责任的行为纳入医疗机构、医务人员不良执业行为记分管理。

四、各级卫生健康行政部门和卫生监督机构要依据指引加强监督管理和专项监督执法，督促医疗机构落实自我管理主体责任，严厉惩戒违法违规行为，确保辖区内医疗卫生机构落实感染防控工作，维护群众健康权益。

- 附件：1. 广东省医疗机构急诊科感染防控指引
2. 广东省医疗机构消毒供应中心感染防控指引
3. 广东省医疗机构手术室感染防控指引
4. 广东省医疗机构感染（传染）科医院感染防控指引
5. 广东省医疗机构重症医学科感染防控指引
6. 广东省医疗机构口腔科感染防控指引

The seal of the Guangdong Provincial Health Commission is circular, featuring a five-pointed star in the center. The outer ring contains the text '广东省卫生健康委员会' (Guangdong Provincial Health Commission) at the top and '广东省卫生健康委员会办公室' (Office of the Guangdong Provincial Health Commission) at the bottom.
广东省卫生健康委员会办公室
2019年8月22日

附件 1

广东省医疗机构急诊科感染防控指引

为切实做好医疗机构急诊科的感染预防控制工作，坚持以人民健康为中心，确保感染防控管理各项工作落实到位，有效防范感染事件的发生，根据国家卫生健康委有关规定，结合我省实际，特制定本工作指引。

一、基本要求

（一）医护人员。

1.急诊科医生和护士都应通过相应的培训考核，并获得相应执业资质，具备较强的敏感意识与救治能力。

2.医疗机构急诊科按要求在数量和质量上配足医护人员，急诊科应当有固定的急诊医师与护士，且不少于在岗的急诊医生、护士的 75%，医师护士梯队结构合理。

3.医疗机构应为医务人员提供充足、必要、符合要求的消毒和防护用品，确保消毒、隔离和个人防护等措施落实到位，保障医务人员的职业健康。

（二）布局流程。

1.急诊科入口应当通畅，设有无障碍通道，方便轮椅、平车出入，并设有救护车通道和专用停靠处。有条件的可分设普通急诊患者、危重伤病患者和救护车出入通道。

2.急诊科应当有醒目的路标和标识，以方便和引导患者就诊，与手术室、重症医学科等相连接的院内紧急救治绿色通道标识应当清楚明显。

3.急诊科应当明亮，通风良好，候诊区宽敞，就诊流程便捷通畅，建筑格局和设施应当符合医疗机构感染防控管理的要求。

4.急诊科与普通门诊、儿科门诊分开，设单独出入口和隔离室。有条件的医院儿科急诊和其他急诊相对分开。

5.急诊科应当设医疗区和支持区。医疗区包括分诊处、就诊室、治疗室、处置室、抢救室和观察室，三级综合医院和有条件的二级综合医院应当设急诊手术室和急诊重症监护室；支持区包括挂号、各类辅助检查部门、药房、收费等部门。

（三）规章制度。

1.各医疗机构要结合实际制定符合急诊科感染防控的相关规章制度并严格执行。

2.急诊科至少每季度须进行感染防控管理质量自查，对发现问题进行改进，并有记录。

二、感染预防与控制方面

（一）预检分诊。

1.医疗机构应严格执行《医疗机构传染病预检分诊管理办法》的规定，根据本机构的服务特性建立相应的预检分诊制度。

2.急诊科的医师在接诊过程中，应注意询问患者有关的流行病学史、职业史、外出旅游史等，结合患者的主诉、病史、症状

和体征等对来诊的患者进行传染病的预检。

3.医疗机构应根据传染病的流行季节、周期、流行趋势和卫生行政部门发布的各类传染病预警信息，或者按照当地卫生行政部门的要求，加强各有关传染病的预检、分诊工作。

4.医疗机构不具备传染病救治能力时，应及时按相关规定要求将患者转诊到具备救治能力的医疗机构诊疗。

5.预检、分诊点（处）应配备体温计（枪）、手卫生设施与用品、个人防护用品和消毒产品等，以便随时取用。

（二）防护要求。

1.工作人员应掌握个人防护用品使用方法和注意事项。

2.从事预检、分诊的工作人员接诊患者时，应穿工作服、戴帽子、外科口罩等。如怀疑患者患有传染病时，应依据其传播途径选择并使用正确的防护用品，并指导患者使用适宜的防护用品，防护用品应符合国家相关标准要求。

3.医务人员在诊疗、护理操作过程中，应遵循标准预防措施。

（三）隔离要求。

1.经预检分诊为传染病患者或者疑似传染病患者应当将患者分诊至感染性疾病科或医院指定科室就诊，同时对接诊处采取必要的消毒措施。

2.疑似传染病患者和确诊传染病患者应分开放置，疑似传染病患者应安置在单人隔离房间。同种病原体感染的患者可安置于

一室，床间距宜大于 1.1 米。

3.隔离患者应按要求严格限制探视，同时按照规定对患者的陪同人员和其他密切接触人员采取观察和其他必要的预防措施。

4.如为不明原因肺炎、SARS、人感染禽流感等重大传染病的患者应按相关规定要求转到定点医院救治。

5.转诊传染病患者或疑似传染病患者时，应当使用规定的专用救护车并做好防护措施，救护车使用后进行终末消毒，并将有关情况如实告知接收医院。

6.救护车的消毒。

(1)救护车物品摆放有序、无菌和非无菌物品要分别放置，车厢保持清洁，车上物品在有效期内使用。

(2)车厢内空气消毒。开窗通风，或无人情况下紫外线照射消毒。

(3)使用后对救护车内的担架、扶手、救护车地面进行擦拭消毒。如被血液、体液、排泄物等污染应先清除污物，再用 1000mg/L 的含氯消毒剂擦拭消毒。

(4)如转运疑似或确诊传染病患者后，使用 1000mg/L 含氯消毒剂对救护车物品表面、车厢内外壁、空调出风口、地面等进行擦拭消毒。

(5)救护车的床单、枕套、被套一人一用一更换。

(四) 消毒灭菌要求。

1.在实施标准预防的基础上，根据急诊患者就医特点以及疾

病不同的传播途径采取相应的消毒措施。

2.所有诊室必须设置流动水洗手设施，应有醒目、正确的手卫生标识，包括洗手流程图或洗手图示等；备有速干手消毒剂进行卫生手消毒。

3.各诊室应定时通风，如通风条件受限，应做好空气的消毒，保持空气的洁净，要定期对空调出、入风口进行清洁和消毒。

4.对诊室的诊疗桌、诊疗椅、诊疗床等每天清洁，遇污染时应及时进行清洁与消毒。

5.与患者皮肤直接接触的诊疗床单、诊疗巾要一人一用一更换。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。

6.所有急救器材必须在有效期内使用。做到一人一用一消毒或灭菌，并且规范保存。

7.隔离单元物体表面和地面每天用含有效氯 1000mg/L 消毒液擦拭 2 次。

8.患者使用的吸氧装置、雾化吸入器、氧气湿化瓶、呼吸机面罩等应一人一用一消毒，用后送消毒供应中心进行清洗、消毒，并干燥洁净保存。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按医院规定送消毒供应中心进行清洗、消毒。

9.医务人员在侵入性操作时必须严格执行无菌操作规程。

10.应做好医疗废物的分类，隔离的（疑似）传染病患者产

生的垃圾及时放入医疗废物袋内，防止污染环境。

11.患者出院、转院或死亡后，严格执行终末消毒。

（五）报告要求。

1.严格按照《医院感染管理办法》《医院感染暴发报告及处置管理规范》要求对医疗机构感染暴发进行报告。

2.县级卫生健康行政部门接到报告 24 小时内，需组织有关专家对是否出现新发传染病或出现医疗机构院内感染，以及本辖区该类疾病发病情况、辖区救治能力等进行研判，并将研判结果书面报上一级卫生健康行政部门。

三、感染监测方面

（一）医疗机构。

1.日常开展急诊科医院感染目标性监测，根据监测结果分析问题并加以改进。

2.发现传染病患者应及时采集标本送检，配合疾病预防控制中心收集标本，网上填写传染病报告卡，医院感染管理部门进行网络直报并电话报告辖区疾病预防控制中心。

（二）医院感染管理质控中心。

各级医院感染管理质控中心充分发挥专业组织作用，根据急诊传染病特征制定感染防控规程，协助行政部门开展人员培训、指导评估、督导考核等工作，促进感控水平的持续提升。对于发现的薄弱环节及风险隐患，要立即督促整改。

（三）各级疾病预防控制中心建立监测与指导机制。

（四）及早研判预警，加强对辖区内医疗机构急诊传染病感染风险的监测、分析研判、预警等技术指导，并及时反馈至医疗机构。

四、人员培训方面

（一）急诊科感染防控小组应每年制定培训计划。依据工作人员岗位特点开展有针对性培训，熟悉相关流程规范；并根据传染病流行情况及时进行相应培训。

（二）定期开展传染病流行暴发应急演练，并进行考核。

广东省医疗机构消毒供应中心 感染防控指引

根据 WS310.1、WS310.2、WS310.3 等卫生行业标准的要求，各医疗机构要高度重视消毒供应中心（CSSD）管理工作。CSSD 采取集中管理的方式，对所有需要消毒或灭菌后重复使用的诊疗器械、器具和物品由 CSSD 负责回收、清洗、消毒、灭菌和供应，保证医疗质量，预防和控制医院感染。结合《广东省医疗机构 CSSD 考核细则》、《广东省医疗机构 CSSD 质量评价项目》及《消毒供应中心十大安全目标》，特制定本工作指引。

一、实行 CSSD 集中管理的方式是医院感染防控基本要求

（一）医院采取集中管理的方式。对所有需要消毒或灭菌后重复使用的诊疗器械、器具和物品由 CSSD 负责回收、清洗、消毒、灭菌和供应。如院区分散、CSSD 分别设置，或现有 CSSD 面积受限，已在手术室设置清洗消毒区域的医院，其清洗、消毒或灭菌工作集中由 CSSD 依据 WS310.1 ~ WS310.3 进行规范处置。主管职能部门制定落实 CSSD 集中管理的方案与计划，研究、解决实施中的问题，定期进行质量分析，开展质量持续改进工作，保障医疗安全（CSSD 院感防控检查指引见附件 2-1）。

（二）CSSD 的建筑面积与区域布局，与本机构的规模、任

务相适应。建筑布局分为辅助区和工作区，工作区域包括去污区、检查包装及灭菌区和无菌物品存放区。物品由污到洁，不交叉、不逆流。空气流向由洁到污；采用机械通风的，去污区保持相对负压，检查包装及灭菌区保持相对正压。医院 CSSD 的新建、扩建和改建，应遵循医院感染预防与控制的原则，进行充分论证。

（三）CSSD 的清洗消毒设备设施、检查包装设备、灭菌设备、耗材要求及防护用品配置符合 WS310.1 的相关要求。包装材料的检测报告，应符合 GB 19633 和 YY/T 0698 相关标准。一次性耗材不能重复使用。

（四）应根据消毒供应集中管理的工作量及各岗位需求，科学、合理配置具有职业资格的护士、技术人员、消毒员和其他工作人员。各岗位工作人员应接受与其岗位职责相应的岗位培训，院感知识培训。应建立继续教育制度，根据专业进展，开展培训，更新知识，确保消毒供应质量。

（五）CSSD 制定并实施有关规章制度和工作规范。对手术器械、外来医疗器械、硬式内镜手术器械和内眼手术器械实行专岗负责，确保责任到人、工作到位。

（六）医院采购新器械和首次使用外来医疗器械时，进行医疗安全风险评估（风险评估流程见附件 2-2）。

（七）采用其他医疗机构 CSSD 提供消毒供应服务的医疗机构，管理符合 WS310.1 的标准要求。设专人负责诊疗器械回收、运输、清洗、消毒、灭菌操作流程等进行安全风险评估，建

立交接与质量检查及验收制度；签订协议，明确双方的职责。不得接受非医疗机构的其他消毒供应机构提供消毒供应工作。

二、严格遵循 WS310.2 清洗消毒及灭菌技术操作规范，重点防控高度危险性器械的感染风险

(一) 诊疗器械、器具和物品使用后清洗、消毒、灭菌的基本原则。

1. 进入人体无菌组织、器官、腔隙，或接触人体破损的皮肤和黏膜的诊疗器械、器具和物品应进行灭菌。

2. 接触完整皮肤、黏膜的诊疗器械、器具和物品应进行消毒。

3. 被朊病毒、气性坏疽及突发原因不明的传染病病原体污染的诊疗器械、器具和物品，应执行 WS/T367 的规定。

4. 应遵循标准预防的原则进行清洗、消毒、灭菌，CSSD 人员防护着装要求应符合 WS310.2 附录 A 的规定。

(二) 正确选择灭菌方式和灭菌程序，确保灭菌质量。

1. 灭菌耐湿、耐热的器械、器具和物品，应首选热力消毒或灭菌的方法。应根据待灭菌物品选择适宜的压力蒸汽灭菌器和灭菌程序。快速压力蒸汽灭菌程序不应作为物品的常规灭菌程序，应在紧急情况下使用，使用方法应遵循 WS/T367 的要求。

2. 管腔器械不应使用下排气压力蒸汽灭菌方式进行灭菌。

3. 设备、器械、物品及耗材使用应遵循生产厂家的使用说明或指导手册。

4. 外来医疗器械、贵重及精密器械的灭菌方法和参数应遵循

生产厂家的使用说明或指导手册，并符合规范要求。

(三) 根据手术器械的类型和特点制定技术规程或图示，有效控制高度感染环节，保证清洗消毒及灭菌质量，避免消毒或灭菌失败事件发生。

1.及时回收及供应手术器械，提供手术器械再处理质量和供应效率，满足临床需要。

2.外来医疗器械及植入物医院管理要求。医院应以制度明确相关职能部门、临床科室、手术室、CSSD 在植入物与外来医疗器械的管理、交接和清洗、消毒及灭菌过程中的责任。并与器械供应商签订协议，要求其做到：提供植入物与外来医疗器械的说明书(内容应包括清洗、消毒、包装、灭菌方法与参数)；应保证足够的处置时间，择期手术最晚应于术前日 15 时前将器械送达 CSSD，急诊手术应及时送达；使用后应经 CSSD 清洗消毒方可交还；对 CSSD 人员进行植入物与外来医疗器械处置的培训。

3.CSSD 应根据手术通知单接收外来医疗器械及植入物；依据器械供应商提供的器械清单，双方共同清点核查、确认、记录签名。应遵循器械供应商提供的清洗、消毒、包装、灭菌方法和参数，建立操作规程，以文字和图示清晰表达。遵照 WS310.2 和 WS310.3 的规定清洗、消毒、灭菌与监测。(见附件 2-3)

4.需要灭菌的硬式内镜的清洗、消毒、灭菌工作应由消毒供应中心(CSSD)集中管理，医疗机构要高度重视微创手术感染风险，做好对硬式内镜再处理的管理。CSSD 要提高处理硬式内镜

手术器械的水平，科学优化工作流程，提高供应效率，建立操作规程（见附件 2-4）。

三、清洗消毒及灭菌效果监测，及时发现潜在风险，确保医疗安全

（一）CSSD 应专人负责质量监测工作。对器械、器具和物品清洗质量、消毒质量和灭菌质量进行日常监测和定期监测。清洗质量不合格临床不得使用，返回 CSSD 重新处理。灭菌质量采用物理监测法、化学监测法、生物监测法和观察有无湿包，结果应符合 WS310.3 的要求，并记录。物理监测和生物监测不合格，灭菌包不得发放和使用，按照 WS310.3 要求，尽快召回上次生物监测合格以来所有尚未使用的灭菌物品，重新处理。同一炉次多个灭菌包内化学指示物不合格，建议停止发放，分析原因，采取改进措施。

（二）首次灭菌外来医疗器械、植入物、硬质容器、超大超重包时，在灭菌包内最难灭菌位置放生物指示物和第五类化学指示物，对灭菌参数及有效性进行测试，并进行湿包检查。结果合格，方可接收处理。

（三）遵循设备说明书操作。医院设备管理部门和 CSSD 应遵循设备生产厂家的使用说明或指导手册对清洗消毒器、封口机、灭菌器定期进行预防性维护与保养、日常清洁和定期性能检测，预防清洗灭菌失败，导致的院感事件。

（四）医院职能部门对 CSSD 进行指导和监督。医院感染管

理部门、CSSD 主管职能部门应对 CSSD 定期进行检查与评价。对 CSSD 清洗、消毒、灭菌工作和质量监测进行指导和监督，定期进行检查与评价。

（五）医院感染部门协调 CSSD 对医源性感染的分析。发生可疑医疗器械所致的医源性感染时，医院感染管理部门要组织、协调 CSSD 和相关部门进行调查分析，提出改进措施。建立灭菌失败的召回处理流程。

（六）根据 CSSD 特征制定感染防控规程。协助行政部门开展人员培训、指导评估、督导考核等工作，促进感控水平的持续提升。对于发现的薄弱环节及风险隐患，要立即督促整改。

消毒供应中心（CSSD）院感检查指引

评价项目		评价结果				备注
		优良	合格	不合格	不适用	
1. 建筑布局	1.1 建筑面积及布局合理满足工作需要，符合院感防控原则。					
	1.2 去污区、检查包装及灭菌区分别设人员缓冲间（区），进出通道保持常闭。					
	1.3 工作流程从污到洁，无交叉、无逆流，区域物品放置简洁有序，照明满足需求。					
2. 集中管理	集中管理					注：2.1 部分接受手术室器械或手术室人员在 CSSD 处理，评价不合格。
	2.1 手术室器械全部集中管理。					
	2.2 植入物与外来医疗器械。					
	医院管理制度健全，与器械供应商签订协议，每套器械附产品说明书。					
	CSSD 首次接收时，对灭菌参数和有效性进行测试，并进行湿包检查。					
	依据器械清单和说明书，建立接收处理的操作规程。					
	2.3 硬性内镜器械：接收 <input type="checkbox"/> 未接收 <input type="checkbox"/> 部分接收 <input type="checkbox"/>					
2.4 眼科器械：内眼器械清洗方法 <input type="checkbox"/> 超声乳化手柄灭菌方式（A 类空腔） <input type="checkbox"/>						
2.5 外送至其它医疗机构处理：资质审核 <input type="checkbox"/> 签订服务协议 <input type="checkbox"/> 安全风险评估 <input type="checkbox"/> 质量评价反馈 <input type="checkbox"/> 污染器械暂存间 <input type="checkbox"/> 灭菌物品接收发放间 <input type="checkbox"/> 交接制度 <input type="checkbox"/>						
3. 院感防控质量管理	3.1 建立岗位职责、操作规程、消毒隔离、质量管理、监测、设备管理、器械管理及职业安全防护等管理制度和突发事件的应急预案。					
	3.2 不良事件管理制度及报告流程和质量管理追溯制度。					
	3.3 建立工作质量评价指标（清洗质量指标 <input type="checkbox"/> 包装质量指标 <input type="checkbox"/> 灭菌质量指标 <input type="checkbox"/> ）定期进行统计分析，并制定整改措施。					
	3.4 消毒后直接使用物品应每季度进行监测，每次检测 3-5 件有代表性的物品，不合格有原因分析及持续质量改进。					
	3.5 建立临床联系制度。定期了解临床的需要、听取科室意见和反馈，并有记录。 根据临床需要调整排班模式，排班符合临床需要。					
	3.6 采用数字化信息系统进行管理，做到质量可追溯，发生灭菌失败事件，可召回。					
	3.7 根据器械相关感染风险的特点，开展医院感染、手术器械知识、专业技术等的专项培训，定期考核培训效果并记录。					

消毒供应中心（CSSD）院感检查指引

评价项目		评价结果				备注
		优良	合格	不合格	不适用	
4. 去污区管理	环境管理					
	4.1 物表环境清洁、无杂物、地面无积水；回收用具使用后清洗、消毒，干燥保存，放置整齐。					
	质量管理					
	4.2 正确选用清洗剂、除锈剂、保湿剂、润滑剂。					
	4.3 根据各类器械清洗消毒的要求和特点，结合本院实际情况，建立正确清晰可操作性强的操作规程、指引与质量标准。					
	4.4 手术器械及时回收。除朊病毒、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、器具和物品外，遵循先清洗后消毒原则。					
	4.5 建立去污区工作质量评价指标：漏收、器械损坏、缺失、投诉、其他。					
	设备管理					
	4.6 设备设施配置：清洗消毒器、超声清洗机、水枪、气枪、干燥设施。					
	4.7 建立设备操作规程、日常维护，年度性能检测。					
4.8 操作人员正确选择清洗程序，知晓机械清洗程序的步骤：初洗□ 主洗□ 漂洗□ 消毒（温度□ 时间□）干燥□，并做好每批次物品和程序运行记录。						
5. 包装及灭菌区管理	质量管理					
	5.1 进入包装区的人员、物品及器械均应是清洁的，区域内使用的容器及运载车专区使用。					
	5.2 专人负责对器械进行清洗质量检查并记录 日常清洁检查方法：目测□ 目测+放大镜□					
	5.3 各类器械清洁检查、功能测试、组合与包装有操作指引和质量标准。					
	5.4 手术器械做好保养，包装时实行二次检查双人复核并签名。					
	5.5 带电源器械应进行绝缘性能等安全性检查。					
	5.6 操作者遵循操作指引和质量标准，落实清洗质量检查、功能测试方法、核对器械种类、规格和数量等。					
	5.7 器械组合与包装、装载符合 WS310.2 要求。					
	5.8 待灭菌物品应有包外化学指示物，高度危险物品包内中心部位应有包内化学指示物。					
	5.9 待灭菌物品包外有标识，标识项目正确。					
	5.10 消毒员持证上岗，灭菌器运行中操作者不脱岗。对灭菌参数判断正确，记录能反映灭菌器运行情况。正确选择灭菌方式和灭菌程序，管腔器械不应使用下排气灭菌程序。					
5.11 每月统计器械清洗合格率、包装质量合格率（闭合/密封性能完好、标识正确、化学指示物使用正确、器械数量规格准确等）。						

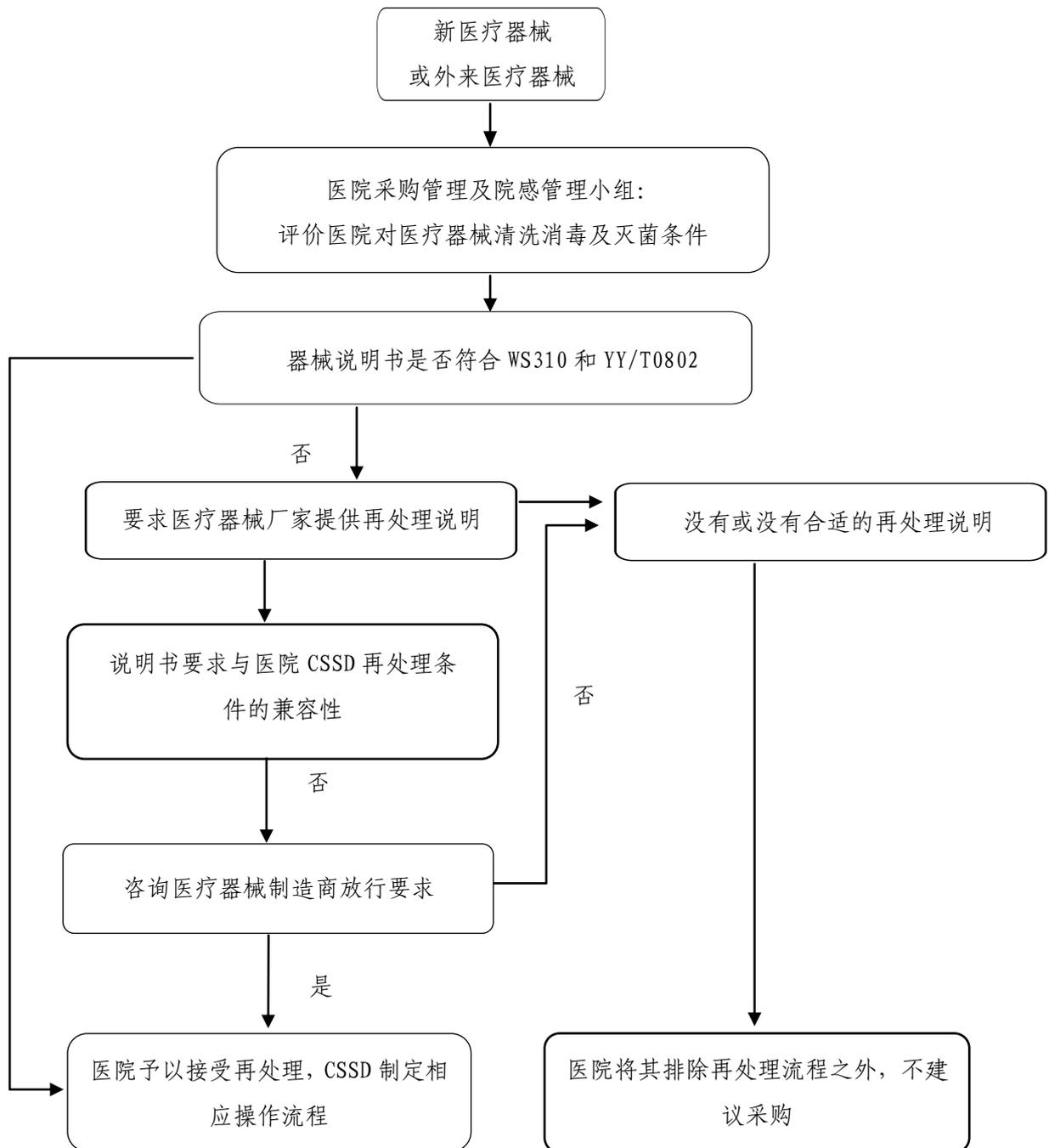
消毒供应中心（CSSD）院感检查指引

评价项目		评价结果				备注
		优良	合格	不合格	不适用	
6. 无 菌 物 品 存 放 区 管 理	区域管理					
	6.1 无菌物品存放区环境及存放架清洁 <input type="checkbox"/> 物品放置有序 <input type="checkbox"/> ，灭菌、消毒等物品分架放置，标识正确清晰 <input type="checkbox"/> ，室内温度低于 24℃，相对湿度低于 70% <input type="checkbox"/>					
	6.2 运送工具每天清洁、干燥存放 <input type="checkbox"/>					
	设备管理					
	6.3 生物阅读器。建立操作规程，生物指示剂存放符合说明书要求，并在有效期内使用。					
	质量管理					
	6.4 卸载前确认：物理监测合格 <input type="checkbox"/> 化学监测合格 <input type="checkbox"/> 有无湿包 <input type="checkbox"/> 冷却时间与要求明确 <input type="checkbox"/> 有无破损包 <input type="checkbox"/> 卸载或触摸灭菌物品前洗手或手消毒 <input type="checkbox"/> 有灭菌不合格物品的处理指引 <input type="checkbox"/>					
	6.5 湿包管理制度：有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 判断湿包的标准 <input type="checkbox"/> 发生湿包的处理指引 <input type="checkbox"/> 每月统计湿包/破损包发生件数 <input type="checkbox"/> 原因分析 <input type="checkbox"/> 措施与效果 <input type="checkbox"/>					
	6.6 建立灭菌物品召回制度：有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 制度具体可操作 <input type="checkbox"/> 有物品召回处理记录 <input type="checkbox"/>					
	6.7 植入物发放有生物监测结果，提前放行符合 WS310.3 的要求，有记录。					
6.8 无菌包装质量合格，灭菌物品按有效期先后顺序摆放，先进先出，有效期符合 WS310.2 的要求。						
质量评价结论：						
建议：						
专家签名：						

填表说明：

1. 评价项目：被评价项目中，涉及到手术室、口腔科或其它由科室处理的器械，应到相关科室进行质量评价，其结果纳入消毒供应中心整体质量评价中。
2. 评价结果：分为优良、合格、不合格和不适用四个等级。该院 CSSD 不具备或暂未有条件开展项目，评为不适用；应该开展但未实施的评为不合格。

医院新医疗器械购置/使用之前 医院再处理风险评估与放行



备注：

1. YY/T 0802 医疗器械的灭菌 制造商提供的处理可重复灭菌医疗器械的信息。
2. WS310.1 医院消毒供应中心 第一部分 管理规范。
3. WS310.2 医院消毒供应中心 第二部分 清洗消毒及灭菌技术操作规范。
4. WS310.3 医院消毒供应中心 第三部分 清洗消毒及灭菌效果监测标准。

医院外来医疗器械管理制度

为规范外来医疗器械的清洗、消毒与灭菌管理，保证外来医疗器械的消毒灭菌质量，保障患者安全，根据《医院感染管理办法》及《医院消毒供应中心管理规范》（WS310-2016）要求，制定《外来医疗器械管理制度》，请各部门严格遵照执行。

外来医疗器械是指由器械供应商租借给医院可重复使用，主要用于与植入物相关手术的器械。

植入物是指放置于外科操作造成的或者生理存在的体腔中，留存时间为 30 天或者以上的可植入型物品。

一、医疗设备部应对提供植入物及外来医疗器械的供应商及所提供的器械进行备案、审核。院感办应定期对外来医疗器械与植入物质量进行监督。

二、供应商应提供外来医疗器械的操作指引，包括器械清点单、清洗方法及参数、器械装卸图解、功能检测方法、组合包装图例、灭菌程序及参数等。

三、外来医疗器械要在规定的送达时间内送至CSSD，择期手术在手术日期前一天的上午12:30—15:00之前送至CSSD，周一手术需在上周五上午12:30—15:00之前送到，由CSSD接收人员按供应商提供的清单清点器械、检查器械功能和完整情况，双方共同签字确认

后，由 CSSD 进行清洗、包装、灭菌，生物监测合格后送回手术室。

四、急诊手术需要外来医疗器械时，手术医生应提前通知供应商尽早送器械到CSSD，从接收到完成灭菌，大约需要4小时（未计算生物监测时间）。

五、如有特殊包装或需特殊清洗、包装、灭菌等处理的外来医疗器械，供应商应向CSSD接收人员提供详细清洗、包装、灭菌方案或方法，因供应商未提供相关资料或信息，以及信息或资料有误而导致的外来医疗器械使用危险或事故责任完全由该器械供应商负责。

六、紧急情况需在生物监测合格前使用的植入型器械，CSSD应在包内放置第5类化学指示物，5类化学指示物合格，方可提前放行。

紧急情况需提前放行的条件为：CSSD接到待灭菌的植入型器械至使用科室要求发放时间小于6小时。接收时间以CSSD接收护士签字时间为准，发放时间以发放护士签字为准。

七、提前放行的植入型器械是在未完成生物监测过程便发放至科室使用，存在灭菌不合格的风险，手术科室应尽量避免。

八、提前放行的植入型器械当完成生物监测后，应及时反馈结果给手术室，由手术室的护士告知手术医师。

九、提前放行的植入型器械如生物监测结果阳性, CSSD 应及时通报结果给手术医生、医务部、院感办, 手术医生在接到通报后应密切观察病人情况, 加强抗感染治疗。必要时, 医务部应组织有关专家会诊, 指导治疗。

十、使用后的外来医疗器械应统一交回 CSSD 清洗消毒处理后, 方可由供应商取回。

植入物提前放行记录表

以下信息由 CSSD 工作人员填写：

日期：_____ 时间：_____

班次：_____ CSSD 填表人签名：_____

被提前放行至手术室的植入物以及相关植入物器械名称：

以下信息由手术医生填写

要求植入物提前放行的手术医生签名：_____

上级主管医生签名：_____

病人姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____

科室名称：_____ 病历号/就诊号：_____

医生姓名：_____ 医生签名：_____

手术日期：_____ 时间：_____

需要提前放行的原因：

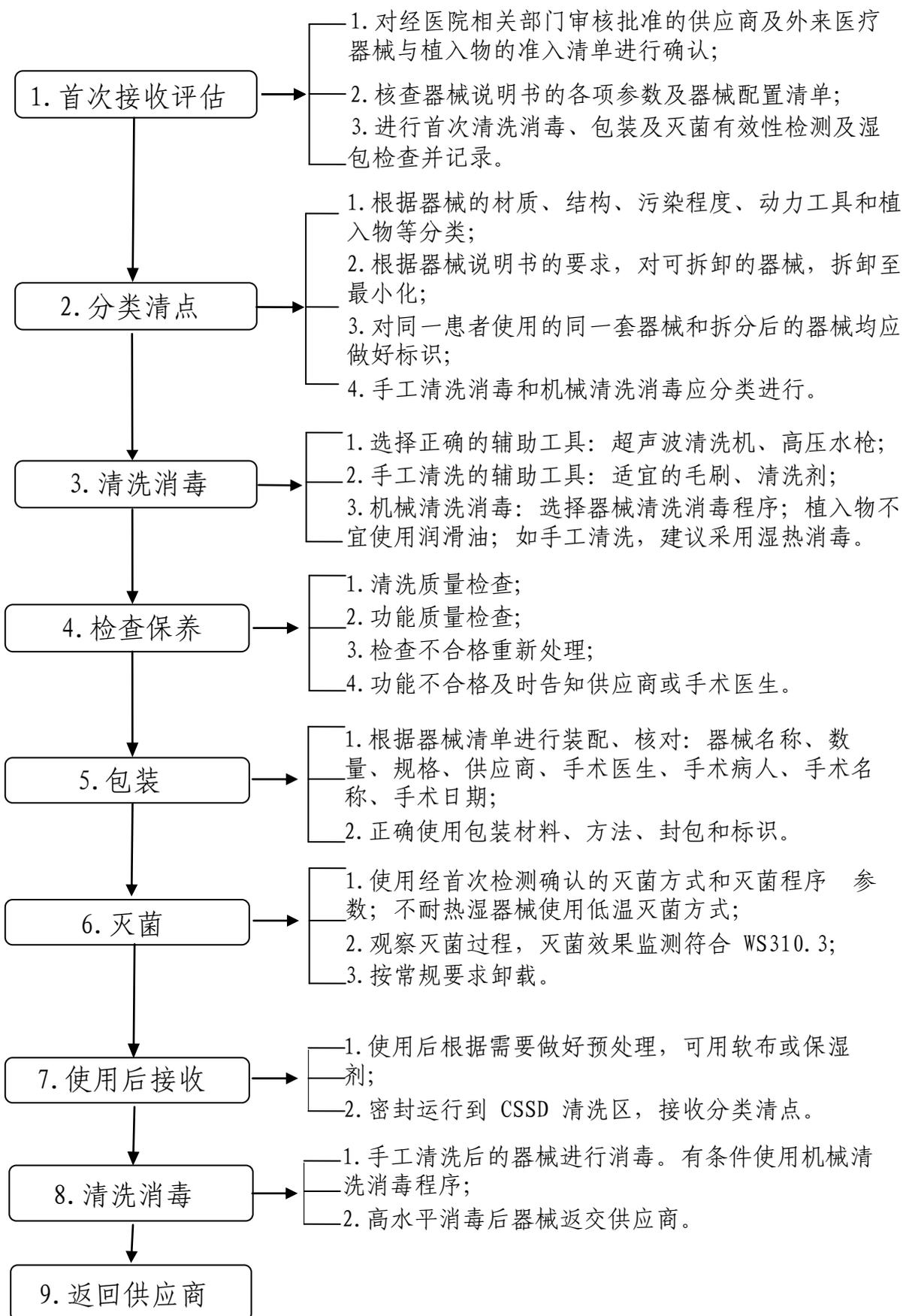
填表人姓名（及签名）：_____

注意：在紧急情况下，根据医院管理制度对植入物未取得生物监测结果时，需要提前放行，CSSD 根据临床医生填写的申请单，确认 5 类指示物监测结果合格后放行。

医院外来医疗器械的处置流程

操作流程

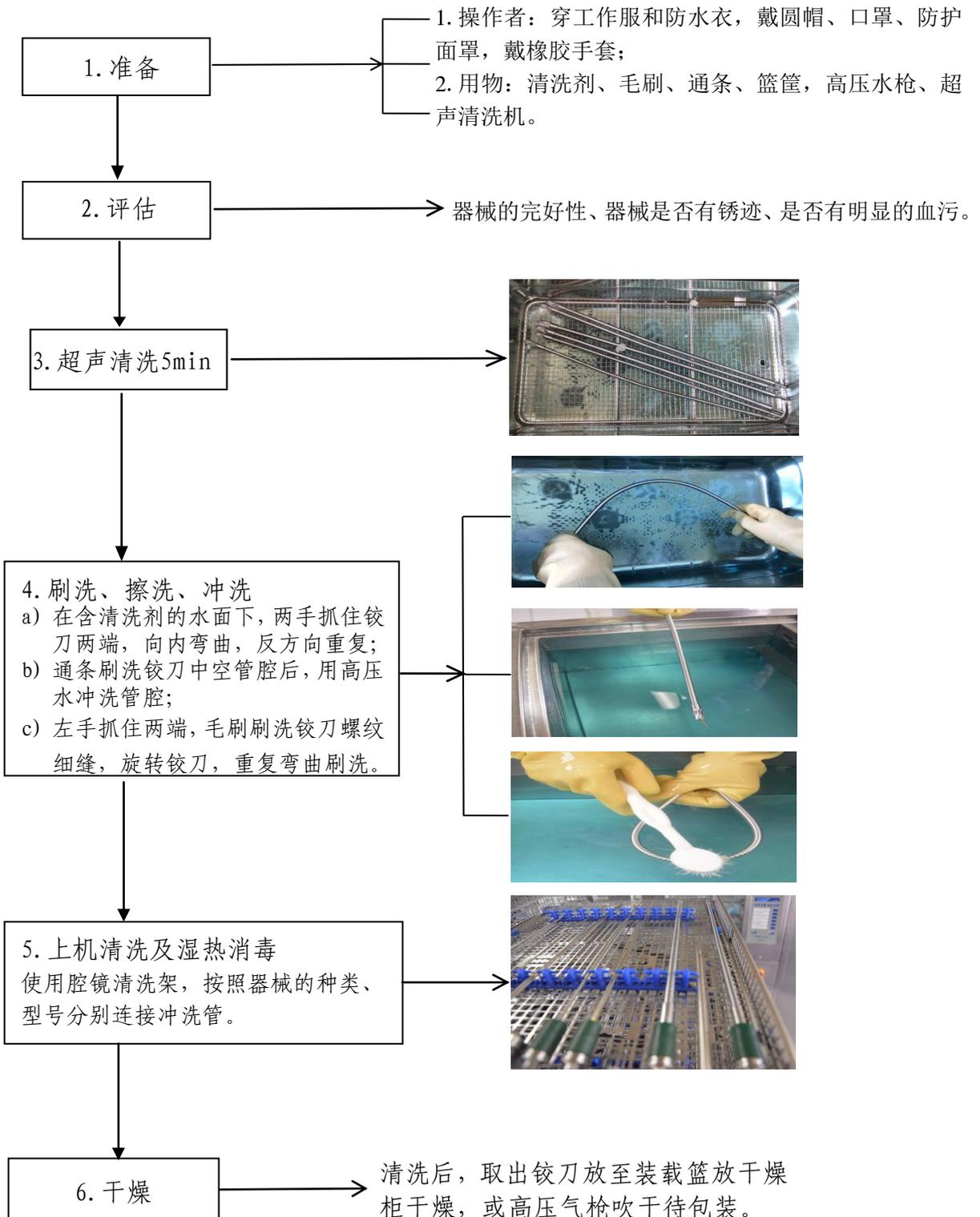
注意要点



外来医疗器械的处置操作规程（骨科髓腔铰刀）

操作流程

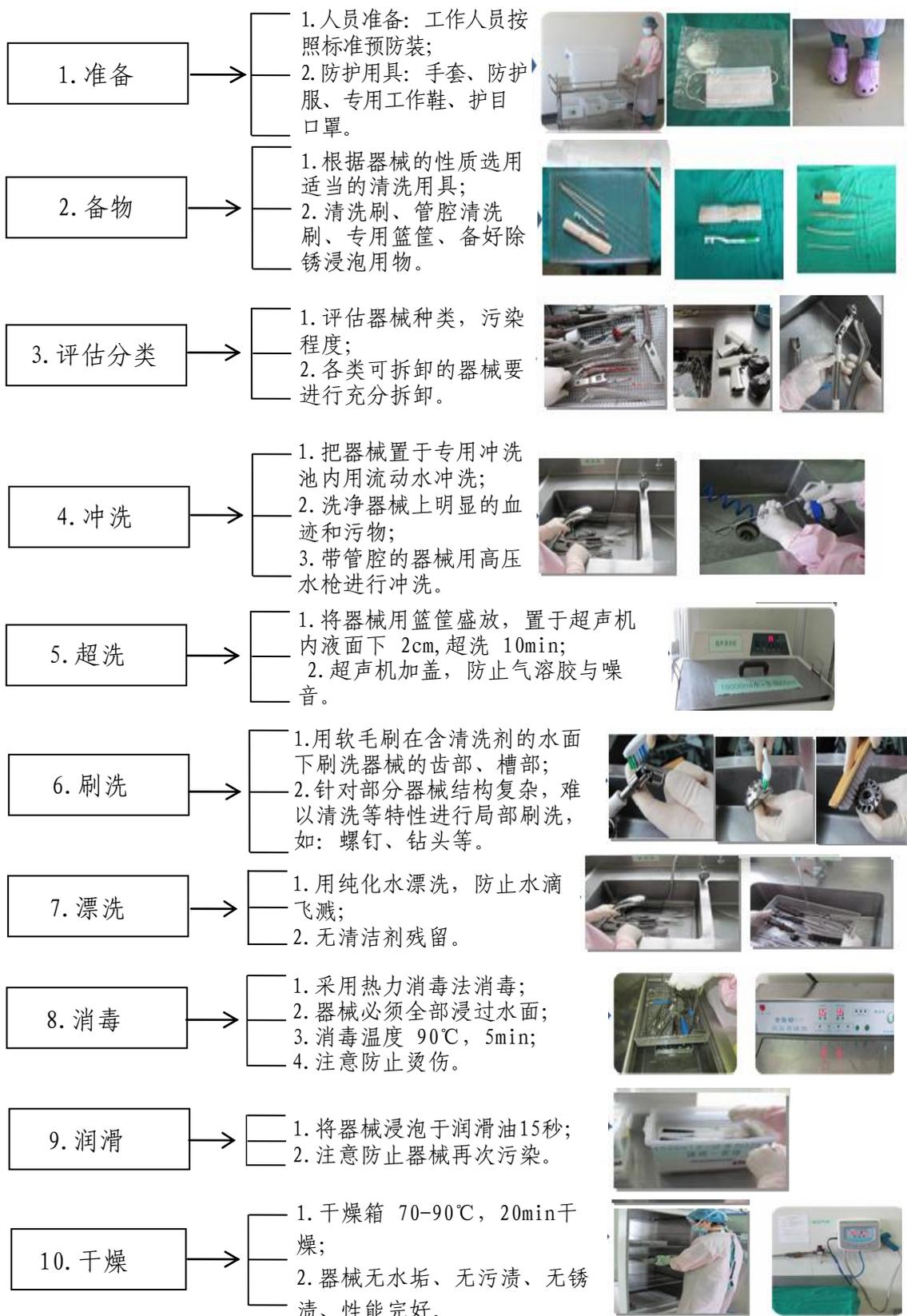
注意要点



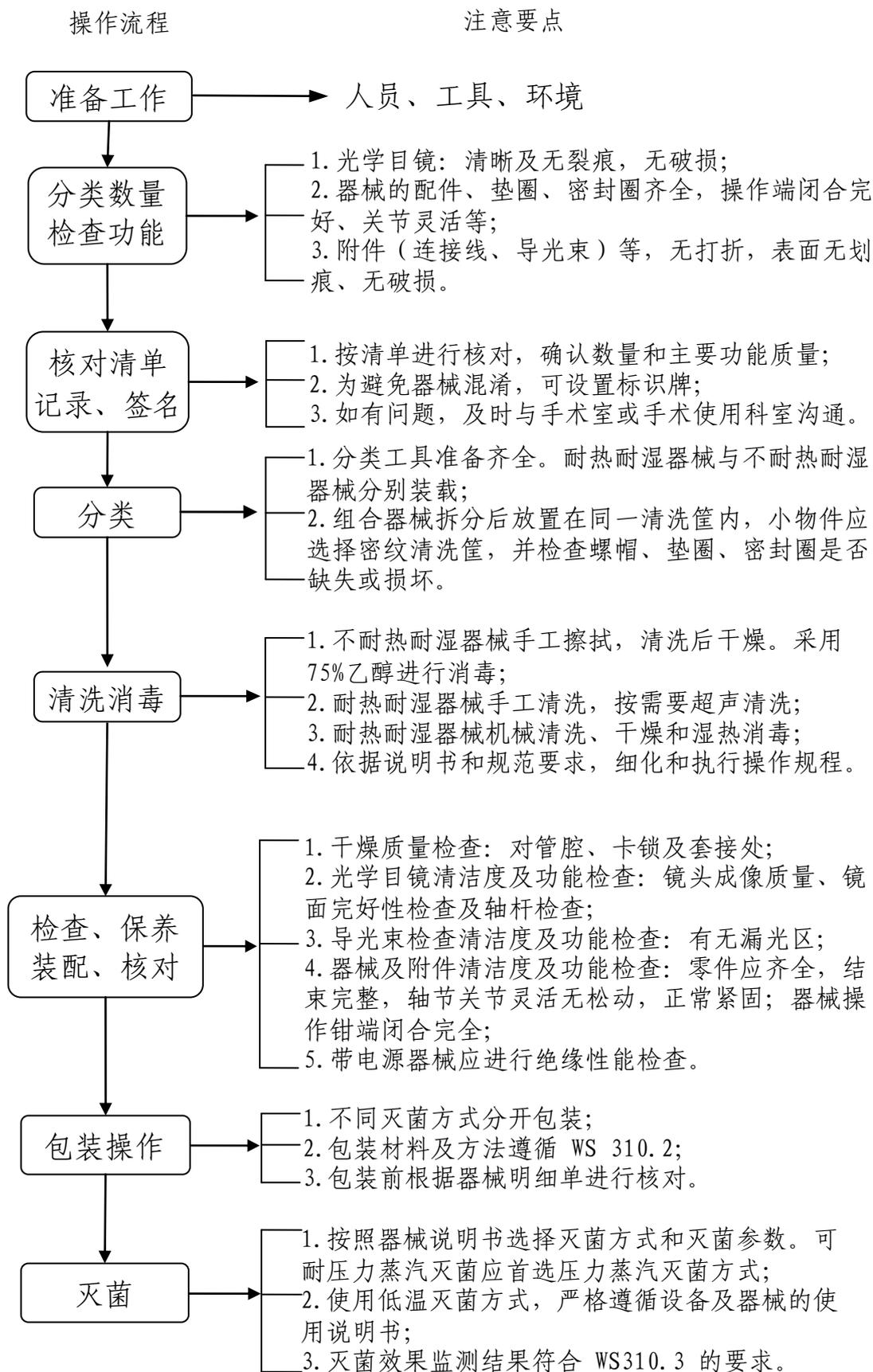
外来医疗器械手工清洗操作规程（髋关节手术器械）

操作流程

注意要点



医院硬式内镜器械的处置流程



示例：硬式内镜器械功能检查操作规程（分离钳，抓钳）

操作流程

注意要点

1. 人员准备：要求着装、洗手；
2. 备物：放大镜、95%酒精、吸水纸、毛刷、气枪、绝缘检测仪。

手柄的检查：
1. 检查外观，通电柱，锁扣；
2. 检查螺丝齐全；
3. 清洁度检查。无水迹，污迹；
4. 把手灵活度好、锁扣功能好；
5. 绝缘性能完好。

套管的检查：
1. 检查套管外表完好，无破损，无水迹，污迹；
2. 检查外套前端内壁2片铁片完好；
3. 检查套管内壁清洁度：可用湿白棉条贯通整个管腔，看棉条的颜色判断清洗质量；
4. 绝缘性能完好。

钳芯的检查：
1. 检查钳芯外观平直，钳端无断裂，缺损，剪芯无缺口；
2. 检查钳端清洁，无污迹，锈迹。

组装后功能的检查：
1. 钳端闭合、张开灵活，咬合完好；
2. 锁扣功能完好，灵活。



示例：硬式内镜器械的功能检查操作规程（导光束）

操作流程

注意要点

准备：

1. 人员着装符合要求、洗手；
2. 备物：放大镜、95%酒精、吸水纸、绝缘检测仪。

导线的检查：

1. 检查导线清洁度。外表及两端清洁，无白斑、污物、无血迹；
2. 检查导线外皮完好，无破损；
3. 绝缘性能完好。



超声刀手柄的检查：

1. 检查导线外表清洁无血污、表皮完好，无破损；
2. 检查通电柱平直，无偏移；
3. 超声刀手柄与导线连接处无断裂；
4. 螺丝不滑丝，表面无脱落。



导光束功能的检查：

1. 检查外表清洁无血污、无破裂、缺损，冷光源端无烧灼；
2. 检查导光性能完好。将导光束的一端对室内光源，在导光束一端移动大拇指，检查另一端有无漏光区。



导线类器械的装载方法：包装时注意保护导线。

1. 大弧度盘旋导线，直径大于10CM，无锐角；
2. 靠近接头处保持伸直状态。



硬式内镜器械的功能检查操作规程（光学目镜）

操作流程

注意要点

1. 人员要求着装、洗手；
2. 备物：放大镜、95%酒精、吸水纸、光学镜头擦试纸、棉球。

- 光学目镜清洁度的检查：**
1. 检查镜面有无白斑、污物、血迹；
 2. 镜面用光学镜头擦试纸擦拭；
 3. 镜杆用吸水纸蘸 95%酒精擦拭。



- 光学目镜配件的检查：**
- 1、STORZ 镜头光纤处有2个配件；
 - 2、连体奥林巴斯30度镜光纤处有1个配件；
 - 3、分体奥林巴斯30度镜没有配件。



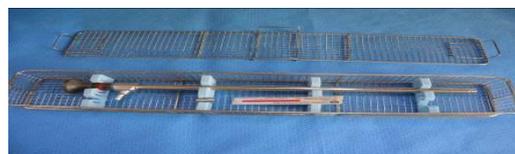
- 光学镜头外观的检查：**
1. 检查镜杆杠轴平直、外表无凹陷、刮花、缺损，电灼伤。目镜无破裂；
 - 2、导光束接口透亮，无污迹。



- 光学镜头功能的检查：**
1. 检查镜头两端镜面无裂缝，刮痕；
 2. 将镜头对准参照物 5CM 缓慢旋转 360 度进行目测，镜头的成像清晰，无黑影、雾气、破裂、偏移；
 - 3, 检查导光性能，将镜头物镜端对室内光源，在导光束接口端移动大母指，检查物镜端有无漏光区。



- 光学目镜的装载**
1. 使用有固定卡的专用装载筐；
 2. 目镜两端不能接触装载筐；
 3. 包装标识清晰齐全，信息可追溯。



附件 3

广东省医疗机构手术室医院感染防控指引

手术室是为病人进行手术诊断、治疗和紧急抢救的重要场所，是医疗机构感染防控的重点科室之一。为切实做好手术室医疗机构感染的预防控制工作，坚持以人民健康为中心，确保医疗机构感染防控管理各项工作落实到位，有效防范医疗机构感染事件的发生，根据国家卫生健康委有关规定，结合我省工作实际，特制定本工作指引。

一、感染防控组织管理要求

(一) 医院手术部(室)应集中设置和管理。

(二) 依据国家相关规定，建立健全医疗机构医院感染管理网络，各司其职。科室感染防控管理小组应由科室负责人、护士长、护士等组成，职责分工明确。

(三) 有医疗机构感染防控管理相关政策、法规及规范的全员培训计划，培训内容应涵盖消毒与隔离、标准预防、手卫生、传染病管理、医疗废物处置等知识，有培训及考核评价的记录。

(四) 建立健全本科室感染控制规章制度及操作指引(详见附件)。

(五) 建立与医疗机构感染相关事件的应急预案、流程及处理措施。

(六)每季度开展院、科两级督导检查，院级督导检查有记录、反馈；科室每季度开展自查，针对院、科两级检查发现的问题有总结、分析、整改、评价。

二、建筑布局与设施要求

(一)手术室建筑布局应符合国家相关标准，满足感染控制的要求。根据环境卫生清洁等级，应分为限制区、半限制区和非限制区。

1.墙面应平整，应采用防潮、防霉、不积尘、不产尘、耐腐蚀、易清洁的材料。墙面与地面成一整体，踢脚与地面交界的阴角应做成 $R \geq 30\text{mm}$ 的圆角，墙体交界处的阴角应成小圆角。

2.地面应平整、防水，采用耐磨、耐腐蚀、易清洁、浅色材料，不应有开放的地漏。

3.吊顶不应采用多缝的石膏板。

4.门窗密闭性好。

(二)手术室应独立成区，与临床手术科室相邻，与放射科、病理科、消毒供应中心、血库等部门间路径便捷；出入路线应符合洁污分开、医患分开的原则。

(三)医院应根据规模、性质、任务需求，设置普通手术间或(和)洁净手术间。有条件的医院可设术前准备间、隔离手术间(或负压手术间)。隔离手术间(或负压手术间)应位于手术室的一端，应有独立出入口，靠近手术患者入口，自成区域并设缓冲间。

(四) 每一手术间应设一张手术台，净使用面积应 $\geq 30\text{m}^2$ 。

(五) 应设污物处理与暂存间，以满足污染器具如引流瓶、污物桶的处理及手术后大量废物的暂时存放。

(六) 应配备维持围手术期患者体温的基本设备与物品。

(七) 手术间的电脑终端宜使用触摸屏。

三、手术室环境及空气净化系统管理

(一) 环境表面的清洁与消毒。

1. 手术室环境表面清洁应遵循先清洁后消毒的原则，采取湿式清洁方法，根据不同环境污染风险区域和卫生等级管理要求，选择清洁卫生的方式、强度、频率和制剂。朊毒体、气性坏疽及突发原因不明的传染性病患者手术结束后，参照 WS/T 367 要求进行终末消毒。

2. 手术间清洁。

(1) 每日启用前宜用清水进行物表清洁。

(2) 术中。发生血液、体液污染手术台周边物体表面、地面及设备或疑似污染时应立即对污点实施清洁与消毒。

(3) 术后。接台手术之间应对手术台及周边至少1~1.5米范围的高频接触物表进行清洁与消毒；全天手术结束应对所有物体表面进行终末清洁/消毒（可除2米以上的墙面、天花板）。

(4) 每周。应对手术间所有物面（包括高空处表面）、回风口、送风口及地面进行清洁/消毒。

3. 手术患者出入口。应随时保持过道地面清洁，进入手术

室的推车、医疗用品、设备等应保持清洁。

4.洗手池。应每日清洁和消毒。

（二）清洁工具管理。

1.不同区域的清洁工具应有明确标识，区分使用。

2.擦拭布巾和地巾应选择不易掉纤维的织物，宜使用细纤维材布和脱卸式地巾。

3.清洁工具的配置数量、复用处置设施应与手术室规模相匹配。

4.清洁工具复用处置方式符合《医疗机构消毒技术规范》(WS/T 367)要求：

（1）手工清洗与消毒。擦拭布巾清洗干净后在 250mg/L 有效氯消毒剂中浸泡 30min，冲净消毒液，干燥备用；地巾清洗干净后在 500mg/L 有效氯消毒剂中浸泡 30min，冲净消毒液，干燥备用。

（2）自动清洗与消毒。使用后布巾、地巾等物品放进清洗机内进行清洗、消毒。

5.不应将使用后或污染的擦拭布巾或地巾重复浸泡至清洁用水、使用中清洁剂盒消毒剂内。

（三）空气污染控制。

1.手术进行中手术间的门应保持关闭状态。

2.有外窗的普通手术间每天手术结束后，可采用自然通风换气，通风后进行物体表面清洁消毒，也可采用符合相关卫生标准

的空气消毒净化装置。

3.普通手术间空调系统的新风口与回风口应采取防止管道污染的有效措施。

4.洁净手术间各功能区域的空气净化系统应独立设置。

5.洁净手术间空气净化系统的回风口应设低阻中效或中效以上过滤设备。

6.空气净化系统的送风末端装置应有阻漏功能，实现零泄漏。不宜使用非阻隔式净化装置。

7.负压手术间应采用独立空气净化系统，新风口和排风口间距离不少于10米，应采用零泄漏负压高效的排风设备。

8.每天首台手术前30分钟，空气净化装置应当正常开启，环境参数应达到GB 50333要求。

9.连台手术按要求进行物体表面清洁消毒，自净时间：I级手术 $\geq 10\text{min}$ ，II、III级手术 $\geq 20\text{min}$ ，IV级手术 $\geq 30\text{min}$ 。

10.全天手术结束并进行清洁消毒后，空气净化系统需继续运行30分钟。

（四）洁净手术间空气净化系统的维护与保养要求。

1.符合WS/T368《医院空气净化管理规范》要求，应由专业技术人员进行保养与维护；并制定运行手册，有检查和记录。

（1）每天术前应记录洁净手术间的温度、湿度、静压差。

（2）空气处理机组的普通送风口应每月检查、清洁。当送风末端出风面被污损时应及时更换。

(3) 当测压孔或微压计显示的压差达到需更换的设定参数时，应更换过滤器。

(4) 回风口粗效滤网每周清洁一次，并无肉眼可见的毛絮等附着物。

2.空气净化装置应在有效期内使用，按生产厂家的说明进行维护并定期更换，污染后及时更换。

四、人员管理

(一) 人员管理要求。

1.手术室人员配备应符合国家有关规定。

2.医护人员、工勤人员应定期接受医疗机构感染预防与控制知识的培训并进行考核。

3.应限制与手术无关人员及外来医疗器械厂商人员上台，并应限制其随意出入手术间；进入限制区的非手术人员应按照人员流动路线要求，在限制范围内活动。

4.在满足手术基本需要的情况下应控制手术间人数(I级为12-14人；II级10-12人；III-IV级6-10人)。

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

6.参加手术人员在实施手术前应做好个人的清洁。

7.手术中应避免人员频繁走动和随意出入手术间。

8.观摩人员管理要求如下：

(1) 观摩人员及临时需要进入限制区的人员应在获得手术

部（室）管理者批准后由接待人员引导进入，不应互串手术间。

（2）严格控制手术间观摩人员，不应超过各级手术间规定人数，尽可能采用视频参观。

（3）观摩人员与术者距离应在 30cm 以上，脚凳高度不应超过 50cm。

（二）着装要求。

1.应更换手术室提供的专用刷手服、鞋帽、外科口罩等。若使用布帽应每日清洁、消毒。

2.服装面料应符合舒适、透气、阻水、薄厚适中、纤维不易脱落、不起静电的要求，每日更换，污染后及时更换。

3.不应佩戴不能被刷手服遮盖的首饰，不应化妆、美甲。

4.刷手服上衣应系入裤装内，手术帽应遮盖全部头发及发迹，口罩应完全遮住口鼻。

5.专用鞋应能遮盖足面，保持清洁干燥，每日清洁消毒，污染后及时更换。

6.离开手术室时应将手术衣、刷手服、鞋帽、口罩脱下并置于指定位置。

7.手术室人员临时外出时需更换鞋和外出衣。

（三）手术患者管理。

1.根据手术室洁净等级与感染的风险合理安排手术的区域与台次。

2.有条件的医院开展关节置换和器官移植等手术宜在 I 级

洁净手术间进行。

3.对传染性疾病的患者或确诊携带耐甲氧西林金黄色葡萄球菌（MRSA）等多重耐药菌（MDROs）的患者施行手术前，临床科室应通知手术室做好相应的隔离准备。

4.择期手术患者术前应沐浴，清洁手术部位，更换清洁患者服。

5.只有当毛发影响手术部位操作时才需要备皮。备皮宜在当日临近手术开始前，选择安全的备皮器，在病房或手术室限制区外（患者准备区）进行。

6.急诊或有开放伤口的患者，应先简单清洁污渍、血迹、渗出物，遮盖伤口后再进入限制区。

五、手术物品管理

（一）无菌物品管理。

1.手术所用物品应由手术室管理。

2.无菌物品应存放于限制区，存放条件、有效期应符合WS310.2的规定。

3.灭菌物与其它物品应分开放置，按照消毒灭菌有效期的先后顺序依次摆放和使用。

4.一次性使用物品应在限制区外去除外层包装，储存在限制区域。

5.应有专人检查无菌物品的有效期限，超过有效期限的灭菌物品需按WS310.2规定重新处理。

6.一次性使用的无菌物品（含植入物）应为取得卫生行政主管部门批准的产品，并一次性使用。植入患者体内的植入物须可追溯。

7.无菌物品一人一用，手术开始后，摆放到各手术台上的无菌物品不应与其他手术交叉使用。

8.重复使用的物品应根据材质、特性和不同的灭菌方法，选择适合的包装材料，按WS310.2规定清洗消毒和灭菌。

（二）手术器械管理。

1.手术器械清洗、消毒、打包、灭菌应遵循WS310.2的规定。

2.外来医疗器械应由专人接收、清点，遵守WS310.2标准清洗，消毒灭菌后方可使用。使用后按WS310.2规定清洗消毒后方可送出。

3.精密手术器械和不耐热手术器械的处理应遵循生产厂家提供的使用说明或指导手册，并符合国家相关要求。

4.小型快速灭菌器不应作为手术器械的常规灭菌方法，器械不慎掉落且无法获得其它备用器械时可选择该方法。

（三）布类敷料管理。

1.布料敷料质量必须符合国标“GB/T406-2008 棉本色布附录B和C”的要求。

2.新棉布初次使用前应高温洗涤，脱脂去浆、去色。

3.纺织品包裹布料除四边外不应有缝线，不应缝补，应一用一清洗，无污渍。

4.重复使用的布类物品，使用后应装入防渗漏的污衣袋中送洗衣部清洗消毒。

（四）仪器设备管理。

1.应按厂家提供的有效方法进行清洗、消毒、灭菌。

2.仪器设备应去除外包装、彻底清洁后方可进入手术室，每次使用前应检查调试并彻底清洁擦拭或消毒。

3.C型臂主机及显示器均应在手术间内。

4.显微镜、C型臂等术中跨越无菌区使用的设备，跨越无菌区部分应使用无菌罩，术中污染时应及时清洁消毒并覆以无菌巾。

5.直接与患者接触的设备管路及附件用后应严格按照WS310.2清洗消毒。

6.支纤镜、喉镜、喉罩等的消毒处理应按生产厂家提供的方法，应达到高水平消毒，并规范保存。

（五）消毒剂管理。

1.应选择符合相关的卫生标准的消毒剂，并在有效期内使用。

2.使用范围应消毒产品使用说明书的适用范围一致，使用方法应参考产品说明书，专人配制。

3.使用中的消毒剂按《医疗机构消毒技术规范》中的要求进行有效浓度的监测并记录。

4.消毒剂应设专人管理、领取、摆放，并应与其他药品分开

放置。

5.消毒剂的保存应根据生产厂家说明书要求，选择适宜的位置、环境、温湿度等。

（六）无菌技术操作管理。

1.严格执行无菌技术操作原则和外科手消毒制度。

2.明确手术无菌区范围：无菌巾铺好后的器械台及手术台上方；术者手术衣前面（腰以上、肩以下、腋前线前），以及手至上臂下1/3。手术中如怀疑无菌区域有污染应加盖无菌单。

3.正确执行手术切口消毒铺巾。手术区皮肤消毒以手术切口为中心向外扩展 $\geq 15\text{cm}$ ，由内向外、由上到下，污染、感染切口应由外向内。铺巾应能保证覆盖患者身体全部，长与宽都应超过手术床缘下 30cm 以上，下垂不触地面。铺巾顺序应以手术切口为中心，遵循先下后上、先相对污染后相对清洁、先操作者远端后近端的原则。无菌单一旦铺好不可移动，必须移动时只能由内向外。器械护士传递无菌单时，应手持单角向内翻转遮住手背。最后一层无菌单的铺设，应由穿戴好手术衣和无菌手套的医护人员完成。

4.正确铺设无菌器械台。

（1）铺无菌器械台前，操作者按要求着装洗手，选择宽敞、明亮的位置，确定器械车清洁干燥。

（2）按WS310.3的要求检查各种无菌包，并可追溯；对湿包、可疑污染、包装破损或灭菌不合格的器械、敷料包不应使用，

按WS 310.1、WS 310.2的标准重新进行处理。

(3) 打开无菌包不可跨越无菌区。

(4) 无菌器械台宜使用性能要求符合YY/T 0506.2相关规定的单层阻菌隔水无菌单；若使用棉质无菌单则应铺置4层以上。铺置时应确保无菌单四周下垂30cm以上，下垂不触地面，无菌单潮湿后应视为污染。

(5) 铺设无菌器械台应尽量接近手术开始时间，超过4小时未用应视为污染需重新更换。无菌物品应在最接近手术使用的时间打开。

(6) 手术器械、器具与用品应一人一用一灭菌，无菌持物钳及容器超过4小时应视为污染需重新更换。

(7) 抽吸后备用的麻醉及术中用药应盛放于专用的治疗盘内，避免污染。

5.规范无菌操作。

(1) 一次性无菌物品使用前应检查外包装质量、灭菌日期，以无菌方式打开后取用，不应将物品倾倒或翻扣在无菌台上。

(2) 穿无菌手术衣、戴无菌手套后，手臂应保持在胸前，高不过肩、低不过腰，双手不可交叉放于腋下。

(3) 术者各项操作应面向无菌区域，需调换位置时应采取背对背方式进行。当患者体位变动时，应重新消毒、铺设无菌单。

(4) 传递无菌器械时应避开术野，在无菌区内传递，禁止术者自行拿取或从背后传递。

(5) 术中应及时擦净器械上的血迹及粘染物，保持器械台干燥。

(6) 接触过与外界相通的空腔脏器或其他污染部位的器械物品视为污染，应单独放置。

(7) 手术过程中需更换手术衣时，应先脱手术衣再脱手套。更换手套前，应先进行手消毒。

(8) 手术中对无菌物品的安全性有疑问时，应及时进行更换。

(9) 取无菌溶液时，严格无菌操作，打开后应一次用完。

七、预防性抗生素使用

(一) 应在皮肤、黏膜切开前0.5-1小时内或麻醉开始时给予合理种类和合理剂量的抗菌药物，在输注完毕后开始手术；万古霉素或氟喹诺酮类等由于需输注较长时间，应在手术前 1-2 小时开始给药。

(二) 如手术时间超过3小时或超过所用药物半衰期的2倍以上，或成人出血量超过1500ml，手术中应当对患者追加一次合理剂量的抗菌药物。

八、手卫生

(一) 手卫生设施。

1. 洗手与卫生手消毒设施。

(1) 手术室设置流动水洗手设施。

(2) 生活区域和手术区域设皂液清洁洗手。生活区域重复

使用的皂液容器每周清洁与消毒后再添加。手术区域盛放皂液的容器为一次性使用，使用前检查发现皂液有浑浊或变色时及时更换。

(3) 配备擦手纸作为干手物品。

(4) 手术间及无菌物品间均配备速干手消毒剂。

2. 外科手消毒设施。

(1) 手术区域配置洗手池符合 WS/T313 要求，洗手池每日清洁与消毒。

(2) 手卫生设施设在限制区。洗手池及水龙头的数量应根据手术间的数量设置，水龙头数量应不少于手术间的数量，水龙头开关应为非手触式，推荐长度为 250mm。

(3) 刷手区域（间）应至少容纳3名医护人员同时刷手。

(4) 刷手池安置在便于手部、手臂清洁的高度，边缘应距地面高1m，并设有内缘。在刷手池侧面应设置检修门。并在适宜的位置安置外科手消毒剂、指甲刷和壁挂式的纸巾架等设施。

(5) 手消毒剂采用一次性包装产品，手消毒剂的出液器采用非手触式。

(6) 配备清洁洗手干手纸巾和外科手消毒专用干手巾，清洁洗手不得使用外科手消毒专用干手巾。外科手消毒干手巾一人一用，用后丢弃，如重复使用的清洗后送消毒供应中心消毒灭菌；盛装消毒巾的容器每天清洗、灭菌。

(7) 配备计时装置、洗手流程及说明图。

(二) 洗手与卫生手消毒。

1. 手术室工作人员在执行洗手与卫生手消毒应遵循以下原则：

(1) 当手部有血液或其他体液等肉眼可见的污染时，应用肥皂（皂液）和流动水洗手。

(2) 当手部没有肉眼可见的污染时，可使用速干手消毒剂消毒双手代替洗手。

2. 在下列情况，手术工作人员应根据以上原则选择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，接触患者的血液、体液、分泌物、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、接触清洁、无菌物品之前。

(5) 接触患者周围环境及物品后。

(6) 处理药物或就餐前。

3. 手术室工作人员在下列情况时应先洗手，然后进行卫生手消毒：

(1) 接触患者的血液、体液和分泌物以及被传染性致病微生物污染的物品后。

(2) 直接为传染病患者进行检查、治疗、护理或处理传染患者污物之后。

4.卫生手消毒应遵循以下方法：

- (1) 取适量的速干手消毒剂于掌心。
- (2) 严格按照医务人员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。

(三) 外科手消毒。

1.外科手消毒应遵循以下原则：先洗手，后消毒。不同患者手术之间、手套破损或手被污染时，应重新进行外科手消毒。

2.注意事项。

(1) 不应戴假指甲或涂抹指甲油，保持指甲和指甲周围组织的清洁。必要时使用手刷清除手部的污垢。

(2) 整个手消毒过程应保持双手位于胸前并高于肘部，使水由手部流向肘部。

(3) 洗手与消毒可使用海绵、其他揉搓用品或双手相互揉搓。

(4) 术后摘除外科手套后，应用肥皂（皂液）清洁双手。

(5) 用后的清洁指甲用具、揉搓用品如海绵、手刷等，应放到指定的容器中；揉搓用品应每人使用后消毒或者一次性使用；清洁指甲用品应每日清洁与消毒。

九、医务人员职业安全防护

(一) 护理人员在进行护理操作或进行清洁、消毒工作时，应坚持标准预防的原则，严格执行护理操作规程和护理工作制度，避免发生职业暴露。

(二) 手术室应配备必要的防护用品，如：一次性手套、防

护眼镜、隔离衣、鞋套、防水围裙、防水袖套、锐器盒等。

（三）护理人员在日常工作中应采取最基本的防护措施，包括戴口罩、帽子及手套等。手术人员使用的口罩，应符合 YY/0469 的要求，进行空气传播性疾病患者的手术，如开放性肺结核，或产生气溶胶及大量烟雾的手术时，应佩戴一次性医用防护口罩并符合 GB19083 的要求。

（四）当皮肤接触或可能接触血液、血制品、体液、组织液、黏膜或与可疑被污染的环境直接接触时，应戴手套，并采用正确的洗手方法。

（五）手术中可能发生大量血液、体液暴露时应穿着防渗透的手术衣，佩戴防护眼镜或面罩等。

（六）凡是与血液、体液或感染性材料接触后的设施、设备、环境均尽快消毒。

（七）禁止在可能存在血液暴露的工作场所进食，不得将食物及饮料放在存放医疗用品的冰箱内。

（八）规范操作行为，禁止易引起锐器伤的高危动作：每个手术间应备有利器盒，方便就近投放锐器。传递器械时采用间接传递法，禁止将利器端直接传递给他人，传递缝针时要提醒手术医生；组装拆卸锐器时应借助工具，不应徒手操作；禁止将使用过的一次性注射器针头套回针头帽；禁止对使用过的一次性注射器手工毁形；在工作场所不得用双手直接拾取破碎的玻璃器皿。

（九）在护理传染性疾病患者时，应根据疾病的主要传播途

径采取相应隔离和防护措施，必要时采取双向防护。尽量使用安全型的静脉穿刺用品。

(十) 医务人员应熟练掌握各种穿刺方法及锐利器械的操作方法，遵守操作规程，防止刺伤自己或他人。操作时或操作后，尽快将使用过的暴露源丢弃在专用医疗废物分类收集箱中，将锐器物放入符合国家标准的锐器物收集器中。

(十一) 进行侵入性操作时，应保证光线充足。

(十二) 护理人员自身带有皮肤伤口、皮炎或皮肤黏膜完整性受损（如口腔溃疡）等，不应参加艾滋病患者的直接治疗、护理、检查工作。

(十三) 医务人员应掌握标准预防、职业卫生防护等知识，知晓血源性职业暴露的应急处置流程。若发生职业暴露，应立即采取紧急处理措施并及时上报，按照规定进行相应的身体检查和预防治疗。

1. 针刺伤：立即在伤口旁端轻轻挤压，尽可能挤出损伤处的血液，再用流动水和肥皂液进行冲洗；禁止进行伤口的局部挤压。伤口冲洗后，使用 75%乙醇或者碘伏进行消毒并包扎伤口。

2. 溅到皮肤表面或口腔、鼻腔或眼睛，皮肤表面用肥皂液和流动水清洗，粘膜反复用生理盐水冲洗，溅到眼睛还应及时到眼科门诊就诊。

3. 局部处理后立即到医院感染管理部门登记，填写《职业暴露个人登记表》。

4.做好预防放射职业暴露的防护，手术室提供必要的放射防护用品，如铅衣、铅帽、铅围脖等，在进行放射手术时使用，降低职业安全暴露事件发生。

（十四）医务人员应定期体检及做必要的免疫接种。

十、医疗废物管理

（一）应遵照《医疗废物管理条例》及相关规定进行分类、密闭运送及暂存，应当对医疗废物进行登记，登记内容包括医疗废物的来源、种类、重量或者数量、交接时间、处置方法、最终去向以及经办人签名等项目。登记资料至少保存3年。

（二）医疗废物严格按感染性、病理性、损伤性、药物性能、化学性废物分类处理。

（三）医疗废物应由专用通道或其它封闭隔离方式运送。为医疗废物交运人员配备必要的防护用品，如工作衣、手套等，在处理医疗废物或交运时做好必要的防护。运送工具使用后应当定点、及时消毒和清洁。

（四）医疗废物原则上当天交运。

（五）手术室医疗废物暂存地应远离手术区域、无菌物品储存区域及生活区，并设置明显的警示标识和防渗漏、防鼠、防蚊蝇、防蟑螂、防盗等安全措施。医疗废物的暂时贮存设施、设备应当定期消毒和清洁。

（六）生活垃圾用黑色胶袋盛放，生活垃圾和医疗废物不可混放，不慎将生活垃圾混入医疗废物中，按照医疗废物进行处理。

(七)被血液、体液污染的口罩、帽子、鞋套、胶单、纱布、一次性医疗用品等按医疗废物处理，使用黄色胶袋。当装满 3/4 时扎紧袋口后放入专用医疗废物暂存容器中，盛装医疗废物的每个包装物应防渗漏，外表面粘贴有明显的警示标识和标签。医疗废物暂存地应粘贴医疗废物标志。

(八)具备污水集中处理系统的医院，液体废物可直接排放；无污水集中处理系统的医院，应按《传染病疫源地消毒卫生标准》进行处理。

(九)手术间应放置无盖垃圾桶（袋）、锐器盒等，用于医疗废物和生活垃圾的收集。

(十)每台手术结束后，及时清空手术间内所有垃圾，并注明手术间号及台次。

(十一)从患者体内取出的内植物应按医疗废物处理。

(十二)放射性药品应存放在防护容器中，用后剩余的药品必须清点后再存放在防护容器中，按《放射性废物安全管理条例》规定运至存放地。

(十三)传染病病人或疑似病人产生的废物使用双层黄色垃圾包装袋，并及时密封。

(十四)在进行医疗废物的收集、运送、贮存、处置等工作中，出现渗漏、遗撒等情况，应立即进行污染范围的清洁、消毒。

(十五)禁止将医疗废物自行外运、外卖。

十一、环境卫生学监测

(一) 环境日常常规监测。

- 1.每日晨由专人监测手术室温度、湿度并记录。
- 2.术前(包括接台手术)由专人检查手术间、辅助间、内走廊环境,包括地面、台面、墙壁是否清洁。
- 3.每周由专人监测手术室空调装置的进风口、回风口,洁净手术间空气净化装置的回风口栅栏、网面、管道内壁的清洁状态并记录。

(二) 环境专项监测。

1.普通手术间环境专项监测。

(1) 每季度对空气消毒效果进行监测,有问题随时监测,其监测方法及结果的判定应符合GB15982的要求。

(2) 根据设备的使用周期及频度至少每季度对空气消毒设备的消毒效果进行监测,怀疑手术感染与环境有关时应随时监测。

(3) 如果怀疑术后患者感染与手术室环境相关,可使用浮游菌法进行空气细菌菌落总数监测。

(4) 空气消毒设备与空调设备检修或更换后,应按照GB 15982的要求进行静态空气细菌菌落总数监测。

2.洁净手术室环境专项监测。

(1) 洁净手术室在建设竣工后应按照GB 50333标准进行工程验收。

(2) 洁净手术室及其他洁净场所,根据洁净房间总数,合理安排每次监测的房间数量,保证每个洁净房间能每年至少监测

一次，其监测方法及结果的判定应符合GB50333的要求。

(3) 洁净手术室的空气净化系统除常规监测外，至少每1年~2年由有资质的工程质检部门进行环境污染控制指标的综合性能评价，并要求其出具检测报告。

(4) 每月对非洁净区局部空气净化装置送、回风口设备进行清洁状况的检查。

(5) 如果怀疑术后患者感染与手术室环境相关，可使用浮游菌法进行动态空气细菌菌落总数监测。动态浮游菌法细菌菌落总数采样，应于术前、术中、术后进行采样。

(6) 净化设备检修或更换后，应按GB 50333标准检测空气洁净度、密封性等，合格后方可使用。

(三) 手卫生效果的监测。

1. 每季度对手术医护人员进行手卫生效果的监测；当怀疑医院感染暴发与医务人员手卫生有关时，及时进行监测，并进行相应致病性微生物的检测。

2. 监测方法应按照WS/T 313方法进行。

3. 手卫生合格的判断标准：

卫生手消毒，监测的细菌菌落数总数应 $\leq 10\text{cfu/cm}^2$ 。

外科手消毒，监测的细菌菌落数总数应 $\leq 5\text{cfu/cm}^2$ 。

(四) 其他卫生学监测：物品清洁、消毒与灭菌的效果监测；物体表面的消毒效果监测；消毒液的监测；清洁用品的消毒效果监测等，遵照WS/T 367。

附录

手术室预防医院感染基本制度

1. 手术室感染控制培训制度
2. 参观与外来人员管理制度
3. 手术人员着装管理制度
4. 手术人员手卫生制度
5. 手术人员职业防护制度
6. 手术室无菌技术管理制度
7. 感染手术管理制度（含特殊感染手术管理制度）
8. 预防手术患者低体温管理制度
9. 手术室预防性抗生素使用管理制度
10. 手术室环境表面清洁与消毒管理制度
11. 手术器械管理制度
12. 外来器械管理制度
13. 手术室无菌物品管理制度
14. 一次性物品管理制度
15. 布类敷料管理制度
16. 医疗废物管理制度
17. 手术室环境清洁消毒效果监测制度
18. 空气净化设备日常管理与维护制度

广东省医疗机构感染（传染）科 医院感染防控指引

2019年5月23日，国家卫生健康委办公厅发布了关于进一步加强医疗机构感染预防与控制工作的通知，要求进一步提高对感控工作重要性的认识；强化责任意识，落实感控制度；突出工作重点，做好重点科室感控工作开展主动监测；及时评估，降低潜在感染风险；开展全员培训，全面提升感控能力水平增强敏感性；做好感染暴发报告及处置工作；加强监督管理，督促各项要求有效落实。结合通知要求和感染科特点，制订并落实以下具体防控措施。

一、基本要求

（一）医护人员。

1. 组织体系。在医疗机构和医院感染防控（感控）部门管理下，建立科室感控小组，主要人员包括科主任、护士长与兼职感控人员，全面负责本科室的感控管理工作。

2. 培训制度。应针对感染（传染）科特点建立人员岗位培训和继续教育制度。所有工作人员，包括医生、护士、进修人员、实习生、保洁人员等都需接受医院感染预防与控制相关知识的培训。

3. 责任意识。不断强化临床一线医务人员履行健康保健相关感染监测与报告义务第一责任人的主体责任。教育引导全体工作人员践行“人人都是感控实践者”的理念。

（二）布局设施。

诊疗区域空间布局、设备设施和诊疗流程等符合传染病相关感染预防与控制的要求。

1. 空间布局。感染（传染）科门诊设置相对独立，与普通门（急）诊分隔开。二级以上综合性医疗机构设置独立的发热门诊、肠道门诊、肝炎门诊等，标识明确。发热门诊设立诊室和就地隔离观察室。感染（传染）科病房设置相对独立，单独建造或位于病房大楼一角。具有艾滋病诊治资质的医院要设置独立的艾滋病门诊和病房。清洁区、半污染区、污染区三区划分明确，标识清楚。

2. 设备设施。采取有效的空气净化措施，通风良好，配备完善的非接触式流动水洗手设施及速干手消毒剂。为医务人员提供充足、必要、符合要求的消毒和防护用品，确保消毒、隔离和个人防护等措施落实到位，保障医务人员的职业健康。

（三）标准预防。

标准预防是针对医院所有患者和医务人员采取的一组预防感染措施。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医疗环境中污染的物品与医疗器械。标准预防基于患

者的血液、体液、分泌物(不包括汗液)、非完整皮肤和黏膜均可能含有感染性因子的原则。

(四) 规章制度。

1. 遵《医疗机构感染预防与控制基本制度(试行)》(国卫办医函(2019)480号)要求,各医疗机构感染(传染)科结合本指引和实际情况制定医院感染防控的相关规章制度,细化防控要求并严格执行。

2. 每年至少组织 1-2 次与医院感染防控相关内容的演练。

二、感染科医院感染预防与控制重点

(一) 预检分诊。

规范预检分诊工作,落实医疗机构内传染病防控措施。将发热伴有呼吸道、消化道感染症状,以及其他季节流行性感染疾病症状、体征的就诊者纳入医疗机构预检分诊管理。

1. 规定制度。医疗机构应严格执行《医疗机构传染病预检分诊管理办法》的规定,建立相应的预检分诊制度。

2. 预防防护。从事预检、分诊的工作人员接诊患者时,应采取标准预防的措施。如怀疑其患有传染病时,应依据其传播途径选择并使用适宜的防护用品,并正确指导患者使用适宜的防护用品,防护用品应符合国家相关标准要求。

3. 症状采集。严格执行传染病预检分诊要求,重点询问和关注就诊者发热、呼吸道症状、消化道症状、皮肤损害等临床表现和流行病学史。

4.流行特征。医疗机构应根据传染病的流行季节、周期、流行趋势和卫生行政部门发布的特定传染病预警信息,或者按照当地卫生行政部门的要求,加强特定传染病的预检、分诊工作。

5.指导患者。发热伴呼吸道症状患者应佩戴医用外科口罩,指导病人遵循呼吸卫生/咳嗽礼仪。发热伴肠道症状患者,呕吐物、排泄物、污染的容器及时清洁、消毒。

6.隔离观察。经预检为需要隔离的传染病患者或者疑似患者的,医疗机构应当依法采取隔离或者控制传播措施,并按照规定对病人的陪同人员和其他密切接触人员采取医学观察和其他必要的预防措施。

7.安全转诊。医疗机构不具备相应救治能力时,应当及时将病人转诊到具备救治能力的医疗机构诊疗,将病历资料复印件转至相应的医疗机构,并主动与目标转诊医疗机构汇报患者的病情,不得隐瞒。转诊传染病病人或疑似传染病病人时,应当按照当地卫生行政部门的规定使用专用车辆。

8.监测和报告不明原因肺炎病例。

(1)报告制度。发现符合不明原因肺炎定义的病例,应立即报告医疗机构传染病疫情监测相关部门,同时报请医务科组织医院专家组进行会诊和排查,对仍不能明确诊断的,须立即填写传染病报告卡,注明“不明原因肺炎”。按规定逐级上报医院领导,并在2小时内完成网络直报。

(2)病原检查。配合疾病预防控制中心收集和保存血清、咽

拭子、痰等样本进行病原学检测。各流感监测网络实验室收到不明原因肺炎标本后要在 12 小时内进行标本处理和核酸检测，同时进行甲型流感病毒通用引物检测，如果 H5 或 H7 亚型检测阳性，在 P3 实验室进行流感病毒的分离鉴定；或标本在 24 小时内送省/国家流感中心进行复核鉴定和病毒分离。

(3) 隔离防护。对疑似病例实行严格的隔离治疗，医务人员对不明原因肺炎病例进行诊治时，要采取有效的个人防护措施。发现聚集性不明原因肺炎病例后，应立即采取呼吸道传染病隔离措施和相应的院内感染控制措施。

(二) 隔离要求。

1. 技术规范。参照《医院隔离技术规范》，在标准预防的基础上，医院应根据疾病的传播途径（接触传播、飞沫传播、空气传播和其他途径传播），结合本院的实际情况，制定相应的隔离与预防措施。

2. 隔离收治。以病种为单位收治病人，同一病种安置在同一病室，疑似病人、具有高度传染性或毒力强的菌株所致的感染病人应单独隔离收治。隔离病室门口挂隔离标识，入口应设缓冲间，病室内应有流动水洗手设施，设独立卫生间，并根据病原体传播途径不同，采取相应的隔离措施。

3. 基于传播途径的隔离措施。接触经接触传播疾病如肠道感染、多重耐药菌感染、皮肤感染等的患者，在标准预防的基础上，还应采用接触传播的隔离与预防。接触经空气传播的疾病，如肺

结核、水痘等，在标准预防的基础上，还应采用空气传播的隔离与预防。接触经飞沫传播的疾病，如百日咳、白喉、流行性感、病毒性腮腺炎、流行性脑脊髓膜炎等，在标准预防的基础上，还应采用飞沫传播的隔离预防。

4. 多重耐药菌（MDROs）的隔离。

(1) 一旦检出 MDROs，无论是感染或定植，病人均应安置于隔离区域内，并对患者及家属进行必要的健康教育。

(2) 首选单间隔离，条件不具备时也可以将同类 MDROs 感染或定植患者安置在同一房间，但不能与气管插管、深静脉留置导管、有开放伤口或者免疫功能低下或抑制患者安置在同一房间。当感染者较多时，应保护性隔离未感染者。

(3) 当条件受限，无法设置隔离病房时，须实施床旁隔离。床间距不得小于 1 米，病床间以隔帘或屏风分隔成隔离区域。

(4) 隔离区域入口处、病人床单元和病历夹上应有接触隔离标识，以警示进入者。门口或入口处放置隔离衣、手套，备速干手消毒剂，配置专用医疗废物容器盛放用后丢弃的个人防护用品。

(5) 医务人员的防护：在接触病人或其周围环境时，应该戴手套，衣服可能会接触病人或其周围环境时，应穿隔离衣。离开隔离区时要脱除隔离衣及手套，立即进行手消毒或洗手。

(6) 非紧急情况下，医务人员应先诊疗护理其他病人，MDROs 感染病人安排在最后顺序进行诊疗护理操作。诊疗护理

活动过程中严格执行手消毒。必要时安排培训合格的特别护理小组专人护理感染或定植 MDROs 的患者。

(7) 对于非急诊用仪器（如血压计、听诊器、体温表）等尽量专用。其他不能专人专用的物品（如轮椅、担架），在每次使用后必须用 500mg/L 含氯消毒剂进行擦拭消毒。进行床旁诊断（如拍片、心电图）的仪器必须在检查完成后用 500mg/L 含氯消毒剂进行擦拭。如发生肉眼可见的污染，应对污染处进行特别的清洁与消毒。

(8) 病人应当留在隔离室，如需离开隔离室进行诊断、治疗，应先提前通知相关科室做好准备，防止感染的扩散。病人转送其他科室时，必须向接收方说明应使用的隔离预防措施。病人使用或污染后的器械设备同样应该依据以上方法进行清洁消毒。

(9) 解除隔离：对于何时解除隔离，目前没有公认一致的意见。对于 MRSA，当 1~2 周内超过连续三套 MDROs 培养阴性，可停止实施接触隔离。其他感染或定植 MDROs 病人应视其临床表现、病情转归和病原体培养结果综合判断是否可解除隔离。一般而言，MDROs 培养阴性是解除隔离的前提。

（三）防护要求。

定期对工作人员进行传染病防控和职业暴露防护知识、技能的培训；为从事传染病诊疗工作的医务人员提供数量充足且符合规范要求的个人防护用品，并指导、监督其正确选择和使用。用于保护医务人员避免接触感染性因子的各种屏障用品，包括口

罩、手套、护目镜、防护面罩、防水围裙、隔离衣、防护服等。

1.接触隔离患者的血液、体液、分泌物、排泄物等物质时，应戴手套；离开隔离病室前，接触污染物品后应摘除手套，洗手和/或手消毒。手上有伤口时应戴双层手套。进入隔离病室，从事可能污染工作服的操作时，应穿隔离衣；离开病室前，脱下隔离衣，按要求悬挂，每天更换清洗与消毒；或使用一次性隔离衣，用后按医疗废物管理要求进行处置。接触甲类传染病应按要求穿脱防护服，离开病室前，脱去防护服，防护服按医疗废物管理要求进行处置。

2.进入确诊或可疑传染病空气传播患者房间、与飞沫传播患者近距离（1m以内）接触时，应戴帽子、医用防护口罩；进行可能产生喷溅的诊疗操作时，应戴防护目镜或防护面罩，穿防护服，当接触患者及其血液、体液、分泌物、排泄物等物质时应戴手套。

3.传播途径不明确及高致病性传染病。基于传染病传播途径进行针对性隔离，对于传播途径不明确或者高致病性传染病，采取高等级防护措施。

（四）消毒灭菌要求。

1.采取有效的空气净化措施，符合《医院空气净化管理规范》，对空气净化设施与装置做好维护保养工作，有专人负责检查和记录。物体表面和地面的清洁与消毒按照《医院物体表面和环境表面清洁和消毒工作指引》执行。

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

3.使用中消毒液保持有效浓度，含氯消毒剂每天监测浓度并记录。按计划进行环境卫生学监测和消毒灭菌效果监测并记录。

4.按照《医疗废物管理制度》做好医疗废物的分类收集和交接登记工作，隔离传染病病人或隔离疑似传染病病人产生的所有废物（含生活垃圾）均按感染性废物处理，并以双层黄色医疗废物袋密闭运送，张贴标识。朊病毒、气性坏疽和突发不明原因的传染病病原体污染的物品使用后应双层密闭封装并有明显标识。可复用的医疗器械送消毒供应中心（室）集中处理，被服送洗涤中心集中处理，处理方法应符合国家届时发布的规定要求。在传播途径不明时，应按照多种传播途径确定消毒的范围和物品。不复用的器械和物品按医疗废物处置。

（五）报告要求。

1.严格按照《医院感染管理办法》《医院感染暴发报告及处置管理规范》要求对医院感染暴发进行报告。

2.建立医疗机构内感染暴发报告责任制，强化医疗机构法定代表人或主要负责人为第一责任人的定位；制订并执行感染监测以及感染暴发的报告、调查与处置等规定、流程和应急预案。

3.建立并执行感染疑似暴发、暴发管理机制，组建感控应急处置专家组，指导开展感染疑似暴发、暴发的流行病学调查及处置。

4.在诊疗过程中发现短时间内出现3例或以上临床症状相同或相近的感染病例，尤其是病例间可能存在具有流行病学意义的共同暴露因素或者共同感染来源时，无论有无病原体同种同源检测的结果或检测回报结果如何，都应当按规定逐级报告本机构感控部门（或专职人员）和法定代表人或主要负责人。

5.制订并实施感染疑似暴发、暴发处置预案。处置预案应当定期进行补充、调整和优化，并组织开展经常性演练。

三、感染监测和应急处置

（一）疾病预防控制中心。

1.省疾控中心、省医院感染管理质控中心根据传染病特征制定防控工作的监测、预警、研判等相关标准。

2.各级疾病预防控制中心、医院感染疾控中心加强对辖区内医疗机构感染科医院感染的监测、预警、分析研判并及时反馈至医疗机构。

（二）医疗机构。

1.开展感染科医院感染目标性监测，根据监测结果分析问题并加以改进。

2.确定承担本机构内传染病疫情监测、报告、预防和控制工作的主体部门、人员及其职责；明确感控管理部门或人员指导监督本机构内传染病相关感染防控工作开展的职责。

3.应急处置突发传染病。

(1) 按照《全国卫生部门卫生应急管理工作规范》文件的要

求，制定应对突发传染病疫情的应急预案及医疗救援方案。

(2) 健全完善信息报告、应急响应、现场控制、隔离防护、消毒灭菌、运送转诊制度。

(3) 加强应急培训和演练，全面提升专业技术人员的卫生应急处置能力。

广东省医疗机构重症医学科感染防控指引

重症医学科（ICU）由于收治患者病情危重、免疫力低下、各种侵入性操作等原因，是医院感染发病率最高的科室。感染是导致重症患者死亡的重要原因之一，亦可导致患者住院时间延长、社会经济负担增加、社会生产力流失等，给全球卫生和经济带来沉重的负担。上述情况可通过有效的感染预防和控制

（infection prevention and control, IPC）措施得到显著的改善。为加强广东省各医疗单位重症医学科的医院感染防控工作，根据国家卫生健康委有关规定，结合我省实际工作情况，特制订本工作指引。

一、基本要求

（一）成立感染管理防控小组，主要人员包括科主任、护士长与兼职感控人员，全面负责本科室的医院感染管理工作；

（二）制定并不断完善 ICU 内感染管理防控相关规章制度，并落实于诊疗、护理工作实践中；

（三）定期研究 ICU 感染预防与控制工作存在的问题和改进方案；

（四）医院感染管理专职人员应对 ICU 感染预防与控制措施落实情况进行督查，做好相关记录，并及时反馈检查结果；

(五) 应针对 ICU 感染特点建立人员岗位培训和继续教育制度。所有工作人员, 包括医生、护士、进修人员、实习生、保洁人员等都需接受感染预防与控制相关知识的培训;

(六) 医务人员应向患者家属宣讲感染预防和控制的相关规定。

二、感染防控的措施

ICU 获得性感染预防的五类措施包括: 消毒、隔离、无菌操作、合理使用抗菌药物、监测并进行感染控制效果的评价。

(一) 消毒。

1. 环境消毒: 环境的消毒包括空气和物体表面的消毒。

(1) 空气的消毒: 洁净 ICU 的空气净化消毒装置的空调通风系统应定期维护, 空气净化系统或新风系统出、回风口应每周清洁消毒 1-2 次; 普通的 ICU 可采取定时开窗通风的方式, 每天至少 2-3 次, 每次不少于 30min, 不具备开窗通风时, 可新风供应系统持续送风。除此之外, 亦可采用空气净化消毒装置进行持续性消毒, 以达到规定的空气菌落数卫生标准(空气中的细菌菌落总数 ≤ 4.0 CFU/15min·直径 9cm 平皿)。如是层流洁净病房, 应参照《医院洁净手术部建筑技术规范》GB 50333 和《医院消毒卫生标准》GB 15982 要求。

(2) 物体表面消毒: 应达到物体表面细菌菌落总数 ≤ 5.0 CFU/cm² 的标准。其基本原则为: 有血液、体液、分泌物、排泄物污染时, 先去除污染, 再清洁、消毒; 应使用消毒剂对卫生间、污

物处置间洗手池等台面进行清洁消毒,每日至少 1 次;所有地面,包括医疗区域、医疗辅助用房区域、污物处理区域和医务人员生活辅助用房区域等,应每清洁消毒 1-2 次;一般性接触完整皮肤的医疗器械应专床专用,如交叉使用应一用一消毒;普通患者持续使用的医疗设备表面应每日清洁消毒 1-2 次;普通患者交叉使用的医疗设备(如超声机、除颤仪、心电图等)表面,直接接触患者的部分每位患者使用后应立即清洁消毒,不直接接触患者的部分应每周清洁消毒 1-2 次;多重耐药菌感染或定植患者使用的医疗器械、设备应专人专用,或一用一消毒;空气净化系统或新风系统出、回风口每周清洁消毒 1-2 次。

2.病床消毒:患者床上用品应一人一换、定期清洗消毒,当被污染时应及时更换、清洗并消毒,患者出科后应进行终末消毒。

3.医疗器械消毒按照《消毒管理办法》,严格执行医疗器械、器具的消毒工作技术规范。

(1)呼吸机及附属物品的消毒:

① 呼吸机外壳及面板应每天清洁消毒 1-2 次;

② 呼吸机外部管路及配件应一人一用一消毒或灭菌,长期使用使用者应每周更换;

③ 呼吸机内部管路的消毒按照厂家说明书进行。

(2)便器的清洗与消毒要求

① 便盆及尿壶应专人专用,每天清洗、消毒。

② 腹泻患者的便盆应一用一消毒。

③ 有条件的医院宜使用专用便盆清洗消毒机处理，一用一消毒。

4. 医疗废物管理：按照《医疗卫生机构医疗废物管理办法》进行医疗废物的分类收集、运送、暂存和处置。

5. 手卫生要求。

(1) 应配备足够的非手触式洗手设施和速干手消毒剂。洗手设施与床位数比例应不低于 1:2，单间病房应每床 1 套。应使用一次性包装的皂液。每床应配备速干手消毒剂。

(2) 干手用品宜使用一次性干手纸巾。

(3) 医务人员手卫生应符合 WS/T 313 的要求。

(4) 探视者进入 ICU 前后应洗手或用速干手消毒剂消毒双手。

(二) 隔离。

1. 建筑布局、必要设施及管理要求

(1) ICU 应位于方便患者转运、检查和治疗的区域。

(2) ICU 整体布局应以洁污分开为原则，医疗区域、医疗辅助用房区域、污物处理区域等应相对独立。

(3) 床单元使用面积应不少于 15m^2 ，床间距应大于 1 m。

(4) ICU 内应至少配备 1 个单间病室（房），使用面积应不少于 18m^2

(5) 应具备良好的通风、采光条件。医疗区域内的温度应维持在 $24^{\circ}\text{C}\pm 1.5^{\circ}\text{C}$ ，相对湿度应维持在 30%-60%。如是层流洁

净病房，应参照 GB 50333 要求。

(6) 装饰应遵循不产尘、不积尘、耐腐蚀、防潮防霉、防静电、容易清洁和消毒的原则。

(7) 不应在室内摆放干花、鲜花或盆栽植物。

2. 人员管理。

(1) 医务人员的管理要求。

① ICU 应配备足够数量、受过专门训练、具备独立工作能力 的专业医务人员，ICU 专业医务人员应掌握重症医学的基本理论、基础知识和基本操作技术，掌握医院感染预防与控制知识和技能。护士人数与实际床位数之比应不低于 3:1。

② 护理多重耐药菌感染或定植患者时，宜分组进行，人员相对固定。

③ 患有呼吸道感染、腹泻等感染性疾病的医务人员，应避免直接接触患者。

(2) 医务人员的职业防护。

① 医务人员应采取标准预防，防护措施应符合 WS/T 311 的要求。

② ICU 应配备足量的、方便取用的个人防护用品，如医用口罩、帽子、手套、护目镜、防护面罩、隔离衣等。

③ 医务人员应掌握防护用品的正确使用方法。

④ 应保持工作服的清洁。

⑤ 进入 ICU 可不更换鞋，必要时可穿鞋套或更换专用鞋。

⑥ 乙肝表面抗体阴性者，上岗前宜注射乙肝疫苗。

(3) 患者的安置与隔离应遵循以下原则：

① 应将感染、疑似感染与非感染患者分区安置。

② 在标准预防的基础上，应根据疾病的传播途径（接触传播、飞沫传播、空气传播），根据 WS/T311 采取相应的隔离与预防措施。

③ 进行器官移植等免疫功能抑制的病人应安置于正压病房；有特殊病原体感染或严重感染的患者应单独安置；多重耐药菌、泛耐药菌感染的感染或定植患者，宜单间隔离，如隔离房间不足，可将同类耐药菌感染或定植患者集中安置，并设醒目的标识。

(4) 探视者的管理。

① 应明示探视时间，限制探视者人数。应对探视人员进行宣教医院感染预防与控制的基本知识，如手卫生呼吸卫生(咳嗽)礼仪。

应尽可能减少不必要的探视，疑有呼吸道感染综合征、腹泻等可传播的感染性疾病,或为婴幼儿童,以及在社区感染性疾病暴发期间应谢绝探视。如确实需探视呼吸道感染患者时，探视者应遵循 WS/T 311 的要求进行防护。

应指导探视人员探视前后洗手或卫生手消毒，必要时根据疾病的传播途径指导采取额外的防护措施。

② 探视者进入 ICU 宜穿专用探视服。探视服专床专用，探

视日结束后清洗消毒。

③ 探视者进入 ICU 可不更换鞋，必要时可穿鞋套或更换专用鞋。

（三）无菌操作。

ICU 患者多数需进行侵入性操作进行监测和治疗，无疑增加了患者感染的发生率；在进行侵入性操作如留置动静脉导管、引流管、气管插管及伤口护理时都应遵循无菌操作规程；急情况下进行的操作，应尽早更换导管、更换穿刺部位；应由专人经过培训后负责留置导管的护理；拔除导管时应进行导管相关的病原学监测。

（四）抗菌药物合理使用。

1. 抗菌药物科学化（AMS）管理：建立包括相关临床科室专业人员、感染性疾病专业人员、医院感染防控专业人员、抗感染专业临床药师、临床微生物专业人员、信息系统专业人员以及抗菌药物行政管理人员的多学科协作团队。制定工作方案、工作职责，开展相关工作。

2. 监测：所有医院和 ICU 都应该建立多重耐药菌和抗生素使用情况的信息系统，以便得到及时的反馈应作出相应的举措。

3. 培训：应对各类医务人员进行相应的培训，如了解感染传播的基本知识、了解相关规章制度、进行合理使用抗生素的教育培训等，并且进行相关技能操作的培训考核，从而将减少耐药菌发生的实践落实在每一位医疗工作者身上。

（五）院内感染监测。

1.监测 ICU 患者医院获得性感染发病率、感染部位构成比、病原微生物等信息，对监测资料进行汇总，分析医院感染发病趋势、相关危险因素和预防工作中存在的问题，及时改进感染预防措施；

2.开展目标性监测，如呼吸机相关性肺炎、血管导管相关血流感染、导尿管相关尿路感染、多重耐药菌监测；

3.定期对 ICU 内物体表面、医务人员手和空气进行消毒效果监测，至少每季度一次，消毒效果监测结果不达标时，并查找原因做好改进工作后重新采样监测；

4.当怀疑医院感染爆发、ICU 新建或室内消毒方式改变时，应随时进行监测，采样方法依照 GB 15982《医院消毒卫生标准》。

5.早期识别医院感染暴发，实施有效的干预措施，具体如下：

（1）应制定医院感染暴发报告制度，医院感染暴发或疑似暴发时应及时报告相关部门；

（2）应通过收集病例资料、流行病学调查、微生物检验，分析确定可能的传播途径，据此制定并采取相应的控制措施；

（3）对疑有某种微生物感染的聚集性发生时，宜做菌种的同源性鉴定，以确定是否暴发。

附录

重症患者常见感染的预防

一、呼吸机相关性肺炎（ventilator associated pneumonia, VAP）

由于 VAP 是医源性因素导致的肺部感染，因此在预防方面，规范医疗行为显得尤为重要。预防的建议有以下几个方面：

- （一）声门下分泌物引流；
- （二）动力床辅助患者改变体位；
- （三）抬高床头 30° - 45° 以减少胃内容物误吸；
- （四）控制外源性感染，即加强环境卫生和规范医务人员操作（如前所述）；
- （五）规范的人工气道护理技术和充分的痰液引流；
- （六）口腔护理和选择性口咽部去污（每 6h-8h 一次）；
- （七）足够的营养支持策略。

二、尿管相关性尿路感染（Catheter-associated urinary tract infection, CA-UTI）

尿管相关感染是医院感染中最常见的类型，其感染发生的主要危险因素为：尿管留置时间、尿管置入方法、尿管护理质量、抗菌药物的使用。因此，为预防尿管相关感染需做到如下几点：

- （一）避免不必要的留置导尿；
- （二）对留置导尿者采用密闭式引流装置；

(三) 留置尿管时应遵循无菌操作原则，动作轻柔，避免损伤尿道粘膜；

(四) 妥善固定尿管和集尿袋位置，防止逆行感染；

(五) 不常规使用含消毒剂或抗菌药物的溶液冲洗膀胱；

(六) 每日评估留置尿管的必要性，不需要时尽早拔除，尽量缩短尿管留置时间。

三、导管相关性血流感染（Catheter-Related Blood Stream Infection, CRBSI）

导管相关性血流感染的发生率占有院内感染的10%-20%。其感染的途径主要有：穿刺部位皮肤细菌移行、导管接口部的直接污染、血行感染在导管内定植、输液污染。为预防导管相关性血流感染，有如下几个建议：

(一) 置管过程中需严格遵循无菌操作规程；

(二) 严格执行手卫生；

(三) 选择合适的静脉穿刺点，中心静脉置管时应首选锁骨下静脉；

(四) 定期更换敷料，无菌纱布更换频率为1次/2天，无菌透明辅料更换频率为1-2次/周，如果敷料渗湿或松动应及时更换；

(五) 外周和中心静脉置管后，应当用生理盐水/肝素生理盐水常规冲管，以预防导管内血栓形成；

(六) 不能保证无菌原则的紧急状态下置入的管路应在条件

允许的情况下尽早拔除；

（七）每日对留置导管的必要性进行评估，不需要时尽快拔除导管。

广东省医疗机构口腔科感染防控指引

口腔科是血源性疾病和呼吸道疾病传播的高风险科室之一，口腔诊疗频繁进行侵入性治疗，通常接触血液和飞沫。为切实做好口腔科感染的预防控制工作，坚持以人民健康为中心，确保医院感染管理各项工作落实到位，有效防范医疗机构感染事件的发生，根据有关规定，结合我省实际工作情况，特制定本工作指引。

一、感染防控组织管理要求

（一）依据相关规定，医疗机构要建立健全医疗机构感染防控管理网络，各司其职。科室感染防控管理小组有分工，职责明确，应由科室负责人、护士长、医师、护士等组成，各成员职责分工明确。

（二）有医疗机构感染防控管理相关政策、法规及规范的全员培训计划，培训内容应涵盖标准预防、手卫生、无菌操作、口腔器械的处理、职业暴露防护及医疗废物处置等知识。开展培训，并有考核和评价记录。

（三）建立健全科室规章制度及操作指引。

（四）每季度开展院、科两级督导检查，院级督导检查有记录、有反馈；科室每季度开展自查，针对院、科两级检查发现的

问题有总结、分析、整改、评价。

(五) 职业暴露防护制度、锐器伤处理指引清晰。如发生锐器伤,应遵循《医务人员艾滋病病毒职业暴露防护工作指导原则》执行,追踪记录完整。

二、门诊布局与设施要求

(一) 诊疗区域布局合理,按功能分为诊疗区、技工室、器械处理区、候诊区、生活区。诊疗区、技工室及器械处理区应独立设置;已实现器械集中处理的医疗机构可不设器械处理区。

(二) 诊疗区域环境整齐,通风良好,光线充足,牙椅宜分间独立设置或以屏障相隔,否则应保持牙椅之间间距,以防止飞沫污染。单位牙椅占地面积不少于 3m×3m,按四手操作牙椅居中的布局设置。诊疗室地面、墙面、天花板应采用光滑无孔隙、易清洁、防水防火、防尘、防潮材料装饰,设计上不留不可视区。

(三) 应有明确的无菌物品及清洁物品储存间/柜。

(四) 诊室内器械回收盒、医疗废物容器(袋)及锐器盒放置区域设计合理,应分类放置,符合 WS 506 要求和《医疗废物管理条例》。

(五) 诊室内洗手设施合理完善。应为非接触式洗手设施,配备流动水、洗手液、干手设施等。有手卫生指引。洗手池保持清洁。

(六) 技工室应独立设置,流程合理。保持通风、清洁。内设灌模区域的,洁、污水池应分开设置,水池深度适宜,以避免

喷溅为度。

三、口腔诊疗中的感染控制要求

口腔诊疗操作宜采用四手操作，应遵循消毒隔离原则和无菌操作观念。

（一）开诊前。

1. 医护人员应严格执行《医务人员手卫生规范》；
2. 清洁综合治疗台水路，冲洗水路至少 2 分钟；
3. 清洁综合治疗台下水管道，抽吸式冲洗吸唾管道 30 秒，冲洗痰盂下水管道；
4. 清洁诊疗区域物体表面，临床接触面宜采用一次性覆膜(套)隔离防护；
5. 医务人员个人防护，应穿工作服、戴口罩、帽子、手套等，在产生汽雾的治疗过程中应戴护目镜/防护面罩；
6. 患者个人防护，应佩戴防污胸巾，发生血液、体液喷溅时，戴护目镜，必要时使用橡皮障。

（二）诊疗过程中。

1. 戴手套操作时，避免接触一次性覆膜(套)覆盖外的部位，减少对周围环境的污染；
2. 使用高度危险性口腔器械前，应检查包装是否完整、是否在有效期内等；
3. 取用牙科材料时，容器内材料不得污染，应用干燥清洁或无菌器械取出适量材料，未用完的材料不得回收；

4.操作中宜使用强吸吸除气雾和飞沫、弱吸吸除唾液，减少喷雾对诊疗环境的污染；

5.锐器使用后即时处理并放置于锐器盒；

6.对使用后的器械及时进行椅旁预清洁。

（三）诊疗后。

1.一次性使用物品“一人一用一弃”，使用后按《医疗废物管理条例》分类处置；

2.可重复使用器械“一人一用一消毒或/和灭菌”，使用后存放于器械回收盒密闭存放，按需要进行保湿，及时密闭运送到消毒供应中心或/和器械处理区处理。保湿液可选用专用保湿剂、酶类清洁剂或生活饮用水；

3.牙科手机每次使用前、后，应踩脚踏控制板冲洗水路 30 秒，减少手机回吸污染。应使用防回吸手机或/和使用防回吸装置；

4.吸唾尖一人一用，吸唾管道和痰盂每患者使用后清洗、消毒拭干；

5.化学擦拭消毒治疗区域所有临床接触面，设备、物表消毒符合 WS/T 512《医疗机构环境表面清洁与消毒管理规范》；

6.更换手套，进行手卫生。

（四）全天诊疗结束后。

1.清洗处理口腔综合治疗台水路，应冲洗水路 2 分钟。

2.清洗消毒吸唾管道和痰盂，并用常水冲洗，保持排空，干

燥过夜；

四、口腔诊疗器械的处理

（一）基本要求。

1.综合医院、口腔专科医院的消毒供应中心应符合《广东省医疗机构消毒供应中心考核细则》。器械处理区设计及配备应符合中华人民共和国卫生行业标准 WS 506《口腔器械消毒灭菌技术操作规范》要求。口腔科器械优先选择消毒供应中心处理。

2.器械处理区的设计，遵照 WS 506 要求。清洗消毒灭菌设施、设备能满足本机构医疗服务需求。器械处理区分区明确，标识清晰，布局流程符合消毒隔离原则，物流从污到洁单向流程。清洗消毒间地漏应采用防返溢式，排污系统接医院污水处理系统。通风良好，或使用空气处理设施。

3.器械处理区应具备必要的清洗、消毒及灭菌设施和设备，如高压水枪、超声波清洗机及压力蒸汽灭菌器等，宜根据实际诊疗业务及工作量配备必需的设备，包括器械清洗消毒干燥一体机、牙科手机注油养护机、医用热封机、干燥设备等。

4.从事口腔诊疗器械处理的工作人员能满足本机构医疗服务要求，应培训上岗，至少每年参加一次相应内容的培训学习并有记录。

5.口腔器械处理按照 WS 506 执行。

6.口腔器械首选压力蒸汽灭菌法。对不能耐受压力蒸气灭菌的器械可采用低温灭菌或化学浸泡等方法进行灭菌，化学消毒方

法符合 WS/T 367 的要求。

7.灭菌过程应按照 WS 506 要求进行物理监测、化学监测和生物监测。生物监测可由本医疗机构或其他医疗机构及本地区疾病预防控制中心进行监测，小型灭菌器至少每月一次。根据实际业务开展情况，必要时按照 WS 310.3《医院消毒供应中心 第3部分：清洗消毒及灭菌效果监测标准》要求，生物监测每周一次。

（二）口腔器械的分类及处理原则。

1.口腔器械分为三类，高度危险性口腔器械、中度危险性口腔器械和低度危险性口腔器械。所有口腔器械，必须达到“一人一用一消毒或/和灭菌”。

2.高度危险性口腔器械：接触病人伤口、血液、破损粘膜或者用于侵入性治疗或介入无菌组织的各类口腔诊疗器械为高危险性口腔器械，包括一次性使用和可重复使用的器械。如：拔牙器械，手术器械，根管治疗器械，牙周治疗器械等。应达到灭菌水平，无菌保存。

3.中度危险性口腔器械：接触病人完整粘膜、皮肤的口腔器械，包括一次性使用牙科材料、开口器、吸管、橡皮障及附件，测量仪挂钩，银汞输送枪，三用枪喷头，正畸科、修复科器械，取模托盘等。应达到灭菌或高水平消毒，优先采用灭菌方法处理，清洁保存。

4.低度危险性口腔器械：辅助治疗，只接触干净的、完整皮肤的器械或设备，包括技工钳、血压计等，应达到中、低度水平

消毒，清洁保存。

(三) 口腔器械的清洗、消毒、灭菌、监测、放行与储存流程与方法。

所有器械应进行椅旁预清洁，使用后选用专用保湿剂、酶类清洁剂或生活饮用水保湿暂存。

1.回收。器械使用后应及时回收。根据器械材质、功能及处理方法不同进行分类放置与回收。回收设备每次清洗消毒，清洁干燥备用。

2.清洗。所有器械应进行彻底清洗。清洗包括手工清洗、超声清洗和机械清洗。管腔类器械清洗前应用高压水枪进行冲洗，可拆的器械应拆开分别清洗。超声清洗和机械清洗应遵循生产厂家的使用说明或指导手册。

3.消毒。消毒方法包括物理消毒与化学消毒，首选物理消毒方法中的湿热消毒。湿热消毒参数应符合 WS 310.2 要求；化学消毒方法应符合 WS/T 367 要求。低度危险性器械采用中低水平消毒。

4.干燥。有条件的单位，宜选用干燥设备对器械、器具进行干燥处理。干燥温度：金属干燥温度 70℃-90℃，塑料类干燥温度 65℃-75℃。无干燥设备和不耐热的器械、器具，可使用低纤维絮擦布进行干燥处理。

5.检查与保养。应用目测或使用带光源的放大镜对干燥后的口腔器械进行检查。对清洗质量不合格的器械应重新处理，损坏

或变形的器械报废或者送修，送修的器械，应作好标识，灭菌后送修。

6.包装。

(1) 医用包装材料应符合 GB/T-19633、YY/0698.2 标准要求，根据器械分类和材质选择包装材料。中度、低度危险性器械可不包装，消毒或灭菌后直接放入备用清洁容器内保存。

(2) 包装要求，包外应有灭菌化学指示物，应标识物品名称、包装者、灭菌器编号、灭菌批次、灭菌日期及失效日期，如只有一个灭菌器编号为 1 号。高度危险性口腔器械包内、包外均应有化学指示物。纸塑包装袋和纸袋封口密闭完整，密封宽度 $\geq 6\text{mm}$ ，包内器械距包装袋封口处 $\geq 2.5\text{cm}$ 。

7.灭菌与监测。口腔器械应首选压力蒸汽灭菌，选择小型灭菌器应符合 WS 506 附录 E 要求。不能耐受灭菌的或/和因地区条件受限的，中度危险性器械可采用高水平消毒，监测合格后使用。消毒监测方法与效果符合 GB 15982《医院卫生消毒标准》的要求。

8.放行与冷却。灭菌物品放行，每一灭菌周期结束后应检查所有物理参数、化学指示物，所得数据、指示物的显示与规定灭菌参数一致时方可放行。灭菌周期的各种监测或参数不合格时，不应放行，应查找失败原因，重新调整后再进行物理、化学监测，合格后灭菌器方可再次使用，必要时做生物监测，并应记录全过程。

9.储存。储存有效期与储存环境应符合 WS 506 要求。裸露灭菌的高度危险口腔器械灭菌后应立即使用，无菌镊取用、即开即盖、清洁环境保存最长不超过 4h。

（四）牙科手机的处理方法遵循 WS 506 附录 D 牙科手机清洗、保养方法。

公开方式：主动公开

抄送：委领导。

校对：医政医管处 李俐辉

(共印 8 份)



