以此件为准

广东省新型冠状病毒肺炎疫情防控指挥部办公室医疗救治组

粤卫医函〔2020〕132号

广东省新冠肺炎防控指挥办医疗救治组关于印发医疗机构新冠肺炎院感防控指引（第二版）的通知

各地级以上市新冠肺炎防控指挥办:

为有效防范和积极应对秋冬季可能出现的新冠肺炎疫情，指导做好医疗机构感染预防与控制工作，降低发生新冠肺炎医疗机构感染的风险，规范医务人员行为，省医疗救治组组织专家修订形成《广东省医疗机构新冠肺炎院感防控指引（第二版）》，现印发给你们。

各级各类医疗机构要认真学习指引，根据实际情况制定符合本单位的指引，强化培训，做到全院全员共同严格落实院感防控各项措施，最大可能避免医院感染发生。

广东省新冠肺炎防控指挥办医疗救治组

（代章）

2020年10月26日

广东省医疗机构新冠肺炎院感防控指引
（第二版）

为有效防范新冠肺炎疫情，指导医疗机构做好新冠肺炎院内感染预防与控制工作，根据《应对秋冬季新冠肺炎疫情医疗救治工作方案》《新型冠状病毒肺炎防控方案（第七版）》《医疗机构内新型冠状病毒感染预防与控制技术指南（第一版）》等文件要求，结合当前我省防控形势及实际情况，制定本指引。

一、患者的发现：落实预检分诊制度

（一）门诊患者就诊流程管理。

1. 门诊患者就诊：大门检测体温、查健康码、确认患者及家属正确佩戴医用外科口罩→分诊台护士询问流行病史并双方签名确认（流行病学史问卷参照见附件 1）→进入诊室医生再次询问确认流行病学调查表并签名→无异常者按普通门诊患者正常诊疗→无需住院结束门诊回家/需住院治疗者按入院流程管理（参考流程图见附件 2）。

门诊患者就诊后，需要 CT\MR\B 超\内镜等检查，就诊当天不能完成检查者，检查当天医技科室必须对患者进行预检分诊（接诊台/报到台查看健康码，无码者填写流行病学史问卷），有可疑者应转至发热门诊进行排查，无异常者方可进行检查。

流行病学史问卷可结合医院实际采用“线上问卷+纸质签字确认”等方式，达到流行病学史逐一询问、患者确认如实告知目

标即可。

2. 体温异常、流行病学史有异常的患者，立即联系发热门诊，由专人做好防护引领患者至发热门诊进行排查，具体操作流程如下:

（1）异常情况在预检分诊台发现: 确认患者及家属正确佩戴医用外科口罩，要求病人留在原地或指定地点（与其他患者之间保持至少 1 米的距离），等待专人护送至发热门诊。患者离开后及时对接诊台、候诊区等执行消毒。

（2）异常情况在诊室发现: 将病人留在诊室，确认患者及家属正确佩戴医用外科口罩，医生离开诊室（出诊室后手消毒、更换口罩与工作服、使用 75%的酒精或其他等效消毒剂消毒听诊器），等待专人护送患者至发热门诊。患者离开后及时对接诊台、候诊区、诊室等执行消毒。

（3）护送人员需做好二级防护（防护要求见本指引有关章节），电话联系发热门诊后，按指定路线将患者护送至发热门诊。

（4）工作人员需做好防护后方能给患者与家属做健康教育，如落实手卫生、呼吸卫生和咳嗽礼仪。

（二）急诊患者就诊流程管理。

1. 急诊患者就诊流程：大门检测体温、查健康码、确认患者及家属正确佩戴医用外科口罩→分诊台护士询问流行病史并双方签名确认→诊室医生再次询问确认流行病学调查表并签名→无异常者按普通急诊患者正常诊疗→无需住院结束急诊回家/需

入院者按入院流程管理。

2. 体温异常、流行病学史有异常的患者由专人做好防护引领至发热门诊就诊。

（三）发热门诊患者就诊流程管理。

1. 发热门诊接诊患者范围：有流行病学史患者；体温≥37.3℃和或呼吸道症状的患者。妇幼保健机构、儿童专科医院视实际情况可为发热原因明确、无流行病学史的发热儿童在普通儿科设置相对独立的普通发热诊室进行接诊，参照发热门诊的要求进行管理，具体参照《广东省新冠肺炎防控指挥办医疗救治组关于进一步加强医疗机构管理 防止疫情反弹有关工作的通知》（粤卫医函〔2020〕77 号）有关要求。

2. 进入发热门诊患者与家属管理要求：

（1）须正确佩戴符合国家标准的无呼气阀口罩，排队、候诊时须保持 1 米社交距离。

（2）通过扫码或纸质如实、正确填报流行病学史问卷，并保证内容属实。

3. 发热门诊医护接诊时要做好二级防护（具体要求见本指引有关章节）。

4. 诊治要求：发热门诊就诊患者，全部开展血常规、新冠状病毒核酸检测，必要时还要进行胸部 CT 检查和新冠病毒抗体检测，符合留观条件的患者（具体参考《广东省新冠肺炎防控指挥办医疗救治组关于进一步加强留观病例管理工作通知》粤卫医函

〔2020〕53 号））全部留观，必须等新冠状病毒核酸检测结果明确为阴性后才能离开发热门诊。

符合以下（1）情形，且符合（2）、（3）任一情形的病例；或符合（2）+（3）的病例；或符合（4）的病例，应迅速采取隔离留观措施:

（1）有流行病学史;

（2）发热和（或）呼吸道症状患者;

（3）胸部 CT 检查有肺炎表现;

（4）其他认为需要留观的病例。

5. 发热门诊应设置“三区两通道”和相对宽敞的空间，原则上能够满足患者所有检查、检验在该区域独立完成;有条件的配置独立 CT,受条件限制不能配置独立 CT 时可按照放射防护标准设置 DR 室；发热门诊应当设置独立的患者卫生间，卫生器具应当采用非手动开关。患者如需离开发热门诊进行胸片或 CT 检查，需提前通知放射科和值班医生到位，经特定路线（各医院自行制定）护送患者至放射科检查，在放射科专用检查室检查完后即由护士护送至隔离病房隔离。患者移动过程应当严格符合“距离最短、接触人员最少，专人防护陪同”的原则，不与普通患者混乘电梯。检查前必须确保放射科环境消毒及医务人员个人防护到位、避免交叉感染。患者离开后必须执行终末消毒到位后方可接待下一位患者检查。

6. 患者交费、取药管理。患者或家属在发热门诊内的自助交

费机/人工交费或使用手机扫码交费，在发热门诊药房取药，如无设置药房，医院药房应设专窗接收发热门诊处方，配好药后由专人佩戴好口罩送至发热门诊，再由发热门诊护士发给患者。

7. 接诊医生发现可疑病例须立即报告医务处/医务科、院感办/院感科，并立即请新冠救治专家组专家会诊，做好患者信息登记，送隔离病房隔离，不得擅自允许患者自行离院或转院。

8. 加强隔离留观室管理。隔离留观室应为单人间，并设置独立卫生间，隔离留观室（病房）的数量应依据传染病疫情防控需要和发热门诊诊疗量确定。隔离留观病室要标识明显，与诊室保持一定距离；室内必须通风良好，禁用中央空调，并加强消毒；隔离病房内安装摄像头和无线传输设备及监护设备，以便与外界及时沟通并满足远程会诊功能。安排专人管理，限制出入留观室人员；留观患者病情允许时，应当正确配戴口罩，并限制在留观室内活动。

（四）入院患者流程管理。

1. 需入院患者均须进行新冠核酸检测（低风险地区患者为入院前 7 日内，中风险地区患者建议为入院前 3 日内，高风险地区建议为当天结果）。

2. 患者持新冠核酸检测阴性报告办理入院手续，于病区报到时须检测体温、查健康码、填写流行病学调查问卷并签字确认。

3. 患者收入院后尽快完成血常规检测，必要时行胸部 CT 检查，有异常尽快请新冠救治专家组专家会诊，遵照会诊意见处理。

4. 加强对患者的体温和感染相关症状监测，如出现发热、肺炎、上呼吸道感染症状或消化道感染症状等，科室及时组织排查，必要时请新冠救治专家组专家会诊。经专家会诊不能排除新冠肺炎患者时，科室安排医生/护士做好防护将患者护送至隔离病房。患者离开后及时执行终末消毒。

5. 住院期间出现发热、肺炎、上呼吸道感染症状或消化道感染症状等，新冠救治专家组专家会诊不能排除新冠肺炎，病情需要行紧急手术者，按疑似患者做好隔离、防护工作进行手术。术后手术室及时执行终末消毒。

6. 患者住院期间，原则上不得离开病区（需到其他区域进行必要检查时除外），不串病室，不扎堆聊天。病情允许时应全程佩戴符合国家要求的无呼气阀口罩。

（五）陪护和探视人员管理。

疫情期间，若病情允许，原则上禁止陪护。必须陪护时，尽量固定一对一陪护，不得随意更换，做到“一患一陪一证”。陪护人员应提供新冠病毒核酸检测报告，经医疗机构确认排除新冠病毒感染后方可同意陪护。原则上禁止探视，鼓励采用电话、微信视频等方式进行探视和慰问。确需探视时，应结合医疗机构实际，完善探视流程，强化人员管理。具体可参考《广东省新冠肺炎防控指挥办医疗救治组关于强化医疗机构探视及陪护人员管理工作的通知》（粤卫医函〔2020〕85号）有关要求。

1. 进入病区前。

（1）探视（陪护）证发放。允许探视或陪护的住院患者，

应由主诊医师根据病情需要开具探视或陪护医嘱，护士长开具探视证或陪护证，探视证、陪护证信息必须填写完整（有照片），确保人证一致，有条件的医疗机构可以使用腕带替代探视证、陪护证。探视及陪护人员进入病区前，必须持有探视证、陪护证。

（2）陪护人员更换。陪护人员身份信息必须在病区或医院备案，中途不得随意更换。确需更换的，应经主诊医师同意并进行新冠病毒核酸检测等筛查，确认无新冠病毒感染后方可更换并发放新陪护证，旧陪护证由病区回收并即时销毁。

（3）出入人员体温监测及管理。医疗机构所有住院病区应设置门禁或专人管理，各类外来人员不得随意进出病区。病区入口处应由专人负责，详细登记进入人员信息，注明进出时间点（精准到分钟）。对进入的探视人员要认真核实身份，测量体温，指导正确佩戴口罩，详细询问流行病学史，填写承诺书（参考样式见附件3）；进行陪护的人员第一次要详细询问流行病学史，填写承诺书，再次进入时要认真核实陪护证（与身份信息一并核实），测量体温，指导正确佩戴口罩。有流行病学史、发热或呼吸道症状的人员，不得进入病区。

2. 进入病区后。

（1）探视人员。

①原则上，每名住院患者每次探视限1-2人，每人探视时间不超过30分钟。探视期间，探视人员应全程佩戴口罩，不串病房、不聚集、不扎堆。

②非特殊情况，探视人员应在探视时间段内进入病区。医疗机构应建立特殊情况（如病情变化、诊疗操作需要等）紧急探视流程。

（2）陪护人员。

①每位住院患者陪护人员限定为1人，禁止多人陪护或者轮流陪护。

②陪护人员陪护期间应正确佩戴口罩，不串病房、不聚集、不扎堆，不得进入医护人员工作场所，不得随意离开病区。

③陪护人员的饮食建议由医疗机构统一安排。外出就餐的，应减少在外逗留的时间。

④病区必须每天对在院陪护人员探测体温至少2次，并做好登记，有条件的医疗机构可采用手机网上填报等形式。每天至少清点、核查在院陪护人员1次，确保人证一致。

⑤要多方式、多途径对陪护人员进行新冠肺炎防护知识宣教，注重强化手卫生知识教育。

二、医务人员的防护及监测

（一）医务人员个人防护应遵循《医院隔离技术规范》（WS/T311-2009）和《医疗机构内新型冠状病毒感染预防与控制技术指南（第一版）》（国卫办医函〔2020〕65号）的要求。

（二）医疗机构应进行个人防护全员培训，提高防护意识，熟练掌握新冠肺炎防治基本知识、方法与技能。规范消毒、隔离和防护工作；储备质量合格、数量充足的防护物资。

（三）降低医务人员暴露风险。发热门诊、隔离留观区、隔离病区设置三区两通道及缓冲间，有条件的可设置负压病房；医院应设置过渡病区或缓冲病房收治待排查患者。

（四）医疗机构和医务人员应当标准预防措施，严格落实《医务人员手卫生规范》要求，做好诊区、病区（房）的通风管理，根据诊疗护理操作中可能的暴露风险选择适当的防护用品，具体如下：

1. 可能接触患者的血液、体液、分泌物、排泄物、呕吐物污染物品时，戴清洁手套，脱手套后进行手卫生。

2. 可能受到血液、体液、分泌物等喷溅时，戴护目镜/防护面屏、穿防渗隔离衣。

3. 可能出现呼吸道暴露时，戴医用外科口罩。

（五）在严格落实标准预防的基础上，根据接诊患者疾病的传播途径，参照《医院隔离技术规范》(WS/T311)选择强化接触传播、飞沫传播和/或空气传播的感染防控，严格落实戴医用外科口罩/医用防护口罩、戴乳胶手套等隔离要求。

（六）在新冠肺炎流行中高风险地区，按照接触新冠肺炎风险，在标准预防的基础上增加飞沫隔离、接触隔离的防护措施。在为疑似或确诊新冠肺炎患者进行产生气溶胶的操作时，增加空气隔离防护措施。根据不同工作岗位暴露风险的差异，根据有关文件要求选择防护用品，并根据风险评估适当调整，做到以下防护：

1. 标准预防。

普通门诊、普通住院病区，普通手术室、普通技诊科室等工作人员可佩戴医用外科口罩、一次性工作帽、工作服、一次性乳胶手套或丁腈手套等。

2. 一级预防。

门诊预检分诊、急诊接诊、口腔门诊、眼科门诊、耳鼻喉门诊、内镜检查等工作人员可佩戴医用防护口罩、护目镜或防护面屏，一次性工作帽、隔离衣、一次性乳胶手套或丁腈手套等。

3. 二级防护。

发热门诊、隔离病区、疑似及确诊患者影像检查、实验室核酸检测、疑似及确诊患者转运、为疑似或确诊患者手术等工作人员采用二级防护措施。

二级防护主要防护用品：医用防护口罩、护目镜或防护面屏、一次性工作帽、穿一次性防渗隔离衣或防护服、一次性乳胶手套或丁腈手套、鞋套等。

4. 三级防护。

有条件的医疗机构在为疑似或确诊患者实施可产生气溶胶操作、手术、新冠病毒核酸检测时可采用三级防护；为疑似或确诊患者实施尸体解剖时采用三级防护。

三级防护主要防护用品：一次性工作帽、医用防护口罩加正压头套或全面防护型呼吸防护器、穿防护服、一次性乳胶手套或丁腈手套、长筒鞋套（防护服有鞋套除外）等。

（七）正确使用防护用品，医务人员使用的防护用品应当符合国家有关标准。医用外科口罩、医用防护口罩、护目镜、隔离衣等防护用品被患者血液、体液、分泌物等污染时应当及时更换。

（八）按《医务人员手卫生规范》要求实施手卫生，戴手套前应当进行手卫生，脱去手套或隔离服后应当立即流动水洗手。

（九）医务人员进入隔离病区（二级防护）穿脱防护用品的流程。

1. 医务人员进入隔离病区穿戴防护用品程序。

医务人员通过员工专用通道进入清洁区，有条件的可以更换刷手衣裤、换工作鞋袜，认真手卫生后依次戴一次性帽子、医用防护口罩、穿防护服/一次性防渗隔离衣、戴护目镜或防护面屏、手套（2 副）、鞋套。

2. 医务人员离开隔离病区脱摘防护用品程序。

（1）医务人员离开污染区，进入第一脱摘区，首先是脱外层手套，手消毒后依次脱摘防护面屏或护目镜、鞋套、医用防护服/一次性防渗隔离衣、手套、一次性帽子等分置于专用容器中，之后手卫生。

（2）在第二脱摘区脱去医用防护口罩，更换清洁鞋后进入清洁区。

（3）一次性医用外科口罩、医用防护口罩、防护服或者一次性防渗隔离衣等防护用品被患者血液、体液、分泌物等污染时应当立即更换。

（4）下班前应当进行个人卫生处置，并注意呼吸道与黏膜的防护。

（十）严格执行锐器伤防范措施。患者使用后的医疗器械、器具应当按照《医疗机构消毒技术规范》要求进行清洁与消毒。

（十一）应当合理安排医务人员的工作，避免过度劳累，并及时对其健康情况进行监测，注意监测医务人员体温和呼吸系统症状。

（十二）医务人员职业暴露处置指引。

1. 预防是职业暴露的最佳处置方式，目前主要是物理预防措施，包括社交距离佩戴口罩、咳嗽礼仪、手卫生、环境清洁与消毒、通风及负压病房、早期发现和隔离患者。新冠肺炎尚缺乏暴露前预防措施（如疫苗）和暴露后预防措施（如预防性使用药物和血清抗体阻断发病等）。

2. 医疗机构应当制订新冠病毒感染职业暴露报告制度及处置预案。

3. 根据暴露风险评估选择恰当的处置方式。呼吸道暴露风险最高，血液体液暴露及皮肤暴露风险较低，血液体液暴露须同时考虑经血传播疾病风险。

4. 呼吸道暴露处置:

（1）常见呼吸道暴露: 缺乏呼吸道防护措施、呼吸道防护措施破坏时（如口罩脱落）、使用无效呼吸道防护措施（如不符合规范要求的口罩）时与新冠肺炎患者或无症状感染者密切接触; 新

冠病毒环境污染的手接触口鼻或眼结膜等。

（2）呼吸道暴露后的处置措施。

①发生呼吸道暴露后应尽快脱离暴露现场或立即佩戴合格口罩脱离暴露现场。

②脱离暴露现场后尽快报告有关部门（一般为医院感染管理部门），仍未佩戴口罩者尽快佩戴合格口罩。

③有关部门（一般为医院感染管理部门）接到报告后及时评估暴露风险。若暴露源患者被确定为新冠病毒感染者则感染风险较高；暴露时所处环境为隔离病房、发热门诊或隔离留观室，且有新冠病毒感染者存在时感染风险较高，否则风险较低。

④有关部门及时为高风险暴露者指定隔离地点实施单间隔离，暴露者应佩戴口罩。

⑤高风险暴露者单间隔离 14 天，禁止离开隔离区。期间若被诊断为新冠肺炎病例或无症状感染者,则转送至定点救治医院。

⑥暴露源患者诊断尚未明确的应尽快明确诊断。若暴露源患者排除新冠病毒感染，暴露者可解除隔离。

5. 血液体液暴露时的紧急处置。

（1）发生血液体液喷溅污染皮肤时，即刻至潜在污染区用清水彻底清洗干净，用 75%乙醇或碘伏擦拭消毒，再用清水清洗干净。护目镜或防护面屏或口罩被污染时，即刻至潜在污染区及时更换；污染眼部、口腔时，即刻至潜在污染区用大量清水/生理盐水彻底清洗。防护服、隔离衣、手套等被污染时，及时至缓冲间

更换。

（2）发生针刺伤时，先就近脱去手套，从近心端向远心端轻柔挤压受伤手指挤出受伤部位血液，流动水冲洗，75%乙醇或碘伏消毒刺伤部位，包扎伤口后戴清洁手套，然后按血液体液暴露常规处理。

三、环境的消毒和污衣处理

（一）室内空气清洁与消毒。

1. 遵循原则。应严格遵循《医院空气净化隔离规范》（WS/T 368-2012）《经空气传播疾病医院感染预防与控制规范》（WS/T 511-2016）《空气消毒剂通用要求》（GB 27948-2020）《医院中央空调系统运行管理》（WS488-2016）《公共场所集中空调通风系统卫生规范》（WS 394-2012）《公共场所空调通风系统清洗消毒规范》（WS 396-2012）和《关于印发公众科学戴口罩指引（修订版）和夏季空调运行管理与使用指引（修订版）的通知》（联防联控机制综发〔2020〕174号）等文件要求。

2. 感染防控要点。

（1）在建筑设计中应结合中央空调通风系统，合理配置新风系统、回风系统和排风系统，建立上送风下回风的气流组织，有效降低诊疗场所室内空气中微生物、气溶胶浓度。

（2）可选择自然通风或机械通风进行有效空气交换，每日通风2~3次，每次不少于30分钟；宜选择在中央空调通风系统中安装空气净化消毒装置，或在回风系统中安装空气净化消毒装置；

室内也可配置人机共存的空气净化消毒机；有人情况下不能使用紫外线灯辐照消毒和化学消毒。

（3）负压隔离病房，在保证有效换气次数的前提下，不必额外增加空气消毒措施。在患者出院或转科后，对腾空的负压病房做好环境物体表面终末清洁与消毒的基础上，如有洁净系统可连续开启通风机组自净 1 小时后使用；如无洁净系统，可使用过氧化氢汽（气）化/雾化等空气消毒设备进行空气消毒（确保在无人的情况下方可实施）。

（4）化学消毒剂汽（气）化/雾化消毒应在无人情况下使用，可选择过氧乙酸、过氧化氢、二氧化氯等消毒剂，使用浓度和作用时间，按产品的使用说明进行。

（5）中央空调系统的日常管理应按《医院中央空调系统运行管理》要求进行，安全有效使用。

3. 疑似或确诊新冠肺炎患者所处室内空气的清洁与消毒。

（1）当发现有疑似或确诊新冠肺炎患者时，在患者离开该环境后，应对患者所处室内环境进行通风与清洁消毒。

（2）疑似或留观患者应单间隔离，并通风良好，可采取排风（包括自然通风和机械排风），也可采用人机共存的空气消毒机进行空气消毒。无人条件下可用紫外线等对空气进行消毒，用紫外线消毒时，可适当延长照射时间到 1 小时以上。

（3）有条件的医疗机构可将患者安置到负压隔离病房。

（4）终末消毒，可使用过氧化氢汽（气）化/雾化等空气消毒设备进行空气消毒。

4. 注意事项。

（1）注意诊疗场所的气流组织，应从清洁区域流向污染区域。

（2）选择的空气消毒设备，应符合国家有关管理规定，并按照使用说明。

（3）注意人员保暖。

（二）环境物体表面的清洁和消毒。

1. 遵循原则。严格遵循《医院消毒卫生标准》（GB 15982-2012）《普通物体表面消毒剂通用要求》（GB 27952-2020）《医疗机构消毒技术规范》（WS/T 367-2016）《医疗机构环境表面清洁与消毒管理规范》（WS/T 512-2012）《关于全面精准开展环境卫生和消毒工作的通知》（联防联控机制综发〔2020〕195 号）等文件要求。

2. 感染防控要点。

（1）加强日常环境物体表面清洁和消毒工作，消除污染的环境物体表面的传播隐患。

（2）按照单元化操作的原则，强化高频接触物体表面的清洁与消毒。

（3）严格执行医院环境清洁与消毒制度，有明显污染的情况下，应先去污，再实施消毒；消毒可选用 500mg/L 含氯消毒液，或采用同等杀灭微生物效果的消毒剂。

（4）物体表面擦拭宜采用有效消毒湿巾，也可使用超细纤维抹布；地面清洁消毒宜使用超细纤维地布；清洁工具做到分区使

用（如采用机械热力清洗消毒的可统一使用），保持清洁工具清洁与干燥，宜集中机械热力清洗、消毒与干燥。使用过的或污染的保洁工具未经有效复用处理，不得用于下一个患者区域或诊疗环境，防止发生病原微生物交叉污染。

（5）预防消毒与随时消毒相结合。医疗区域预防消毒至少1次/天，中高风险区域至少2次/天；有明显污染随时消毒。高频接触的物体表面应增加消毒频次。

3. 终末清洁与消毒。

（1）患者一旦出院或转科，应立即对病房或患者区域进行环境终末清洁与消毒工作，有效阻断病原微生物传播。

（2）应有序实施以“床单元”为单位的终末清洁与消毒工作，从医用织物到环境物体表面，先清洁、后消毒，从上到下，从相对清洁物体表面到污染物体表面，清除所有污染与垃圾。可搬离的医疗设备与家具，应在原地实施有效清洁与消毒后，方可搬离。

（3）消毒可选用500mg/L含氯消毒液，或采用同等杀灭微生物效果的消毒剂；有明显污染时先去污染再消毒。

（4）必要时可采取强化的终末消毒措施，即可以在上述清洁与消毒措施基础上，采用过氧化氢汽（气）化/雾化消毒，或紫外线辐照设备消毒，或采用同等杀灭微生物效果的消毒方法，按产品的使用说明进行消毒。

4. 疑似或确诊新冠肺炎患者接触物体表面、地面的清洁与消毒。

（1）发现疑似或确诊新冠肺炎患者时，在患者离开该环境后，应对患者所处周围环境的物体表面、地面进行清洁与消毒，消毒可选用 1000mg/L 含氯消毒液至少作用 30 分钟，或采用同等杀灭微生物效果的消毒剂。如为留观病房则每日消毒不得少于 2 次。

（2）有可见污染物时，应先使用一次性吸水材料清除污染物，再用 1000mg/L 的含氯消毒液或 500mg/L 的二氧化氯消毒剂等进行擦拭消毒，作用 30 分钟；或使用具有吸附消毒一次性完成的消毒物品。

（3）保持环境清洁、整齐。

5. 注意事项。

（1）遵循“五要、六不”原则。

“五要”，即：隔离病区要进行定期消毒和终末消毒；医院人员密集场所的环境物体表面要增加消毒频次；高频接触的门把手、电梯按钮等要加强清洁消毒；垃圾、粪便和污水要进行收集和无害化处理；要做好个人手卫生。

“六不”，即：不对室外环境开展大规模的消毒；不对外环境进行空气消毒；不直接使用消毒剂对人员进行消毒；不在有人条件下对空气使用化学消毒剂消毒；不用戊二醛对环境进行擦拭和喷雾消毒；不使用高浓度的含氯消毒剂进行预防性消毒。合理使用消毒剂，科学规范采取消毒措施，同时避免过度消毒。

（2）使用合法有效的消毒剂，消毒剂的使用剂量、作用时间

和注意事项参考产品使用说明。

（3）消毒剂对物品有腐蚀作用，特别是对金属腐蚀性很强，对人体也有刺激，配制消毒液、实施环境清洁消毒措施时，应做好个人防护。

（三）诊疗器械、器具和物品清洗与消毒。

1. 遵循原则。

严格遵循《消毒供应中心第1部分：管理规范》（WS310.1-2016）《消毒供应中心第2部分清洗消毒及灭菌技术操作规范》（WS 310.2-2016）《消毒供应中心第3部分：清洗消毒及灭菌效果监测标准》（WS 310.3-2016）《医疗机构消毒技术规范》（WS/T 367-2012）和《医院消毒卫生标准》（GB 15982-2012）等文件的要求。

2. 感染防控要点。

（1）按照行业标准要求做好复用诊疗器械、器具和物品的收集、清洗、包装、灭菌或消毒、储存、运送的全流程工作，确保复用器械的使用安全。

（2）应采取集中管理方式，所有复用的诊疗器械、器具和物品由消毒供应中心负责回收、清洗、消毒、灭菌和供应。内镜中心、口腔科等科室的复用器械的清洗消毒，可按国家相关行业标准处理，也可集中由消毒供应中心处理。

（3）使用后的诊疗器械、器具与物品，在使用部门应先就地预处理，去除肉眼可见污染物，及时送消毒供应中心集中处理;

无法及时送消毒供应中心的器械和物品可使用器械保湿剂或及时进行初步清洗。消毒供应中心应遵循先清洗后消毒的处理程序，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、器具和物品应先消毒。耐湿、耐热的器械、器具和物品首选热力消毒或灭菌方法。不耐热物品可选择化学消毒剂或低温灭菌设备进行消毒或灭菌。

（4）新使用的医疗器械与物品，应先了解材质与性能，选择合适的灭菌或消毒方法。

（5）血压计、听诊器、输液泵等医疗用品处理同物体表面。

3. 疑似或确诊新冠肺炎患者诊疗器械、器具和物品的清洗与消毒。

（1）可复用诊疗器械、器具和物品，使用后去除可见污染物后立即采用双层专用袋逐层密闭包装，做好标识，密闭运送至消毒供应中心集中进行处理；消毒供应中心可实行先消毒，再处理。

（2）或使用后立即使用有消毒杀菌的医用清洗剂或1000mg/L含氯消毒剂浸泡30分钟，采用双层专用袋逐层密闭包装，做好标记，密闭运送至消毒供应中心集中进行处理。

（3）灭菌首选压力蒸汽灭菌，不耐热物品可选择化学消毒剂或低温灭菌设备进行消毒或灭菌。

（4）建议使用一次性餐（饮）具。如非一次性餐具，清除食物残渣后，煮沸消毒30分钟，也可用有效氯为500mg/L含氯消毒液浸泡30分钟后，再用清水洗净。

4. 注意事项。

（1）首选机械清洗、消毒，手工清洗注意个人防护。

（2）注意医疗器械处理间的环境通风、清洁与消毒。

（3）防止运送中再污染。

（四）医用织物的清洁与消毒。

1. 遵循原则。

应严格遵循《医院医用织物洗涤消毒技术规范》（WS/T508-2016）的要求。

2. 感染防控要点。

（1）应保持清洁卫生。

（2）宜使用可水洗的医用织物，可擦拭的床垫。

（3）住院患者、急诊室患者应一人一套一更换，衣服一日一换，床单、被套、枕套至少每周更换 1 次；遇污染时应及时更换；更换后的医用织物应及时清洁、消毒；枕芯、被褥、床垫应定期清洁、消毒，被血液、体液污染时应及时更换，清洁、消毒。

（4）门诊诊间、治疗间的床单至少每天更换，如就诊人数较多，半天更换，有污染随时更换；如可能接触患者粘膜（如妇科检查等）的，应一人一换，或使用隔离单（如一次性中单等）。

（5）医务人员工作服应保持清洁，定时更换，如遇污染应随时更换；专用工作服专区专用，至少每日更换，遇污染应随时更换。

（6）宜使用具有防水阻菌阻尘功能的床上用品，可采用擦拭

清洁与消毒。

（7）使用部门应备有足够的被服收集袋（桶），分别收集感染性织物、脏污织物及医务人员的工作服、被服；织物收集袋（桶）应保持密闭。

（8）有明显血液、体液、排泄物等污染的被服，多重耐药菌或感染性疾病患者使用后的被服视为感染性织物，由产生的部门负责放置在专用袋中并有警示标识，洗衣部门需分开单独清洗消毒。

（9）明显污染且无法清洗的织物可按医疗废物处理。

（10）被服的收集运送车与干净被服发放车应分车使用，并有明显标志，收取和发放车辆应专用，并应密闭运送防止二次污染。

（11）应分别设有相对独立的使用后医用织物接收区域和清洁织物储存发放区域，标志应明确，避免交叉污染。

3. 疑似或确诊新冠肺炎患者接触织物的清洁与消毒。

（1）宜使用可水洗的医用织物，可擦拭的床垫。

（2）当发现有疑似或确诊新冠肺炎患者，使用后的床单、被套等立即装入用双层专用袋鹅颈结式包扎，并贴有警示标识，密闭转运集中进行消毒、清洗；可用流通蒸汽或煮沸消毒 30 分钟；或先用 500mg/L 的含氯消毒液浸泡 30 分钟，然后按常规清洗；或采用水溶性包装袋盛装后直接投入洗衣机中，同时进行洗涤消毒 30 分钟，并保持 500mg/L 的有效氯含量；贵重衣物可选用环

氧乙烷方法进行消毒处理。

（3）一次性床单等，使用后当作医疗废物处理。

（4）洗衣房宜单独区域进行消毒与清洗，环境通风，定期消毒。

（5）明显污染且无法清洗的织物可按医疗废物处理。

4. 注意事项。

（1）实施病人单元整理、更换、清洁和消毒时，以及洗衣时应做好个人防护。

（2）医用织物收集过程避免扬尘和二次污染。

（3）医疗机构选择社会化洗涤服务机构承担洗涤消毒工作的医疗机构，应对洗涤服务机构在运送、洗涤消毒操作等进行指导和监督，强化抽检工作，确保消毒质量。

四、医疗废物的管理

（一）遵循原则。应严格遵循国家颁布的《医疗废物管理条例》《医疗卫生机构医疗废物管理办法》《医疗废物包装物、容器标准和标识》《医疗废物分类目录》等相关法规和文件要求。

（二）感染防控要点。

1. 收集：医疗废物应放置在装有黄色垃圾袋的医疗废物桶中，禁止混入生活垃圾袋（黑色垃圾袋）中，医疗废物桶应加盖并有明显标识；锐器及时置于锐器盒中，避免扎伤。

2. 感染性隔离患者使用后的医疗废物需采用双层黄色医疗废物袋，分层封扎，做好标识，生活垃圾按照医疗废物处理。

3. 治疗室外使用后产生的医疗废物严禁入治疗室存放。

4. 医疗废物袋装量达 3/4 时应扎紧袋口后放入医用废物暂存容器（转运箱）中，锐器盒装量达 3/4 时封口，转运时放入转运箱中，转运箱应加盖后扣紧环扣。存放医疗废物的容器应防渗，医疗废物袋外表面粘贴医疗废物标志（感染性、损伤性、病理性、药物性、化学性），根据废物类型进行选择。

5. 医疗废物在产生地（如病区或门诊）存放时间不超过 24 小时，在医疗废物暂时贮存地点存放时间不得超过 48 小时，集中回收后移交有资质的医疗废物集中处置单位。

6. 病原体的培养基、标本和菌种、毒种保存液等高危险废物，应当在产生地点进行压力蒸汽灭菌或者化学消毒处理，然后按照感染性废物收集处理。

7. 医疗废物由医院专人、定时、定线、使用密封容器进行收集、运送，不污染环境。收集人员应做好必要的防护，如工作衣、手套等。每天运送结束后，应对运送工具进行清洁和消毒。

8. 医疗废物收集人员负责登记各部门产生的废物量，并请产生部门人员确认。

9. 暂存要求：医院集中存放医疗废物的房间必须上锁（或门禁），避免流失，并粘明显的警示标识和禁止吸烟饮食的标识，有防漏、防鼠、防蚊蝇、防蟑螂、防盗、防儿童接触等安全措施。有上下水、洗手等设施。每天对环境进行清洁与消毒，有污染时立即消毒；运送车辆每天清洁消毒。

（三）疑似或确诊新冠肺炎患者医疗废物的管理。

1. 患者产生的生活垃圾与医疗废物均作为医疗废物处理。

2. 医疗废物收集桶应为脚踏式并带盖。

3. 医疗废物达到包装袋或者利器盒的 3/4 时，应当有效封口，确保封口严密。使用双层包装袋盛装医疗废物，采用鹅颈结式封口，分层封扎。

4. 盛装医疗废物的包装袋和利器盒的外表面被感染性废物污染时，应当增加一层包装袋。

5. 潜在污染区和污染区产生的医疗废物，在离开污染区前应当对包装袋表面采用 1000mg/L 的含氯消毒液喷洒消毒（注意喷洒均匀）或在其外面加套一层医疗废物包装袋；清洁区产生的医疗废物按照常规的医疗废物处置。

6. 含病原体的标本和相关保存液等高危险废物的医疗废物，应当在产生地点进行压力蒸汽灭菌或者化学消毒处理，然后按照感染性废物收集处理。

7. 每天运送结束后，对运送工具进行清洁和消毒，可使用 1000mg/L 含氯消毒液擦拭消毒；运送工具被感染性医疗废物污染时，应当及时消毒处理。

8. 医疗废物宜在医疗机构集中暂存于相对独立区域，尽快交由医疗废物处置单位进行处置，做好交接登记。

（四）注意事项

1. 锐器盒应符合国家标准，并严禁重复使用。

2. 医疗废物运送人员应做好个人防护。

五、对疑似病例和确诊病例的转诊转运

详细参考《广东省疾病预防控制中心关于印发广东省新型冠状病毒感染的肺炎防控技术要点和相关技术指南(试行)的通知》，要点如下:

（一）应在有隔离防护条件下进行，按照指定路线由专人引导进入病区。

（二）患者必须正确佩戴医用外科口罩；并告知咳嗽礼仪和手卫生的宣传教育（咳嗽或者打喷嚏时用纸巾遮掩口鼻，在接触呼吸道分泌物后应使用流动水洗手）。

（三）转运至外院或指定医院的重症患者需专车专运。陪同人员（含医务人员、司机、家属）应按二级防护执行。

（四）转运结束后应对转运车辆及车上设备进行终末消毒。

六、采样及送检

详细参考《新型冠状病毒肺炎防控方案（第七版）》、《广东省疾病预防控制中心关于印发广东省新型冠状病毒感染的肺炎防控技术要点和相关技术指南（试行）的通知》，要点如下:

（一）采样人员按照二级防护措施进行安全防护。

（二）就诊及住院患者的标本由所在医院经过培训的医护人员在二级防护下采集。

（三）密切接触者标本由当地疾控机构负责采集。

（四）所有标本采集后，必须装入密封的螺口塑料离心管中，

拧紧瓶盖后再运到实验室，容器外注明样本编号、种类、姓名及采样日期，运输前尽可能对容器外壁做好消毒。

七、重点科室新冠肺炎疫情防控工作指引（详见附件 3-17）

附件：1. 新冠肺炎流行病学调查问卷（参考）

2. 预检分诊流程（参考）

3. 预检分诊点新冠肺炎院感防控工作指引

4. 发热门诊新冠肺炎院感防控工作指引

5. 门急诊新冠肺炎院感防控工作指引

6. 住院病区新冠肺炎院感防控工作指引

7. 手术部（室）新冠肺炎院感防控工作指引

8. 消化内镜中心新冠肺炎院感防控工作指引

9. 感染性疾病科病房新冠肺炎院感防控工作指引

10. 儿科新冠肺炎院感防控工作指引

11. 产房新冠肺炎院感防控工作指引

12. 眼科新冠肺炎院感防控工作指引

13. 耳鼻喉科新冠肺炎院感防控工作指引

14. 口腔科新冠肺炎院感防控工作指引

15. 医技科室新冠肺炎院感防控工作指引

16. 血液净化中心（室）新冠肺炎院感防控工作指引

17. 康复医学科新冠肺炎院感防控工作指引

18. 发热诊室新冠肺炎疫情防控工作指引

附件 1

新冠肺炎流行病学调查问卷（参考）

患者姓名：_____　　联系电话：_____

诊疗卡号/身份证号码：_____

一、您是否有发热、咳嗽等呼吸道症状？（请在□内打“√”）

□是　　□否

二、近 14 天内是否去过**国外、香港以及国内中高风险地区***，或有病例报告的社区？

□是　　□否

三、近 14 天内是否接触过来自**国外、香港以及国内中高风险地区***的发热或有呼吸道症状的患者？

□是　　□否

四、近 14 天内是否与新型冠状病毒感染者（核酸检测阳性者）有接触？

□是　　□否

五、近 14 天内您的家庭或办公室等小范围内是否出现 2 例及以上发热和/或呼吸道症状的病例？

□是　　□否

六、您 14 天内从哪个地区来广州？

□一直在广州

□国内：_____省_____市_____区

□香港 □澳门 □台湾

□**境外：（填写国家或地区）** _____

本人保证，以上内容真实无误，如有瞒报，将承担法律责任。

患者/填表人签名：_____　　日期：2020 年　　月　　日

分 割 线 以 下 患 者 不 用 填 写

护士站 测体温：_____ ℃

接诊护士/问询人签名：_____　　医生签名：_____

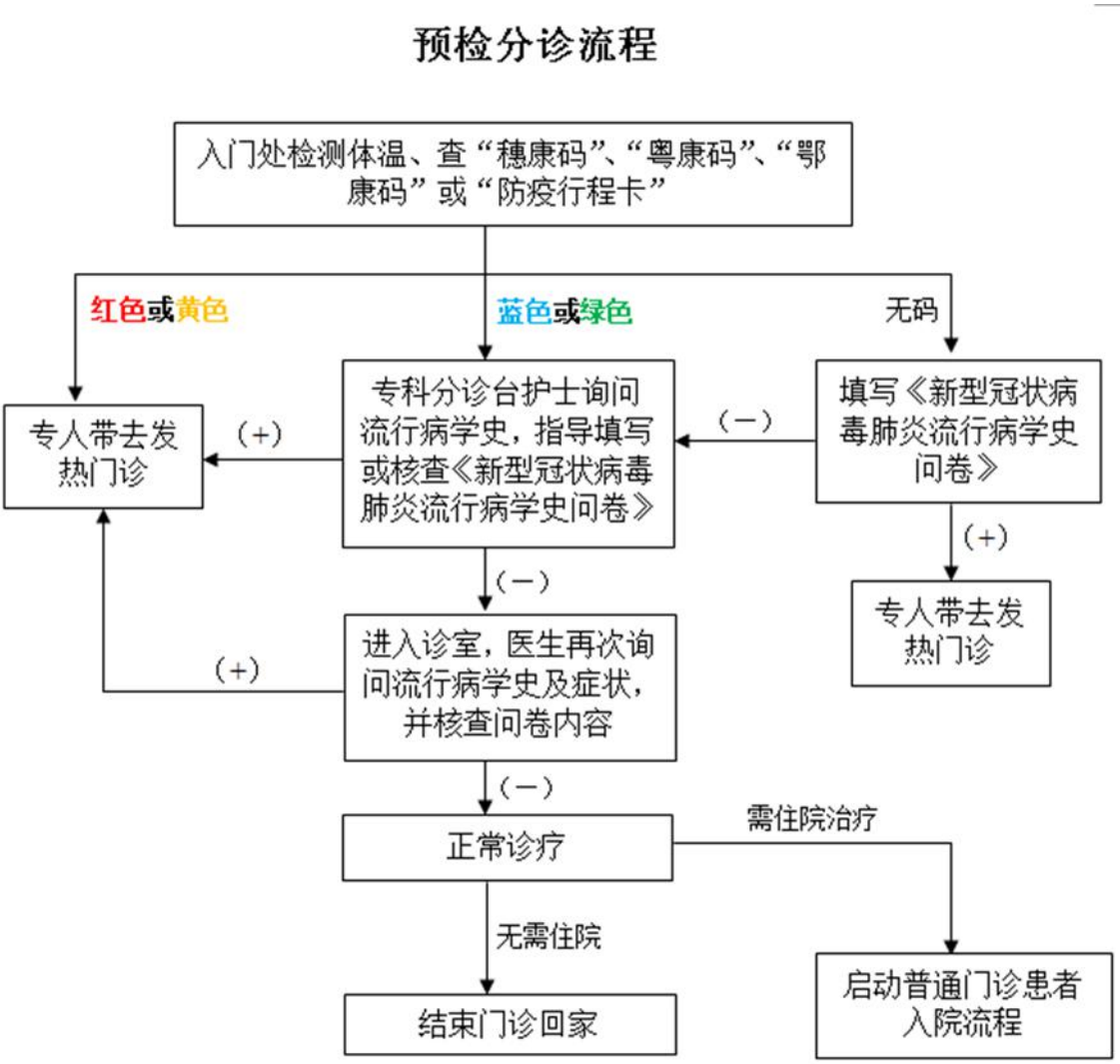
注意事项：

1.请如实如实填写此表，就诊时交给医生（未填表不能就诊）。

2.就诊结束后，此表由接诊科室回收存档。

3.注：“*”疫情中高风险地区以填写时政府部门公布为准。

附件 2


预检分诊流程
入门处检测体温、查“穗康码”、“粤康码”、“鄂康码”或“防疫行程卡”
红色或黄色
蓝色或绿色
无码
专人带去发热门诊
(+)
专科分诊台护士询问流行病学史，指导填写或核查《新型冠状病毒肺炎流行病学史问卷》
(一)
填写《新型冠状病毒肺炎流行病学史问卷》
(+)
专人带去发热门诊
(一)
(+)
进入诊室，医生再次询问流行病学史及症状，并核查问卷内容
(一)
正常诊疗
需住院治疗
无需住院
结束门诊回家
启动普通门诊患者入院流程

附件 3

预检分诊点新冠肺炎院感防控工作指引

一、设置要求

（一）所有医疗机构应当设立预检分诊点。

（二）预检分诊点一般设立在门急诊醒目位置，标识清楚，相对独立，通风良好，具有消毒隔离条件。

（三）预检分诊点要备有发热患者用的口罩、体温表（非接触式）、手卫生设施、医疗废物桶、疑似患者基本情况登记表等。

（四）承担预检分诊工作的医务人员执行一级防护，必要时升级防护要求。每次接触患者前、后立即进行手卫生。

（五）预检分诊点实行 24 小时值班制（晚间设在急诊，有醒目标识）。

二、工作流程

（一）应配备有经验的分诊人员，对进入门急诊的人员测量体温、询问是否有咳嗽、咽痛或胸闷、腹泻等症状，发现可疑患者，登记患者信息，指引患者及陪同人员正确佩戴口罩、注意咳嗽礼仪，由工作人员送至发热门诊就诊。

（二）如果没有设立发热门诊的，应当按照当地卫生健康行政部门的规定，使用专用车辆将患者安全转诊至就近发热门诊进一步排查。

附件 4

发热门诊新冠肺炎院感防控工作指引

一、基本要求

发热门诊应规范设置，设置要求详见《广东省卫生健康委办公室关于印发<发热门诊和发热诊室规范化建设指引（试行）>的通知》（粤卫办规划函〔2020〕37 号）。

二、发热门诊人员配置

1. 发热门诊应配有具有呼吸道传染病或感染性疾病诊疗经验的医务人员，并根据每日就诊人次、病种等合理配备医师，疫情期间可根据实际诊疗量增配医师数量。发热门诊医师应熟练掌握相关疾病特点、诊断标准、鉴别诊断要点、治疗原则、医院感染控制、消毒隔离、个人防护和传染病报告要求等。

2. 在发热门诊工作的护士应具备一定临床经验，掌握相关疾病护理要点、传染病分诊、各项护理操作、医院感染控制、消毒隔离、个人防护等。发热门诊应根据患者数量及隔离床位数量配备相应数量的护理人员，疫情期间根据实际患者数量酌情增加护士数量。

3. 所有在发热门诊工作的医务人员需经过传染病相关法律法规、传染病诊疗知识和医院感染预防与控制相关培训，经穿脱防护用品、手卫生、医用防护口罩适合试验等知识和技能考核合格后上岗。

三、发热门诊管理要求

（一）发热门诊应当安排经验丰富的医务人员，指导患者测量体温、询问流行病学史、症状等，将患者合理、有序分诊至不同的就诊区域（或诊室），并指导患者、陪同人员正确佩戴口罩。

（二）发热门诊应 24 小时接诊，并严格落实首诊负责制，医生不得推诿患者。

（三）要对所有就诊患者询问症状、体征和流行病学史，为所有患者进行血常规、新冠病毒核酸检测，必要时还要进行新冠病毒抗体检测和胸部 CT 检查。

（四）发热门诊就诊患者采取全封闭就诊流程，原则上挂号、就诊、交费、检验、辅助检查、取药、输液等诊疗活动全部在该区域完成。发热门诊未设检验室的，患者标本采集后应立即密封处理、做好标识，第一时间通知专人密封运送至检验科。如患者需前往发热门诊以外区域检查，应当严格遵循“距离最短、接触人员最少、专人防护陪同”的原则，不与普通患者混乘电梯，检查室单人使用，接诊医务人员做好防护，患者所处环境做好消毒。

（五）接诊医生发现可疑病例须立即向医院主管部门报告，医院主管部门接到报告应立即组织院内专家组会诊，按相关要求进行登记、隔离、报告，不得擅自允许患者自行离院或转院。隔离留观病房若不能满足临床诊疗需要时，需另外设置隔离留观病区。

（六）疑似和确诊病例应尽快转送至定点医院救治。

（七）实时或定时对环境和空气进行清洁消毒，并建立终末

清洁消毒登记本或电子登记表，登记内容包括：空气、地面、物体表面及使用过的医疗用品等消毒方式、持续时间、医疗废物及污染衣物处理等。

（八）发热门诊区域的医疗设备、物体表面、布草、地面、空气及空调通风系统的消毒和医疗废物的处置，应符合《医疗机构消毒技术规范》《医疗废物管理条例》和《医疗卫生机构医疗废物管理办法》等相关规定，并有相应的工作记录。

（九）污水排放和医疗废物与生活垃圾的分类、收集、存放与处置应符合《医疗废物管理条例》《医疗卫生机构医疗废物管理办法》《医疗废物包装物、容器标准和标识》《医疗废物分类目录》等相关法规的要求。

四、医务人员个人防护要求

（一）医务人员应当遵循《医院感染管理办法》等相关要求，严格执行标准预防及手卫生规范。

（二）应配备符合标准、数量充足（至少可供 1 周使用）、方便可及的个人防护装备。

（三）进出发热门诊和隔离病房，要严格按照要求正确穿脱个人防护装备。在穿脱防护服、医用防护口罩等个人防护用品时，应有专人监督或二人一组互相监督，避免交叉感染。

（四）疫情期间，发热门诊工作人员应做好健康监测，每天测量体温。若出现咳嗽、发热等身体不适症状时，及时向单位主管部门报告。

附件 5

门急诊新冠肺炎院感防控工作指引

一、基本要求

门急诊是医疗机构疫情防控的第一关，存在人群密集、人员结构复杂、来源众多，流程环节多，涉及科室、部门多等现实情况，且秋冬季时室内通风较差，易发生呼吸道传染病的聚集和传播。各医疗机构应遵照《医疗机构门急诊医院感染管理规范》（WS/T 591-2018）等规范的要求，结合本机构实际，制定并落实门急诊常态化疫情防控方案。

二、防控要点

（一）切实履行告知义务：医疗机构应充分利用互联网、各预约平台、短信、海报、电子宣传屏等多种方式，在患者预约就诊、诊前一日和进入医院就诊时，将预检分诊和发热门诊有关要求告知患者及其陪同人员。医疗机构应在门急诊入口处、诊疗区域内采取多种途径加强健康宣教，内容包括：呼吸卫生、佩戴口罩、手卫生、社交距离等。

（二）实行预检分诊，落实体温检测、流行病学史问询和健康码识别等措施。要合理规划门急诊工作人员和患者的进出通道，并派专人值守，确保人人都接受预检分诊。落实医生首诊负责制，接诊医师应认真询问并记录流行病学史、是否有发热和呼吸道症

状。

（三）加强病例筛查。门诊出诊医师要加强对患者新冠肺炎症状和流行病学史的问诊，对不能排除新冠肺炎的患者，要及时安排专人引导至发热门诊就诊。对需要急诊急救的患者，要在做好防护的基础上给予治疗，不得以疫情防控为由停诊、拒诊或延误治疗。对于怀疑新冠肺炎的患者要在救治的同时进行核酸检测。

秋冬季为呼吸系统疾病高发季节，对有呼吸道症状患者应在进行新冠病毒核酸筛查的同时，进行流感病毒等其他呼吸道病原体的筛查。

（四）多途径限制诊区内人流。全面落实非急诊预约就诊制度，对门诊量大、诊区内人流密集的医疗机构应逐步推行分时段预约就诊制度，避免患者聚集；有条件的医疗机构应大力推行互联网门诊，要通过预约诊疗、分时段就医、线上咨询、慢病管理长期处方等方式，减少现场就诊量；充分利用信息化，优化就诊流程，坚持“一人一诊一室”，充分利用各类就诊、叫号、检查预约等系统，分流患者，避免患者在就诊大厅、候诊室聚集排队；严格落实门诊不输液制度，急诊应严格掌握输液指征，减少输液的患者。

（五）规范设置门急诊核酸采样点和其他呼吸道标本采样点。医疗机构应选定通风良好的区域开展核酸采集工作，对其他采集痰液、呼吸道分泌物的操作，也应在通风良好的房间内或室外进行，避免在门诊大厅、候诊区等区域采集呼吸道标本。

（六）落实分级防护。要对门急诊工作人员分级分层防护知识、个人防护用品使用、规范接诊流程等进行培训，完善分级防护措施；门急诊、候诊大厅、预检分诊点以及诊室等均应配备足量手卫生和环境消毒用品，预检分诊台和诊室还应配备足量的个人防护用品；加强针对门急诊工作人员（含保洁、保安等工勤人员）的健康管理，每日开展体温检测和呼吸道症状监测，发热或有呼吸道症状的工作人员应暂停工作,并进行新冠病毒核酸检测。

附件 6

住院病区新冠肺炎院感防控工作指引

一、住院病区的分区和布局

（一）医院应设置缓冲病区，用于临时隔离住院患者中可疑新冠肺炎病例或需住院治疗但未获得新冠肺炎筛查结果的患者；无条件的医院应在每个住院病区设置缓冲病房。

（二）缓冲病区除污染区（患者隔离病室）外，还应至少设有潜在污染区，用于医务人员脱卸防护用品。潜在污染区的设置可利用缓冲病区相邻病房，或在缓冲病区外使用物理屏障隔出独立区域。有条件的病区，还可在缓冲病区内设置清洁区，用于穿戴防护用品。缓冲病区内清洁区、潜在污染区、污染区的相对位置应符合由洁到污的流线。缓冲病区与非缓冲病区之间应设置醒目标识。缓冲病区的病房应通风良好，关闭房门，开窗通风，通风不良时,放置可人机共处的空气消毒净化器进行持续空气消毒。采用集中通风系统时，应关闭缓冲病区的回风和送风。

（三）缓冲病房应单人单间，设置在普通病区相对独立的位置，不应穿插在普通病区中间。

二、科室和医务人员管理

（一）科主任为科室疫情防控第一责任人。各科室应制定本科室可疑新冠肺炎病例应急处置预案及工作流程，并进行演练。

加强科室内部管理，确保科室落实新冠肺炎医院感染防控各项要求。

（二）医务人员是个人健康安全的第一责任人，应严格自律，不聚餐，减少集中开会，杜绝科室间不必要的人员往来，严防医院感染。医务人员、医疗辅助人员等不应穿工作服进入休息室，严禁在污染区饮水、就餐，避免无防护条件下交谈。

（三）医务人员日常工作时均应规范穿着工作服、佩戴医用外科口罩，并严格落实标准预防措施，强化飞沫传播、接触传播及空气传播的感染防控意识，根据所在区域及岗位正确选择和佩戴防护用品，做好手卫生。

（四）医务人员进入缓冲病区时，应评估该病区内患者风险，根据《医疗机构内新型冠状病毒感染预防与控制技术指南（第一版）》（国卫办医函〔2020〕65 号）中医务人员防护的相关内容，采取相应防护措施。

（五）医务人员应严格遵守按区域及岗位防护的规定，禁止穿戴防护服、隔离衣、护目镜、防护面屏、手套、鞋套等防护用品离开相应诊疗区域（转运可疑/疑似/确诊病例除外）。

（六）各病区要对本院职工、进修生、研究生、实习生、保洁员、护理员等所有在岗医务人员加强培训、考核和督查，确保其正确掌握本岗位相应的医院感染防控措施。同时加强对新入科人员管理，确认其行程及健康状态符合防控要求。

三、患者的入院筛查和管理

参考本指引“入院患者流程管理”有关内容。

四、住院患者陪护及探视管理

（一）加强探视和陪护管理，强化病区24小时门禁管理，无关人员禁止随意出入。取消非必要的现场探视和陪护，确需陪护的宜安排1名固定陪护人员，陪护人员应按医院相关规定进行筛查及健康监测，并佩戴符合国家标准的无呼气阀口罩，原则上不出病区，不串病室，不聚集。

（二）医务人员应在病区外与患者家属交代病情或请家属签署相应医疗文书，非必要家属不得进入病区。

五、空气及环境物体表面清洁消毒

空气及环境物体表面清洁消毒按照本指引相关章节执行。

（一）加强病区各病室、医疗辅助用房机值班室/休息室通风换气，通风不良的应辅以可人机共处的空气消毒器或紫外线辐照消毒（室内无人状态下）。

（二）加强病区环境及物体表面清洁与消毒，适当增加清洁消毒频次，保持病区环境清洁无污染。

（三）加强对环境清洁消毒效果监测，监测结果符合相关要求。

（四）隔离病区患者转出或出院后，隔离病区应进行终末消毒，终末消毒方案按照本指引相关章节执行。

六、医用织物及医疗废物处置

住院病区中的医用织物及医疗废物的处置按照本指引相关章节执行。

附件 7

手术部（室）新冠肺炎院感防控工作指引

一、本指引遵照《新型冠状病毒肺炎防控方案》《关于落实常态化疫情防控要求进一步加强医疗机构感染防控工作的通知》《医院洁净手术部建筑技术规范》（GB50333-2013）和《医院空气净化管理规范》（WS/T 368-2012）的要求。

二、手术部（室）感染防控要点

（一）术前筛查。

非急诊手术的患者：应在术前进行体温监测、流行病学史问询和健康码识别，并在术前完成新型冠状病毒核酸检测。

急诊手术患者：应根据病情进行相应处理，不能因为等待核酸检测采样或检测结果而延误治疗。若病情紧急而不能在术前完成新冠肺炎排查，则按新冠肺炎疑似病例进行手术及处置，待病情许可时尽快完成新冠肺炎排查。

（二）手术安排。

新冠肺炎确诊患者或不能排除新冠肺炎的患者的手术应尽可能安排在负压手术间进行。若无负压手术间，应将患者安置于具有独立净化机组且空间相对独立的手术间，术中关闭层流通风系统且增加手术间的排风，或将患者安置于配有空气消毒设备且空间相对独立的手术间，并关闭中央空调。不能排除新型冠状病

毒感染的全麻患者的复苏应安排在手术间内进行。

（三）为新冠肺炎确诊患者或不能排除新冠肺炎的患者进行急诊手术时，严格遵循无菌操作和安全操作原则，限制手术间内人员数量及繁的开关门，做好充分的术前准备工作。固定一名护士在手术间外进行物品传递工作；使用后的可复用器械、器具的清洗与消毒按照本指引相关章节执行。终末处理要点如下:

空气消毒: 空气净化系统自净时间至少 30 分钟，宜适当延长自净时间；无空气净化系统的手术间应使用空气消毒机进行消毒。

排（回）风口清洁消毒: 空气消毒后，操作人员按要求做好个人防护，先更换排（回）风口过滤网，再用 1000mg/L 含氯消毒剂或 75%乙醇消毒剂擦拭消毒排（回）风口内表面，换下的过滤网按医疗废物处置。

物体表面清洁消毒: 使用 1000mg/L 含氯消毒剂进行物体表面、地面消毒，作用 30 分钟。

使用后的手术单、床罩等织物建议按《医院医用织物洗涤消毒技术规范》处置；手术中产生的废弃人体组织应置于双层黄色医疗废物袋，分层封扎，做好标识，按病理性废物处置；产生的医疗废物均应采用双层黄色医疗废物袋，分层封扎，做好标识，按感染性医疗废物处置。

（四）工作人员防护要求。

为非新冠肺炎疑似或确诊患者进行择期和限期手术时：手术

相关人员穿洗手衣、戴一次性工作帽、戴医用外科口罩、戴乳胶手套、戴护目镜/防护面罩（若有体液喷溅风险时），术者穿无菌手术衣。

为不能排除新冠肺炎的患者进行手术时：手术相关人员穿洗手衣、戴一次性工作帽、戴医用防护口罩（或正压头套）、戴护目镜/防护面罩、戴乳胶手套；术者穿防护服，外穿无菌手术衣；非术者穿防护服。

附件 8

消化内镜中心新冠肺炎院感防控工作指引

一、患者筛查

一般情况下，高风险区域应暂停非急诊内镜诊疗工作，对确需急诊内镜诊疗患者，需先行排除新冠肺炎。中风险或低风险区域就诊患者，建议在做好新冠肺炎筛查的前提下开展消化内镜诊疗工作，先预约后诊疗，诊疗时需携带新冠肺炎相关检查结果及内镜申请单等。

二、内镜中心合理布局，分区管理

根据具体情况将内镜中心划分为清洁区、潜在污染区和污染区，分区进行管理。严格控制医务人员和患者流向，防止交叉感染。

三、全员掌握防控知识，落实工作人员防护标准

（一）通过各种形式对内镜中心全体工作人员进行培训。新冠肺炎疫情期间内镜中心进行分级防护。确诊新冠肺炎或疑似感染者诊疗区应穿戴工作帽、医用防护口罩、工作服、防护服、全面型呼吸防护器（有条件时）、手套（双层）、鞋套、防护靴套，并建议在负压操作间完成操作。

（二）对于已排除新冠肺炎的患者，医务人员在诊疗区应穿戴工作帽、医用外科口罩、工作服、隔离衣、手套、鞋套；对未

排查新冠肺炎的患者，医务人员在诊疗区防护要求同确诊新冠肺炎或疑似感染者。

四、内镜及诊疗附件管理和消毒流程

（一）应尽可能选择一次性使用附件，一人一用一丢弃。必须重复使用的诊疗器械、器具和物品应严格遵循先消毒，再清洗、消毒的原则。

（二）中高风险区域内镜再处理流程参照中华医学会消化内镜学分会《新型冠状病毒肺炎疫情形势下消化内镜中心清洗消毒建议方案》。

（三）内镜诊疗结束后不在床旁进行预处理（防止气溶胶在空气中过多暴露），内镜及可重复使用附件放入双层黄色医疗废物袋并密封，专人转运至洗消间。内镜送到洗消间后，立即全部浸泡于浓度为 0.2%～0.35%的过氧乙酸或有效氯浓度为 50～70mg/L 的酸性氧化电解水溶液中消毒（注射器向内镜各管道内充满消毒液），加盖密闭 5 分钟。之后进行常规清洗、酶洗，清洗液一人一更换，清洗槽和漂洗槽一用一消毒。最后在干燥台干燥，蓝色运镜袋打包，消毒打包好的内镜放入指定位置备用。

（四）低风险区域内镜再处理流程参照《软式内镜清洗消毒技术规范》（WS507-2016）严格执行。

五、环境清洁消毒流程

患者诊疗结束后，诊疗区域应用含氯消毒剂（1000～2000mg/L）进行桌面、墙面和地面消毒，所有可能接触物品（包

括内镜主机、操作台、监护仪、电外科工作站等）表面使用含氯消毒剂或75%乙醇擦拭，保持30分钟后再用清水擦拭干净。诊疗间空气交换采用全程新风开放，自动空气消毒机或紫外线消毒30分钟以上。

六、应急处理流程

对于需急诊内镜但未排查新冠肺炎的患者，相关科室病房按照预设转运路线将患者转运至内镜中心，内镜中心应设置相对独立的诊疗操作间进行操作，有条件的建议使用负压操作间。诊疗操作间在患者进入之前做好相关准备工作,患者送至后立即手术,尽量缩短操作时间。手术尽量安排内镜中心非工作时间，当日内镜手术尽量减少相关人员，尽可能减少暴露风险。急诊内镜诊疗过程中工作人员防护级别按确诊患者标准进行。

附件 9

感染性疾病科病房新冠肺炎院感防控工作指引

一、设置要求

应设置“三区两通道”，清洁区、潜在污染区和污染区之间有缓冲区，缓冲区之间有物理隔离。在病区末端或相对独立区域设立 2~3 间缓冲病房，用于隔离不能排除新冠肺炎的患者。

二、工作要求

对所有患者和陪护人员开展新冠肺炎相关筛查，排除新冠肺炎感染后方可收入住院，如不能排除，可安置在缓冲病房，要求单人间隔离；原则上不安排陪护，特殊情况可固定 1 人陪护，陪护人员也需行新冠病毒感染相关排查和个人防护培训，排除新冠病毒感染后方可进入病区，与住院患者共同实行封闭式管理；患者住院期间如发现新冠肺炎疑似症状，要立即报告医院主管部门，由主管部门组织会诊，并进行新冠病毒核酸检测，如果不能排除的，按照要求转送定点医院隔离治疗。

三、医务人员个人防护要求

（一）医务人员应当遵循《医院感染管理办法》及相关法律法规的要求，严格执行标准预防及手卫生规范。

（二）进出发热门诊和隔离病房，要严格按照要求正确穿脱个人防护用品。在穿脱隔离衣/防护服、医用防护口罩等个人防护

用品时，有条件的应有专人监督或二人一组互相监督，避免交叉感染。

（三）医务人员应根据医疗护理操作可能感染的风险，采取合适的个人防护。具体参考本指引相关内容。

（四）疫情期间，工作人员应做好健康监测，每天测量体温，咳嗽等身体不适症状，并记录，有异常情况及时报告。

（五）按照《医疗机构消毒技术规范》，做好医疗器械、污染物品、物体表面、地面等清洁消毒。在诊疗过程中产生的医疗废物，应根据《医疗废物管理条例》和《医疗卫生机构医疗废物管理办法》等有关规定处置和管理。

附件 10

儿科新冠肺炎院感防控工作指引

一、基本要求

严格把握收治儿童患者适应症，满足住院治疗条件的儿童患者需先进行新冠病毒感染排查，排除新冠病毒感染后方可收治住院。原则上不安排陪护，特殊情况可固定 1 人陪护，陪护人员也需行新冠病毒感染排查,排除新冠病毒感染后方可进入病房区域。

二、儿科门诊区域防控指引

遵循门急诊新冠肺炎疫情防控工作指引；限制进入候诊区人数，儿科门诊限 1 人陪同，病情特殊时最多不得超过 2 人陪同，就诊人员注意与其他就诊者保持距离，并佩戴好口罩。

三、儿科病房防控指引

应遵循住院病区新冠肺炎疫情防控工作指引。

（一）办理入院手续时，儿童陪护家属均需签署入院知情同意书，需要告知的内容包括但不限于：儿童患者为新冠肺炎易感人群，患者及陪护人员需遵照病区“封闭式管理”制度等；医务人员应于患者入院前请其家属如实告知：患者是否有呼吸道症状、发热，是否有新冠肺炎确诊/疑似患者接触史等。

（二）新入院患者建议按单人单间收入缓冲病房隔离观察，如 3 天未出现可疑症状可收入普通病房。

附件 11

产房新冠肺炎院感防控工作指引

一、产房工作人员应熟练掌握新冠肺炎防治基本知识。

二、建立产房工作人员与产科病房 急诊科工作人员的联系机制，产房工作人员主动了解即将进入产房生产的产妇的情况，是否完成新冠肺炎筛查，产科病房和急诊科也应及时向产房工作人员通报即将进入产房的产妇的新冠肺炎筛查情况。

三、产房应设置备用（隔离）产房及备用（隔离）待产室。

四、产房应储备常用个人防护设施，如医用外科口罩、医用防护口罩、护目镜、防护面屏、隔离衣、医用防护服、手套、鞋套等物品，存放位置方便可及。

五、制定产房新冠肺炎消毒隔离与个人防护工制度，放置在方便工作人员随时查阅的位置，工作人员应熟练掌握；至少应包括无新冠肺炎和疑似新冠肺炎产妇接产时消毒隔离与个人防护工作制度两部分。

六、不能排除新冠肺炎的产妇离开待产室后应及时对其进行清洁和终末消毒。有条件的医院对待排查的产妇可设置过渡待产室。对于已经进入待产室的不排除新冠肺炎的产妇，病情允许时应佩戴外科口罩，并尽可能及时采集鼻咽拭子或咽拭子进行核酸检测，详细询问流行病学史，以期尽快确定或排除新冠肺炎。

七、怀疑新冠肺炎的产妇离开产房后，应及时进行清洁及终末消毒。

八、产妇生产后，如仍待排查新冠肺炎，可以转入产科缓冲病房，如诊断为新冠肺炎疑似或确诊病例，及时转入定点医院。

九、新冠肺炎疑似或确诊病例生产的新生儿应转至缓冲病区/病房进行排查，阳性者立即转至定点医院。

附件 12

眼科新冠肺炎院感防控工作指引

一、眼科门诊防控工作指引

（一）眼科门诊设置有预检分诊台，对所有进入门诊的患者及患者家属进行体温测量、查健康码，询问流行病史，并专门配置免洗手消毒液供患者及家属手卫生使用。

（二）避免交叉感染的同时对眼科门诊检查设备进行保护，对患者可能接触的部位均贴有一次性保鲜膜，一用一更换。对于无法贴膜的部位，每检查完一位患者后，需使用消毒纸巾对仪器接触部位进行擦拭。

（三）眼科裂隙灯检查设备安装透明防护挡板，为近距离面对面的检查提供物理屏障。

（四）眼压检查设备眼压计位于诊室通风处，避免眼压检查时气溶胶传播。

（五）早产儿视网膜筛查仪器置于单独房间，尽量减少早产儿与其他患者接触。

（六）鼻泪道内窥镜治疗需摘下口罩且接触鼻腔粘膜，此项治疗前需行新冠肺炎排查，并严格实行检查预约制。

二、应急管理策略

眼科急诊患者就诊时需戴口罩，间隔至少 1.5 米以上排队等

候，不乱摸乱碰，不揉眼睛。如需在眼科手术室做急诊手术，医务人员在做好防护的基础上给予及时治疗，对高度怀疑且不能排除新冠肺炎的患者要在救治同时进行核酸检测。对救治后需留院治疗的，应在缓冲病区进行单人单间治疗，待排除新冠肺炎后转入普通病房。住院期间，患者及家属不得随意外出，护士做好住院患者及家属的健康宣教工作，减少人际传播。

三、眼科专科仪器和器械的管理

为了有效避免患者交叉感染，眼科专科仪器和器械均采用一人一用一消毒制度，即使用完毕后立刻消毒处于备用状态。由于眼科检查仪器属于精密器材，裂隙灯及非接触式眼压仪器等建议用保鲜膜包裹，使用后用 75%乙醇做物品表面消毒，可保护精密仪器在物体表面消毒时不受损；对于非接触性眼压计、检眼镜等眼科非接触性检查器具，可应用 75%乙醇或 3%过氧化氢棉球仔细擦拭后使用；一些特殊器材（如三面镜及 20D 镜头等）用 3%过氧化氢溶液浸泡消毒。检查室等医疗场所用每日定时紫外线照射 60 分钟进行空气和物品消毒处理。

附件 13

耳鼻喉新冠肺炎院感防控工作指引

一、耳鼻喉科门诊患者的防控工作

（一）患者在就诊时应佩戴口罩，仅在鼻部及咽喉相关体格检查时短暂取下口罩。

（二）耳鼻喉科有许多上呼吸道感染导致的发热，如：流感、急性扁桃体炎、急性鼻窦炎、急性中耳炎等。另外，鼻咽喉部位的淋巴瘤患者也表现为反复持续发热。目前，各医院通常会将这部分病人分流到发热门诊，患者在发热门诊排除新冠肺炎等相关疾病后可能再次前往耳鼻喉科就诊。因此，对于发热病人，无论其是否感染了新冠肺炎，耳鼻喉科医务人员都应该做好足够的防护。

（三）对不能排除新冠肺炎的急诊病例，医护人员要在做好防护的基础上给予及时治疗，同时进行核酸检测，对救治后需要留院治疗的，应先在缓冲区进行单人单间隔离治疗，排除新冠肺炎后再转入普通病房；医务人员应采取二级防护。

二、针对耳鼻喉科门诊检查的防控工作

在中高风险地区的耳鼻喉科门诊，建议采取严格防护措施。对于存在喷溅风险的患者，如：电子鼻咽喉镜、鼻出血、门诊紧急气管切开术，在条件允许情况下，应做到三级防护。

三、针对耳鼻喉科手术的防控工作

尚未排除新冠肺炎且需急诊手术的患者，需选择负压手术室或隔离手术室，尽量减少手术间内不必要的仪器、设备、物品，加强消毒隔离措施，准备隔离防护用品。气管插管应使用标准快速顺序诱导插管，尽可能使用肌松药物，最大程度避免患者呛咳引起飞沫传播。由于患者咽喉、血清中可能携带新冠肺炎病毒，为防止手术中血液喷溅，手术团队建议采用三级防护。手术后进行终末消毒。患者术后送入缓冲区病房，排除新冠肺炎后可转入普通病房。病房严格实行闭环式管理，患者及陪护人员严禁外出。

附件 14

口腔科新冠肺炎院感防控工作指引

一、口腔诊疗工作中主要风险点

口腔诊疗操作常常贴近病人口鼻，易受飞沫影响；部分口腔操作如使用气动高速涡轮手机和口腔超声设备操作，除产生飞沫外，还可以产生气溶胶。因此需要特别注意呼吸道防护，诊疗环境通风与清洁消毒及手卫生。

二、工作人员防护标准

口腔科所有工作人员须遵守《医务人员新冠肺炎疫情个人防护指引》，确保防护到位。防护标准如下:

（一）一级防护：适用于不使用气动高速涡轮手机和口腔超声设备操作的口腔医务人员；也适用于预检分诊岗位人员、门诊药房、收费人员、咨询工作人员、一般保洁人员、所有进入诊疗区域的工作人员。

防护要求：穿戴一次性工作帽、一次性医用外科口罩和工作服(白大褂)，戴一次性乳胶手套，必要时使用护目镜或防护面罩。

（二）二级防护：适用于使用气动高速涡轮手机和口腔超声设备操作的口腔医务人员、进入污染区的器械处理人员、缓冲病区医务人员。

防护要求：穿戴一次性工作帽、一次性医用外科口罩/防护口

罩、防护面罩/护目镜、一次性乳胶手套、工作服（白大褂）外面加套隔离衣、一次性鞋套。

（三）三级防护：适用于接诊高风险患者且使用气动高速涡轮手机和口腔超声设备操作的口腔医务人员，在隔离区操作。

防护要求:穿防护服或穿工作服（白大褂），再穿一次性防护服，并戴一次性工作帽、使用全面型呼吸防护器或正压式头套，一次性乳胶手套，鞋套。

三、诊疗环境管理

可设置隔离诊室，各诊室内开展的口腔诊疗项目相同。隔离诊室接诊有可疑症状或流行病学史且不能提供排除新冠肺炎排查结果的急诊患者。严格执行《口腔诊疗器械消毒灭菌技术操作规范》，加强诊疗环境（物体表面、地面等）的通风和清洁消毒，严格终末消毒。

四、诊疗操作防控管理

（一）严格按照各专业诊疗规范进行操作，有条件者建议四手操作。

（二）治疗前建议患者进行口腔消毒和含漱，降低口腔操作产生的飞沫、气溶胶中的微生物数量。

（三）在诊疗过程中使用强、弱吸引器及时吸唾。使用弱吸引器时，应嘱患者勿闭唇咬住吸头、吸引器柄部尽可能位于患者口腔下方，且不要同时使用强吸引器，以避免产生回吸导致交叉感染。

附件 15

医技科室新冠肺炎院感防控工作指引

一、基本要求

（一）科室与医务人员管理。

医务人员防护要求应按照国家卫生健康委印发的《医疗机构内新型冠状病毒感染预防与控制技术指南（第一版）》（国卫办医函〔2020〕65 号）中医务人员防护的相关内容执行。床旁检查操作人员应遵循区域岗位防护规定。

医务人员日常工作时均应严格落实标准预防措施，强化飞沫传播、接触传播及空气传播的感染防控意识，根据所在区域及岗位正确选择和佩戴防护用品，做好手卫生。必要时应及时升级防护级别。

医务人员应严格遵守按区域岗位防护规定，禁止穿戴防护服、隔离衣、护目镜、防护面屏、手套、鞋套等防护用品离开相应诊疗区域（转运可疑/疑似/确诊病例除外）。

（二）患者就诊管理。

宜实施非急诊全面预约就诊。各科室应设置预检分诊处，对患者及陪同人员进行预检分诊及体温检测，体温≥37.3℃时不得进入，并引导其前往发热门诊就诊。

有条件的医院，住院患者与门诊患者应分室进行检查，不具

备分室条件时应分时段进行检查。

应控制诊疗区域人员数量。候诊区域应设醒目 1 米间隔线，落实“一米线等候”措施，座位应设置醒目间隔就座标识。加强宣教，及时疏导，避免人员聚集。

检查室应执行“一室一患”。患者应全程佩戴符合国家要求的无呼气阀口罩。

检查过程中发现可疑新冠肺炎病例后，安排专人按指定路线引导患者至发热门诊，医务人员做好防护。检查室按要求消毒后方可诊查下一位患者。

（三）空气及环境物表清洁消毒。

空气及环境物体表面清洁消毒按照本按照本指引相关章节执行。

应加强检查室通风换气及空气消毒，通风不良的检查室宜使用人机共处的空气消毒器，不具备条件时应使用紫外线辐照消毒（室内无人状态下）。

（四）医用织物与医疗废物管理。

医用织物及医疗废物按照本指引有关章节执行。可疑新冠肺炎病例检查时宜使用一次性诊查床单。可疑病例产生的所有垃圾均按照《关于做好新型冠状病毒感染的肺炎疫情期间医疗机构医疗废物管理工作的通知》（国卫办医函〔2020〕81 号）处理。

二、重点医技科室防控要求

（一）发热门诊放射科防控要求。

空气及环境物表清洁消毒：空气及环境物体表面清洁消毒按照本指引相关章节执行。检查间应使用紫外线辐照消毒（室内无人状态下）。有条件时宜使用可人机共处空气消毒器加强消毒；环境物体表面消毒应使用 1000mg/L 的含氯消毒液擦拭消毒，不耐腐蚀的设备表面可使用 75%乙醇擦拭消毒，遇污染随时消毒；仪器设备直接接触患者的部分应一患一消毒或使用一次性屏障保护覆盖物；疑似/确诊新冠肺炎病例检查后检查室进行终末消毒。终末消毒按照按照本指引相关章节执行。

医疗废物管理：不能排除新冠肺炎的患者产生的所有垃圾按照《关于做好新型冠状病毒感染的肺炎疫情期间医疗机构医疗废物管理工作的通知》（国卫办医函〔2020〕81 号）处理。

（二）检验科核酸检测实验室防控要求。

检验科核酸检测实验室防控要求按照《关于印发医疗机构新型冠状病毒核酸检测工作手册（试行）的通知》（联防联控机制医疗发〔2020〕271 号）中相关要求执行。

（三）病理科接收新冠可疑病例标本防控要求。

1. 可疑新冠肺炎病例标本的转运：可疑病例标本放入专用标本袋，标本袋放置在带有生物安全警告标识的密封转运箱内进行转运。

2. 可疑病例标本的接收：应在生物安全二级以上实验室进行，医务人员采取三级防护。

3. 人员防护：在病理科日常工作分区的基础上，进一步对不

同来源标本的走向途径进行分区、标识，便于工作人员采取相应等级的防护措施。细胞学检查室、冷冻快速制样、常规组织取材、分子病理核酸检测、前台接待及报告发放的工作人员，应穿戴工作服、一次性工作帽、医用防护口罩等防护用品；如进行存在液体喷溅可能的操作时，可加戴护目镜/防护面屏，一旦受到污染应及时更换。其他人员，应穿戴工作服、一次性工作帽、医用外科口罩等防护用品。

4. 空气及环境物表清洁消毒按照本指引相关章节执行。加强生物安全柜的清洁消毒，生物安全柜内可使用75%乙醇或其他有效消毒剂擦拭消毒。

5. 医疗废物处理按照本指引相关章节执行。

附件 16

血液净化中心（室）新冠肺炎院感防控工作指引

一、基本要求

血液净化中心应遵照《医疗机构内新型冠状病毒感染预防与控制技术指南（第一版）》（国卫办医函〔2020〕65 号）《关于落实常态化疫情防控要求进一步加强医疗机构感染防控工作的通知》《医院消毒卫生标准》（GB 15982-2012）《普通物体表面消毒剂通用要求》（GB 27952-2020）、《消毒技术规范》（WS/T 367-2016）《医疗机构环境表面清洁与消毒管理规范》（WS/T 512-2012）进行新冠肺炎疫情防控。

二、患者管理

（一）一般管理。

1. 在做好新冠肺炎排查基础上，进行相关诊疗。应严格落实预检分诊，对患者及陪同人员进行体温检测和流行病学史询问。透析前后均应测量体温，并做好登记。发现发热或符合新冠流行病学史的人员，由专人陪同患者至发热门诊排查。

2. 建立预约透析机制。每班次透析的患者及陪护人员需按照预约时间进入透析治疗区域，避免在透析室内不必要的逗留，陪人应相对固定。在等候区需保持 1 米以上距离，间隔就坐。可根

据空间情况和流行趋势，安排患者固定分组透析治疗。

3.患者进入治疗单元前，应更换治疗时专用衣物鞋帽，正确执行手卫生或使用手卫生消毒用品消毒双手。在血液透析期间应全程佩戴符合要求的医用口罩(陪同人员也需佩戴口罩),做好手卫生，患者及家属进出血液透析中心（室）更衣前后应手卫生。

4.发热患者在没有排除新型冠状病毒感染之前，可由医护人员在隔离病房先行床旁连续性肾脏替代治疗（CRRT)。无CRRT治疗条件的透析中心（室）可在其他患者透析结束后再安排该患者单独进行透析治疗，透析结束后进行终末消毒；若患者有呼吸道症状，但已排除新型冠状病毒感染，可将患者安排至血液净化中心（室）一角、每日最后一班。

疑似或确诊病例透析治疗管理：疑似或确诊新冠肺炎的血液透析患者应立即转移至定点医院，依据病情需要和医疗条件进行CRRT 或血液透析治疗。

（二）医学观察期的透析患者。

1.血液透析中心（室）维持性血液透析患者：因和新冠肺炎确诊患者密切接触而需要进行医学观察时，转至隔离病房进行单间隔离CRRT 或血液透析治疗，其陪同家属(可以生活自理的患者建议不带陪同家属）及患者均不能离开隔离区，直至隔离期解除。需要住院的患者，转至缓冲病区治疗。

2.血液透析中心（室）维持性血液透析患者：因去外省市或其他血液透析中心（室）回来后需要隔离，但确切没有疑似或确

诊病例接触史，可在本血液透析中心（室）与其他患者错峰透析，即错开上下机时间，安排在独立透析治疗间进行透析，结束后透析治疗间应做好消毒。无法安排在独立透析治疗间的，应在全部患者透析后，单独安排患者进行透析治疗，结末后透析治疗间应做好消毒。

3. 新冠肺炎康复患者：综合患者核酸、抗体、CT 检测结果，根据专家会诊意见，具体研判是否进行隔离透析。

（三）新导入透析患者。

经排查，排除新冠肺炎以及非医学观察期选择血液透析的患者，应收入病房后再进行血液透析；疑似或确诊新冠肺炎的患者，在定点医疗机构进行血液透析导入；处于医学观察期的患者，无紧急透析指征，可延缓至医学观察期结束后再进行透析导入；存在急透析指征的尿毒症患者，可先在急诊室进行 CRRT，排查新冠肺炎后按照上述方案执行。

三、医务及相关工作人员管理

（一）建立工作人员健康监测制度。做好所有工作人员包括本科室医生、护士、工程师、保洁员等的健康监测工作，如有体温异常立即脱离工作环境，视情况予以医学干预，采取隔离措施。

（二）全面落实并执行标准预防措施。工作人员注意做好防护，佩戴口罩，不聚集就餐。严格执行锐器伤防范措施。

四、消毒隔离及医疗废物管理

（一）空气消毒。

按照《医院空气净化管理规范》（WS/T368-2012）,加强诊疗环境的通风和空气消毒。增加通风频率和时长，在两个班次之间应安排通风时间至少 30 分钟；不具备通风条件的区域可配备可人机共存的空气净化消毒器；有条件的医疗机构可使用新风系统装置，加强清洁消毒，增加换气频率；如发现疑似或确诊病例，应立即关闭空调，并加强空气的清洁、消毒。

（二）环境物体表面消毒。

1. 护士站、预诊台：使用符合规范的消毒湿巾擦拭物体表面 2 次/天，或选择含有效氯浓度 500mg/L 消毒剂擦拭，作用 30 分钟后清水擦拭干净。

2. 血液透析机、治疗车等物体表面无肉眼可见污染物：用 500mg/L 含氯消毒液，或采用同等杀灭微生物效果的消毒剂进行喷洒、擦拭或浸泡消毒，作用 30 分钟后清水擦拭于净。

3. 被患者血液、体液、分泌物等污染物污染的医疗器械、物体、血透机表面：应先使用一次性吸水材料清除污染物，再用 1000mg/L 的含氯消毒液或 500mg/L 的二氧化氯消毒剂等进行擦拭消毒，作用 30 分钟；或使用具有吸附消毒一次性完成的消毒物品。

4. 地面、墙壁：有肉眼可见污染物时，应先完全清除污染物再消毒。无肉眼可见污染物时，可用有效氯浓度 500mg/L 的含氯消毒液擦拭或喷洒消毒。

5. 患者高频接触点：如体重称把手、按键、门把手、床栏架

等可增加消毒频率，使用可达高水平消毒水平的湿巾消毒擦拭，或选择 500mg/L 含氯消毒剂擦拭。

6. 患者及家属等候区、更衣区：用 500mg/L 含氯消毒剂进行物品表面、环境的清洁消毒。

（三）接诊疑似/确诊病例后的终末清洁消毒、疑似/确诊病例污染物（患者血液、体液、分泌物、呕吐物）处置、医疗废物管理等参照本指引相关章节执行。

附件 17

康复医学科新冠肺炎院感防控工作指引

一、基本要求

（一）科学使用防护用品。根据不同防控岗位的实际情况，按照个人防护装备的穿脱流程进行穿脱防护用品。禁止穿着个人防护装备离开工作区，以避免交叉污染。

（二）加强健康状况管理。实时掌握员工、患者及陪护者的身体状况，加强康复医疗相关人员体温管理、呼吸道以及消化道症状的管理。所有相关人员均应每日至少两次监测体温，出现发热和/或呼吸道症状的相关人员应及时报告。

（三）严格落实消毒措施。根据各医疗机构情况，制定工作服更换、消毒和管理制度并严格执行。做好环境消毒，包括日常空气消毒、物体表面、地面等的清洁和消毒、做好仪器设备和一般诊疗用品的消毒工作。康复诊室、治疗室及病区要随时保证室内外空气流通，每日至少开窗通风 2 次，每次不少于 30 分钟。

二、管理和流程要求

（一）科学安排康复治疗工作。合理安排患者的治疗时间，减少不必要的患者聚集，病区和治疗室内接受康复治疗的患者相互之间应间隔至少 1 米，避免院内交叉感染。康复门诊诊疗过程中，合理安排候诊区域，做到一医一诊室一病患，避免候诊患者

集中，减少交叉传染可能。对于非必须接受康复治疗的患者，疫情期间可以由康复科的医护人员和治疗师通过电话、微信、视频、远程等线上方式给予居家康复或网上诊疗指导。康复科病区及治疗区域严格控制陪护人员数量，每名患者原则上不超过1名陪护人员，并相对固定。

（二）建立合理的工作制度。康复医疗人员在我省疫情防控期间避免聚集性交班、办公、交流；合理安排康复治疗排班。康复治疗人员尽量减少在不同科室、不同病区之间流动。

（三）做好个人医疗防护。进入康复诊疗区域的医务人员、患者、家属和陪护均需戴口罩，避免交叉感染。对康复医疗人员、患者及其陪护，严格执行标准预防和手卫生措施。每人次诊疗前后必须洗手或采用速干手消毒液消毒。

（四）认真做好流行病史调查。在开展康复诊疗之前，康复诊疗人员必须详细询问新型冠状病毒肺炎流行病学史、群体活动史，对患者、家属及陪护者要确认其无相关流行病学史。

（五）加强查房和带教管理。康复病房除特殊病情需要外，建议减少床边查房人数，采用科主任/组长或主管医师共同查房模式；疫情期间的临床教学工作，按照学校或医疗机构相关规定进行，可采用病例模拟或视频等教学模式。

（六）重视康复医疗用品管理。在康复诊疗过程中，尽量使用一次性用品减少交叉感染。开展物理因子治疗和（或）手法治疗时，应选用一次性床单和枕套，每治疗一个患者一换；使用一

次性用品（布套、方巾、手套、针具）等隔断患者与机器直接接触；对于使用接触皮肤的治疗性电极要一人一副，交由患者保管；对于不能选择一次性电极或一次性用品阻断接触的，均应在每人次治疗后采用酒精棉球进行消毒或其他适合的消毒方法。

（七）加强康复诊疗安全防护。

在做好医患双方个人及康复设备防护的前提下，充分利用器械、智能化设备训练、物理因子，以指导患者的主动康复为主，尽可能减少“一对一”的肢体接触治疗，暂缓由医生实施的侵入性康复治疗如局部注射等操作项目。对确实需要开展的近距离观察、训练和指导的相关康复治疗项目，如呼吸训练、言语训练、吞咽治疗等，应在做好严格防护的条件下酌情实施。疫情期间，可根据患者病情，进行中医辨证康复，谨慎开展有创治疗如小针刀治疗。非必要情况下，住院患者的家属和陪护禁止进入康复治疗区域。住院治疗期间如患者出现发热和/或呼吸系统症状，应及时进行排查和处置。

（八）加强临床相关学科康复诊疗安全防护。临床相关科室患者需康复治疗，应严格遵循各医院相关流程开具康复会诊医嘱，康复医学科医师经过会诊确定实施康复治疗的必要性，同时区分新型冠状病毒感染风险程度，制定相应级别防护措施及康复治疗方案。治疗师到临床各病区实施床边康复治疗时，应根据风险分级，严格采取相应级别防护措施后才能分类开展相关康复治疗，原则上尽可能开具患者主动性康复训练项目，尽量避免采用接触

式的治疗措施，如必须进行，应在严格防护下酌情实施。对于携带到各病区进行床边康复治疗的设备和理疗仪器，应严格根据相关规定消毒，做到每人/次使用后及时消毒。

（九）规范新冠肺炎患者分期康复。对于确诊新冠肺炎的患者，如必须进行康复干预，要在严格防护下酌情实施，并派专人专区负责，杜绝再承担其他病区或门诊工作。对新冠肺炎康复者的康复，医务人员在做好安全防护的前提下，可针对不同病期患者的心理状态、心肺功能，体能等各方面情况，因人而宜、分类指导，给予适当、可行的康复干预。

附件 18

发热诊室新冠肺炎院感防控工作指引

一、基本要求

发热诊室应规范设置，建筑设计、设备设施、人员要求、工作要求、运行流程、废弃物处理应符合《广东省卫生健康委办公室关于印发〈发热门诊和发热诊室规范化建设指引（试行）〉的通知》（粤卫办规划函〔2020〕37 号）。

二、防控要点

（一）加强宣教指引。医疗机构应充分利用多种方式，将预检分诊、发热门诊、发热诊室有关要求告知患者及其陪同人员，引导发热患者首选设置发热门诊的医疗机构就诊。医疗机构入口处、诊疗区域内采取多种途径加强呼吸卫生、佩戴口罩、手卫生、社交距离等健康宣教。

（二）严格预检分诊。落实体温检测、流行病学史问询和健康码识别等措施，专人值守通道，确保人人都接受预检分诊，指导患者按要求佩戴口罩。分诊医务人员应认真询问并记录流行病学史、是否有发热和呼吸道症状。对体温≧37.3℃的患者，由专人引导患者经指定路线（需满足距离最短、接触人员最少，专人防护陪同原则）到发热诊室。

（三）加强病例筛查。发热诊室应建立接诊患者登记系统或

登记本，实行实名就诊，按照国家和省卫生健康行政部门的规定进行登记，确保患者个人信息完整、准确。经发热诊室排查，对有明确原因（常见病、多发病）引起的发热，由医疗卫生机构予以对症治疗；对原因不明引起的发热，或超出医疗卫生机构诊疗能力的，应将规定患者转诊至就近的设有发热门诊的医疗卫生机构就诊。秋冬季为呼吸系统疾病高发季节，对有呼吸道症状患者应在进行新冠病毒核酸筛查的同时，可进行流感病毒等其他呼吸道病原体的筛查。

（四）减少人群聚集。全面落实非急诊预约就诊制度，优化就诊流程，坚持“一人一诊一室”，最大限度减少患者聚集排队。

（五）加强发热诊室相关区域管理。设置发热诊室核酸采样点的医疗机构应选定通风良好的区域开展核酸采集工作，对其他采集痰液、呼吸道分泌物的操作，也应在通风良好的房间内或室外进行，避免在门诊大厅、候诊区等区域采集呼吸道标本。留观患者单间隔离，房间内设卫生间；室内必须通风良好，禁用中央空调，并加强消毒。发热患者转诊后，立即对诊室及相关区域进行终末消毒。

（六）落实分级防护。发热诊室医务人员必须严格落实标准预防，必要时要采取二级防护。要对发热诊室工作人员（含保洁、保安等工勤人员）分级分层加强防护知识、个人防护用品使用、规范接诊流程等培训，完善分级防护措施；应配备足量手卫生和环境消毒用品，预检分诊台和诊室还应配备足量的个人防护用品。

加强对发热诊室工作人员的健康管理，每日开展体温检测和呼吸道症状监测，发热或有呼吸道症状的工作人员应暂停工作，并进行新冠病毒核酸检测。

（七）规范消毒和废弃物处理。发热诊室的污水、污物等废弃物应当严格消毒，做好医疗器械、污染物品、物体表面、地面等清洁消毒，确保符合《医疗废物管理条例》《医疗卫生机构医疗废物管理办法》《医疗机构水污染物排放标准》、《医疗机构消毒技术规范》等卫生法规、规范、标准的要求。疫情期间，发热诊室污水、医疗废物处置、卫生间管理应按照疫情防控的有关规定执行。

公开方式：依申请公开

抄送：各地级以上市卫生健康局（委）。

校对：医疗救治组　谢意兰　　（共印6份）