

北京市卫生健康委员会

京卫医〔2022〕12号

北京市卫生健康委员会关于印发 《北京市医疗机构院感防控工作指引 (试行第一版)》的通知

各区卫生健康委、北京经济技术开发区社会事业局，市中医局、市医管中心，各医疗机构：

为指导各医疗机构进一步做好医疗机构感染预防与控制工作（以下简称感控），科学开展感控风险评估、监测、报告及评价等，保障医疗质量和安全，我委委托市院感质控中心组织专家制定了《北京市医疗机构院感防控工作指引（试行第一版）》，现印发给你们，请参照执行。

请各区卫生健康委、北京经济技术开发区社会事业局将本通知转发辖区各级各类医疗机构。



（此件依申请公开）

北京市医疗机构院感防控工作指引

(试行第一版)

目录

一、定义.....	- 4 -
二、感控的要素构建.....	- 4 -
(一) 感控管理体系.....	- 4 -
(二) 感控风险评估与规划项目.....	- 4 -
(三) 感控技术指南.....	- 4 -
(四) 感控教育和培训.....	- 4 -
(五) 感控监测、报告与暴发的处置.....	- 4 -
(六) 感控多部门合作模式实施策略.....	- 4 -
(七) 感控监测的核查与持续改进.....	- 5 -
三、感控管理与关键技术.....	- 5 -
(一) 感控体系建设.....	- 5 -
1. 管理要求.....	- 5 -
2. 组织框架.....	- 5 -
3. 各部门职责.....	- 5 -
4. 工作机制.....	- 6 -
5. 应急预案.....	- 8 -
(二) 制度建设(十项制度).....	- 8 -
1. 分级感控制度.....	- 8 -
2. 监测报告制度.....	- 9 -
3. 标准预防及院感防控措施管理制度.....	- 9 -
4. 感控风险评估制度.....	- 9 -
5. 多重耐药菌感染防控管理制度.....	- 9 -
6. 操作与器械相关感染防控制度.....	- 9 -
7. 培训教育制度.....	- 9 -
8. 暴发报告处置制度.....	- 9 -
9. 医务人员感染性病原体暴露预防、处置及上报制度.....	- 9 -
10. 传染病院内传播防控制度.....	- 9 -
(三) 感染防控关键技术.....	- 10 -
1. 感染防控风险评估和项目规划.....	- 10 -
2. 诊断与监测.....	- 10 -
3. 培训与教育.....	- 11 -
4. 操作相关.....	- 11 -
5. 环境与流程.....	- 11 -
6. 手卫生.....	- 11 -
7. 消毒与隔离.....	- 11 -
8. 多重耐药菌防控.....	- 11 -
9. 防护与安全.....	- 12 -
10. 持续质量改进.....	- 12 -
四、感染防控核心指标、质量评价与常用管理工具.....	- 12 -
(一) 感染防控核心指标.....	- 12 -
(二) 感染防控常用工具.....	- 15 -
五、参考文献.....	- 49 -2

一、定义

院感防控是指医疗机构内医院获得性感染的预防与控制，简称感控。

感染防控是指医疗机构为患者提供诊疗服务过程中预防与控制感染（传染）性疾病传播所采取的措施。

疫情感染防控是疫情背景下感染防控的总称，该概念范围较大，包含了院感防控的范畴。

本指南仅涉及院感防控的范围。

二、感控的要素构建

院感防控工作是医疗质量管理的重要内容之一，也是疫情防控工作的关键环节，政策引导是方向，领导重视是前提，科学防控是核心，部门间合作是基础，全员参与是关键。

（一）感控管理体系

辖区卫生行政部门应在市级卫生健康委的领导下，建立本地区的院感防控管理体系，不断完善院感质控中心及专家团队建设，负责本辖区院感防控的策略研究、上级文件落实、督查和改进。在定期督导和检查基础上，梳理问题清单，限期整改，最大限度地保障医疗质量安全。

机构应依法、依规、依纪建立院感防控管理体系，有明确的第一责任人、领导小组或工作小组；落实感控专（兼）职人员配备要求；有开展相关工作的预算和足够的资源；在改扩建工作中应能充分考虑诊疗流程中的院感防控需要；有促进各部门合作的协调机制。

（二）感控风险评估与规划项目

1. 开展院感防控工作应基于院感防控风险评估的基础上，根据优先策略规划年度工作项目；
2. 院感防控工作项目应有明确的目标、负责人、参与协作部门、完成期限及预期成效；
3. 有保障项目开展的预算；
4. 项目负责人应接受过院感防控知识培训，并有足够的时间参与项目落实。

（三）感控技术指南

1. 应根据国家政策、规范、质量安全目标制订地区和机构院感防控工作制度和指南；
2. 制订指南时应结合地区或机构特点，基于国内外相关标准、指南等作为循证的依据和参考；
3. 指南应适用于本地区和本机构工作的特点，至少应根据国家和地区政策的调整进行及时更新；
4. 感控部门应积极开展指南的优化和感控措施落实的标准化工作；
5. 感控技术指南应充分体现各职能部门及临床各科室的职责。

（四）感控教育和培训

1. 地区和机构应建立感控培训体系与方案；
2. 为地区和机构提供感控基础知识和技能提升的培训资源和内容；
3. 培训课程应得到地区卫生行政部门和机构的专家小组认可；
4. 制订地区和机构年度培训计划，并开展培训效果评价。

（五）感控监测、报告与暴发的处置

1. 根据国家要求开展感控监测工作；
2. 制订地区和机构感控监测的方案和计划；
3. 机构监测小组的成员应接受感控监测项目培训；
4. 机构应按要求报告感控监测的数据。

（六）感控多部门合作模式实施策略

1. 地区卫生行政部门应协调并支持机构院感防控的多学科项目的实施和改进；
2. 各医疗机构应接受地区卫生行政部门实施多学科合作模式的策略要求，并积极推广；

3. 多学科合作应践行人人都是感控实践者的理念，在感控活动中作为最佳方法进行推广。

（七）感控监测的核查与持续改进

1. 地区感控质控中心和机构应设立感控监测的工作小组；
2. 制订一个数据收集定期发布的方案；
3. 为地区和机构制订和优化监测的核心指标；
4. 建立感控监测人员培训制度；
5. 应用感控监测数据、指标对地区和机构进行院感防控效果进行评价。

三、感控管理与关键技术

（一）感控体系建设

医疗机构应根据卫生行政部门的相关文件要求建立以下院感防控体系。

1. 管理要求

院感防控组织管理体系应突出党建引领和主要负责人依法履职。提高医疗质量，保障患者安全，院感预防与控制工作应实行“党委集体领导、院长分工负责，感控管理委员会制订决策、院感防控部门监督指导、职能处室协同管理、业务科室落实制度、全体员工岗位履职”的党政同责、业务行政协同、全员参与、全流程闭环管理工作体系。

2. 组织框架

落实四方责任，建立分级感控体系，包括并不限于院感防控领导小组、院感防控工作委员会、院感防控管理部门、院感防控协同部门、临床各科室院感防控小组、每位医务人员院感防控职责的层级进行要求与落实。

专职院感防控人员配备标准，非传染病定点医院按照每 150-200 张床配备一名专职院感防控人员；100 床以下实际使用病床配备 2 名专职感控人员；100-500 床按照实际使用床位配备不少于 4 人；500 床以上按照每增加 150-200 张床增加一名院感防控专职人员。传染病定点院感防控人员配备数量应当为非传染病定点医院的 1.5-2 倍。

专职感控人员的构成应当包括医师、护士，可以包括药学、以及有卫生专业背景的管理人员等其他人员。医师占比不低于 30%，护士占比不高于 40%，其他人员占比不高于 30%。

逐步建立人员数量和专业配置符合要求，专业能力满足需求的高质量专职院感防控队伍。

3. 各部门职责

（1）领导小组：向院党委会、院长办公会负责，全面贯彻落实上级及医院工作部署及要求；研究部署上级党委的通知、会议精神，制订医院相应管理办法；定期听取感控管理部门工作汇报和专题汇报，推进感控工作的落实和整改。

（2）管理委员会（专家组）

①结合本机构实际情况，进行院感防控策略和技术指南的研究，对院感防控制度、预案和技术指南提供咨询意见；

②审议院感防控方案、实施细则、工作计划；

③掌握机构院感管理的各项工作，负责协调机构发生感控事件的调查、分析并提出处理建议；

④对本机构院感防控的相关课题进行研究和审议；

⑤完成卫生行政部门交办的其他相关任务。

（3）院感防控部门

①参与院级院感防控方案、管理制度和应急预案的制订，协调组织院感防控方案的落实。

②负责拟定院感防控工作计划和重点科室和重点环节的院感防控规章制度，经批准后，具体组织实施、监督和效果评价；

③参与机构改扩建设计中关于重点科室的设置布局、基本设施及诊疗流程中涉及感控相关的内容进行审议并提出意见；

④开展医院感染的主动监测，掌握医院感染的流行趋势，负责对医院感染暴发事件进行调查分析、报告、制订控制措施；协调、组织有关部门进行处理；

⑤参与抗菌药物临床应用的管理工作；根据本院病原体特点，开展耐药菌的监测，掌握耐药现状，制订控制措施，定期评估控制效果；

⑥负责院感防控的培训，及医务人员职业安全防护工作提供指导；

⑦开展医院感染预防与控制方面的科研工作；

⑧对医院的清洁、消毒灭菌与隔离、无菌操作技术、医疗废物管理等工作提供指导；

⑨负责院感防控工作的督促、检查、考核，落实感控工作闭环管理；

⑩完成院感防控管理委员会或者医疗机构负责人交办的其他工作。

（4）各科室（部门）院感防控小组

①负责本科室本部门院感防控的各项工作，制订本科室的院感防控制度，并组织实施；

②组织本科室本部门进行院感防控工作自查，接受院感防控部门的巡查，配合上级行政部门的检查；

③定期召开工作会议，针对本科室本部门的问题进行分析，提出整改措施并组织实施评价，做好持续改进记录；

④主动监测医院感染病例，发现有感染病例时按要求报告，有流行或暴发趋势时，积极协助调查。针对危险因素，采取有效措施，降低本科室医院感染发病率；

⑤监督检查本科室抗菌药物使用情况；

⑥组织本科室院感防控知识培训、考核及记录；

⑦督促本科室人员认真落实手卫生、无菌操作、消毒隔离、安全防护等有关管理规定；

⑧做好属地的卫生员（保洁人员）、配膳员、护工、陪住及探视者等第三方人员的卫生监督管理。

（5）每位医院员工职责

①遵守并执行院感防控的各项规章制度；

②医务人员执行无菌技术操作规程和安全注射规范；

③落实医务人员手卫生、消毒隔离、标准预防等感控各项规范、标准；

④掌握医院感染诊断标准，发现医院感染病例按要求及时上报；

⑤掌握院感防控知识，发现有医院感染流行趋势时，及时报告院感防控部门并协助调查；

⑥根据患者感染症情况规范送检，并合理应用抗菌药物；

⑦参加感控知识的培训及考核；

⑧熟练掌握职业防护技能，预防职业暴露的发生。

4. 工作机制

（1）定期评估机制

感控领导小组应建立每月研究机制，主要负责人应全面掌握机构院感防控工作的情况，将院感防控工作纳入领导班子议事日程，及时调整策略，研究解决实际问题。

感控工作小组应每年度对本地区感染性疾病的流行和院感防控情况进行一次全面评估，包括但不限于管理、建筑、资源、培训、防控措施的落实等。

感控部门应建立每月抽查机制，对重点环节、重点人群、重点部门进行抽查，对发现的隐患及时整改。

（2）风险评价机制

①应建立健全市、区卫生健康行政部门定期评估、督导检查机制。

每年组织专家团队对各级别医疗机构的院感防控工作进行一次整体的评估，确保市区全覆盖。

制订机构院感防控风险核查清单。定期对基本流程、基础设施、重点部门及感控重点环节

进行督导检查，对存在问题限期整改并形成简报在卫生行政系统内部进行发布。

②机构应将院感防控的风险管理，作为感控评估的重要内容之一，每年度应参照卫生行政部门的政策、法规的落实情况及机构业务开展情况，梳理院感防控风险清单，风险评估应按照职能分工（医疗、护理、门诊部、后勤，保卫、器材、物资、动力、信息等），逐级逐岗进行自查，感控部门汇总分析后并向感控领导小组上报。

③机构的年度工作目标，应在院感防控风险评估的基础上，按优先顺序，逐级落实整改，形成闭环管理，防控系统风险。

（3）多部门协作机制

院感防控工作应落实多学科合作机制，各职能部门在落实院感防控措施和职能分工的基础上还应重点承担（不限于）以下职责：

人力资源部门：每年根据实际使用床位和诊疗功能需求，配备足够的临床医务人员，及感控专兼职人员。

医务部门：院感防控体系中包括但不限于：诊疗流程、首诊负责制、三级预检工作安排、预约诊疗、病床使用、急诊急救、检测能力以及医师和技术人员的培训考核及医政协调等工作。

护理部门：护理操作中感控措施的落实，包括但不限于：三级预检分诊措施落实；护理人员配备及院感防控知识的培训考核；病区可疑患者筛查；病区探视、陪护管理；消毒隔离和其他各项院感防控措施。

疾控部门：传染病的监测、信息报告与流行病学调查，督促各病区可疑患者筛查与管控措施的落实，监督每个区域的清洁消毒措施的落实，定期开展消毒效果检查、健康宣教等，并与上级疾控部门的沟通。

检验部门：制定临床微生物检验标本采集、细菌鉴定和药敏试验等环节的质量控制流程规范；及时更新检验方法，不断提升病原学送检比率；确保临床微生物检验、环境卫生学监测及核酸检测的时效性。严格试验用品管理、样本检测过程管理及样本运输管理。强化实验室生物安全管理。严格遵守生物安全实验室等级管理要求，实验室的环境清洁消毒。实验室废弃物按规范处理，做好实验室人员培训、应急处理演练和日常管理。

药剂部门：药事管理部门负责包括但不限于：抗感染类药物采购并指导临床合理用药。应采取监测和抽查等多种方法了解临床各科室抗菌药物治疗性用药前送检情况，并将结果及时反馈临床科室和感控部门。

设备部门：负责进院仪器设备及物资的资质审核；日常维护、保养；配足、配齐急救、重症监护、检测等仪器设备；做好医用耗材（药品）、防护装备、清洁消毒用品等各类医疗物资的储备。

后勤部门：完善各项后勤管理，包括但不限于：医院内外环境的保洁、医疗废物、污水排放、中央空调使用、院内净化空调和空气净化设备和过滤装置的性能保证；真空泵管理；食堂管理、医用织物洗涤管理、感染患者遗体处置；负责对第三方人员进行培训等。

教育部门：负责组织医学生、进修生及临床医务人员院感防控知识的岗位培训、继续教育和培训效果评价。

安保部门：院内除了安检、安全巡视外，还应保证视频监控系统正常使用，对出入口的管理和公共区域人群密集度的巡视引导也有一定职责。在满足正常通行需求的前提下，严格控制医院出入口开放数量。有效疏导人员，控制门急诊大厅、核酸检测采样等公共空间人员密度。

信息部门：负责数据库的管理、信息传输和网络安全，为疫情防控提供更为智能化的设备与体系，在重点环节和高危环节防控方面应着力于安全性、可视化、高效能等方面的能力不断提升。

（4）自查整改机制

医疗机构对院感防控工作应有系统的自查整改机制，包括制度保障、工作机制，自查内容、自查方法、结果应用，确保闭环管理，责任到岗，责任到人。

①制度保障

建立院感防控巡查整改制度和奖惩措施并督促落实，制度应明确牵头部门、及其他部门的职责、检查内容、方法、检查方式及检查结果的应用。

②工作机制

对感控措施的落实应做到网格化管理，各部门、各科室、应有定期的自查清单和自查计划；各职能部门应有互查、联合检查及重点督查的机制；感控牵头部门应有计划对自查清单和措施落实情况进行核自查，建立问题台账，逐一销项落实整改措施，并进行记录。

疫情背景下，压实医务、药学、护理、后勤、第三方服务等部门和门急诊、临床、辅助检查等科室院感防控责任，院感防控体系应覆盖每个部位、每个环节、每名人员，织密拦截疫情输入和扩散的防控网。

③督查反馈整改

院感防控自查工作应纳入本机构内医疗质量评价体系，将检查结果纳入科室及人员的晋升、评优等评价考核中。

（5）问责机制

市区卫生健康行政部门、医疗机构应依法、依规建立健全追责问责机制。

各级卫生健康行政部门应进一步强化对辖区医疗机构的监管职责，健全感控工作追责机制。对于未进行定期风险排查和上报自查情况，或者在督导检查中，经专家研判，存在系统风险并未进行及时整改的医疗机构，进行通报批评，约谈督办，并与医疗机构年度绩效考核挂钩。对于存在系统风险和或严重疏漏、责任不落实、整改不到位，造成严重后果的医疗机构，依法、依规追究医疗机构一把手责任，并对有关责任人依法依规依纪予以严厉惩处。

医疗机构应建立职能部门、临床科室考核问责制度，根据院感防控的分工职责，压实各职能部门、科室、病区管理者和医务人员责任，与绩效和年度考评挂钩，对于未履行部门、科室或病区管理和个人职责的，年度考评不予评优，对于存在严重疏漏，责任不落实、整改不到位，造成严重后果的，依法依规依纪严肃追责。

5. 应急预案

医疗机构应根据各级政府的应急预案、医疗机构在公共卫生事件、重大灾害事故、传染病防治的功能定位和医疗救治任务结合本单位的特点、制订院感防控应急预案。应参照疫情防控趋势动态调整和更新院感防控工作预案，定期演练，依法、依规、依纪做好各类突发事件的应急处置。

预案应包括组织体系，体现领导靠前指挥；明确牵头部门、预案等级和启动条件；各部门职责，协调机制；资源人力储备与调动；信息与报告等，做到一键响应。

院感防控预案应根据事件的强度、范围、时长与场景，制订详细的响应机制和操作流程，用流程图形式加上辅助标识展现应急响应不同部门在不同时间点的工作职能；应急处置应体现全流程、全环节、全部门的信息畅通，环节相扣，各司其职、快速反应、从容应对。

预案制订/修订后应开展全员培训，日常定期组织相关科室及部门共同开展演练，桌面推演及实战演练相结合，演练开始前事先制订演练脚本，演练过程中详细记录，演练中发现的风险点及信息流、动作流不顺之处，根据演练结果及时修订预案，完善工作流程，加强监督检查，实现闭环管理，保证预案的实效性和生命力。

（二）制度建设（十项制度）

1. 分级感控制度

无论机构大小均应按要求在制度层面建立层级合理、专兼结合、分工明确、运转高效的感

控分级管理组织体系，明确职责、岗位、部门、人员的要求，并有效开展感控工作。践行“人人都是感控实践者”的理念，将院感防控理念和要求融入到诊疗活动全过程、全环节、全要素之中。

2. 监测报告制度

制订开展健康保健相关感染的发生、分布及其影响因素等数据信息开展收集、分析、反馈，以及依法依规上报等活动的规范性要求。完善健康保健相关感染监测主体协调联动机制和信息共享反馈机制，确保监测工作顺利开展，监测结果能够有效应用于医疗质量安全持续改进的实践。

3. 标准预防及院感防控管理制度

制订以标准预防原则为基础的院感防控措施，包括但不限于：将手卫生、隔离、环境清洁消毒、诊疗器械/物品清洗消毒与灭菌、安全注射等措施融入诊疗操作规程。

4. 感控风险评估制度

为降低感染发生风险，应结合机构医疗功能活动特点，制订感控风险的综合分析、评价、预判和干预等活动的规范性要求。感控风险评估种类，主要包括机构院感防控系统评估、疾病的风险评估、部门（科室）风险评估、防控能力的风险评估以及感染聚集、流行和暴发等的风险评估。

5. 多重耐药菌感染防控管理制度

制订为预防和控制多重耐药菌引发的感染及其传播，根据本机构多重耐药菌流行趋势和特点开展的监测、预防与控制等活动的规范性要求。

目前要求纳入目标防控的多重耐药菌包括但不限于：耐甲氧西林金黄色葡萄球菌（MRSA）、耐万古霉素肠球菌（VRE）、耐碳青霉烯类抗菌药物肠杆菌科细菌（CRE）、耐碳青霉烯类抗菌药物鲍曼不动杆菌（CR-AB）和耐碳青霉烯类抗菌药物铜绿假单胞菌（CR-PA）等。

6. 操作与器械相关感染防控制度

制订诊疗活动侵入性操作与器械相关的感染预防与控制活动的规范性要求。

侵入性诊疗器械相关感染的防控主要包括但不限于：血管内导管相关血流感染、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。

7. 培训教育制度

制订针对不同层级、不同岗位工作人员开展系统性、连续性、有针对性的感控相关基础知识、基本理论和基本技能培训教育活动的规范性要求。感控培训教育的基本内容包括但不限于：培训目标、适用对象、进度安排、培训大岗、实施方式以及考核评估等。

8. 暴发报告处置制度

制订机构及医务人员针对诊疗过程中出现的感染疑似暴发、暴发等情况，依法依规采取预警、调查、报告与处置等措施的规范性要求。完善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。

9. 医务人员感染性病原体暴露预防、处置及上报制度

制订医疗机构医务人员针对不同感染暴露风险所采取的基本安全防护要求、感染性病原体职业暴露预防、处置和上报等活动的规范性要求。

感染性病原体职业暴露按传播途径分类，主要包括血源性暴露、呼吸道暴露、消化道暴露和接触暴露等。

10. 传染病院内传播防控制度

制订医疗机构及医务人员依法依规开展本机构内传染病相关院感防控活动的规范性要求。

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，并了解就诊者症状出现以来的就医、用药情况。掌握本地区传染病防控的具体措施及转诊要求等。

（三）院感防控关键技术

1. 院感防控风险评估和项目规划

（1）院感防控风险评估

是医疗机构及医务人员针对本单位诊疗和患者的感染风险，应用评估工具，开展的综合分析、评价、预判和干预等活动，从而降低感染发生风险的规范性要求。

在卫生行政部门、医疗机构应建立和完善感控风险评估工作机制的基础上，院感专职人员应掌握风险评价的方法，根据属地政策要求、感染性疾病的特点、阶段工作目标、机构的资源储备和诊疗功能特点，由院感专业团队进行，并由机构院感领导小组审议。年度工作目标应根据感控的风险、危害程度和改进难易度择优确定。

（2）院感防控项目的规划

机构应基于建立感控风险评估基础上进行感控项目规划，院感防控工作应有依据、有目标、有计划、有方法、有效果地开展。感控项目规划包括但不限于以下内容：

①制定项目计划

医疗机构应根据国家发布的感控政策、行动计划、专项活动、重点工作，结合医疗机构的实际情况，确定本机构拟实施的感染控制项目或实践工作。

②实施感控风险评估

根据项目计划，使用可测量的工具，对本机构的感控风险进行评估，确定优先实施感染控制项目或实践内容。确定可量化的过程指标、结局指标，为评估项目实施的效果做好准备。

③项目实施

依据感控风险评估的结果，按照 4W1H（项目实施的目标、意义、时间进度、实施人员及对象、如何实施）的原则，拟定干预计划并落实。

④效果评价

通过收集、分析项目实施的过程指标、结局指标的数据，对实施感控项目的效果进行评价。确定目标是否达成，若未达成/未完全达成应采取哪些行动、获得哪些资源进一步干预和改进。若目标达成，则继续选择新的优先项目进行实施。

⑤持续质量改进

医疗机构应根据国家发布的感控政策、行动计划、专项活动、重点工作，结合本机构的医疗服务的需求和风险评估结果，将具备卫生经济效率的感控项目纳入绩效管理并提供必要的资源投入，持续监测实施效果并定期反馈，以建立项目实施及改进的长效机制。

2. 诊断与监测

（1）医院感染诊断

临床医务人员应该熟悉医院感染诊断标准，掌握《关于印发医院感染诊断标准（试行）的通知》的原则、常见的感染部位（包括但不限于呼吸系统、血液系统、消化系统、泌尿系统、手术部位、皮肤和软组织等）的诊断标准；对于复杂的感染性疾病应制订多学科会诊机制，做到早诊断、早治疗、早报告、早隔离。

（2）医院感染监测

所有涉及医疗服务的机构均应按照自身特点实施医院感染监测。应对院感的发生、分布及其影响因素等信息开展监测、信息收集、数据分析、结果反馈；应确定院感监测的方法、监测的范围、数据收集的流程等，还应包括依法依规上报相关数据具体细则。机构要为感染监测提供物资、人员和经费等方面的保障，建立信息共享反馈机制，相关监测结果及时反馈具体执行部门有效应用于医疗质量安全持续改进。

（3）院感疑似暴发及暴发的现场调查与处置

应确定医院感染暴发基本定义、启动调查的时机、具体的流行病学调查方法和步骤；以及医院感染暴发的报告流程等。

(4) 疫情防控期间的院感监测

详见附件

3. 培训与教育

应根据国家及本地区专兼职院感岗位培训要求及方案开展本机构院感防控基本知识、基本理论、基本技能和防控措施的培训工作，有具体的培训内容、培训方式、培训频度、培训考核等，做到院感防控全员覆盖；关键岗位重点掌握；临床岗位持续提升。

4. 操作相关

机构应有掌握本机构医疗操作与器械相关清单，掌握诊疗操作中的侵袭性操作和器械设备操作相关感染防控的风险点，将院感防控措施融入侵入性诊疗操作和器械设备相关操作规程中，最大限度降低感染的发生。

常见的侵袭性操作包括但不限于：血液透析、内镜诊疗、外科手术、中心静脉置管、泌尿系置管、有创呼吸机辅助通气等。

5. 环境与流程

(1) 环境管控：了解本机构建筑布局的特点，在改扩建中应充分考虑院感防控的需求，掌握环境硬件设备和运营中感染的风险，根据感染风险，制订环境控制的目标，细化完善环境管控硬件配置及环境卫生学管理措施。

(2) 流程优化：机构在诊疗流程中应合理重点功能科室如发热门诊、预检分诊区、手术部（室）、急诊科、儿科、检验科、输血科等，按规范配置人员、诊疗流程并保障物品、工作动线，实现洁、污分开，基于院感防控的原则不断优化流程。

(3) 医废与污水管理：落实国家相关法律、法规制定，包括但不限于：医废分类收集、密闭运送、暂存管理、污水处置及监测的管理要求。

(4) 其他相关：围绕机构的基础运行的感染风险还应掌握但不限于：感染性布草、真空泵、中央空调（空调通风系统）等的感染防控规范要求。

6. 手卫生

(1) 手卫生设施：机构应有应参考《医务人员手卫生规范》，对机构手卫生设施设备有具体要求，包括位置、数量和种类等。

(2) 手卫生资源：包括洗手、卫生手消毒和外科手消毒的消耗物品、干手物品配置要求及方法和流程。

(3) 手卫生依从性：有手卫生的培训教育、手卫生依从性的要求和检查等。

(4) 手卫生效果监测：有手卫生的效果监测方法和流程、评价手卫生依从性和正确性的方法和流程以及评价标准等。

7. 消毒与隔离

(1) 清洁：有机构内清洁制度要求，包括但不限于：清洁的目的、范围、方法、流程和评价等。

(2) 消毒：有消毒灭菌制度要求，包括消毒灭菌范围、使用方法、技术选择、操作流程、消毒灭菌效果等。

(3) 隔离：应根据本机构的特点，设置具体的隔离系统，包括但不限于：隔离区域、隔离房间、防护屏障、隔离围挡、隔离方法、其他隔离设备设施，还应包括隔离措施的启用标准和使用场景要求等。

(4) 效果监测：针对消毒隔离措施的使用目的，建立清洁、消毒灭菌、隔离效果的监测，内容包括诊疗器械、物品及消毒器的清洗效果监测；灭菌效果的监测方法和结果判定等。

8. 多重耐药菌防控

机构应该了解本地区和本单位多重耐药菌流行趋势，掌握本单位微生物检验能力和临床病原学送检率，制定预防多重耐药菌产生的防控措施，包括抗菌药物的合理使用、多重耐药菌的

识别和环境的控制等。

9. 防护与安全

应建立本单位医务人员安全防护预案，包括职业暴露的预防控制方法和技术，包括个人防护用品的配备、选择和使用、职业暴露的应急处置、随访的方法以及具体操作流程等。

10. 持续质量改进

应根据医疗质量管理办法及相关质量评价指标、管理要求、阶段性目标等制定本单位院感防控措施落实的检查与改进的制度，包括检查方法、检查内容、检查频次、检查结果应用及改进指标的指导性要求。

四、院感防控核心指标、质量评价与常用管理工具

（一）院感防控核心指标

医院感染管理质量核心控制指标（2021 版）

1. 医院感染发病（例次）率

定义：医院感染新发病例是指观察期间发生的医院感染病例，即观察开始时没有发生医院感染，观察开始后直至结束时发生的医院感染病例，包括观察开始时已发生医院感染，在观察期间又发生新的医院感染的病例。医院感染发病（例次）率是指住院患者中发生医院感染新发病例（例次）的比例。

计算公式：

$$\text{医院感染发病(例次)率} = \frac{\text{医院感染新发病例(例次)数}}{\text{同期住院患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医院感染总体发病情况。通常用年发病（例次）率表示。

判断：参照本医院/本地区既往、同期医院感染平均发病率（除外医院感染聚集性事件主动上报）进行综合评价。

2. 医院感染现患（例次）率

定义：确定时段或时点住院患者中，医院感染患者（例次）数占同期住院患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{医院感染现患(例次)率} = \frac{\text{(确定时段或时点住院患者中医院感染患者(例次)数)}}{\text{同期住院患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映确定时段或时点医院感染实际发生情况，为准确掌握医院感染现状，判断变化趋势，采取针对性干预措施及干预效果评价提供基础。

判断：参照调查期间数据收集的实查率和合格率进行综合评价。

3. 医院感染病例漏报率

定义：应当报告而未报告的医院感染病例数占同期应报告医院感染病例总数的比例。

计算公式：

$$\text{医院感染病例漏报率} = \frac{\text{应当报告而未报告的医院感染病例数}}{\text{同期应报告医院感染病例总数}} \times 100\%$$

意义：反映临床对医院感染病例的发现和报告情况及医院感染监测和管理情况。

判断：医院感染漏报率可分为医院自查和机构外部现场核查。现场核查通常根据高风险病例感染漏报率实现，高风险病例的定义由检查同期专家组制定，并与同期地区间同级医院进行比较。

注：通过病案首页系统核查高风险病例中医院感染病例的情况，以了解医院感染真实漏报率，高风险病例通常根据患者的住院天数、是否接受过手术及治疗的结果等因素

进行判断的病例。

4. 多重耐药菌医院发现率

定义：多重耐药菌主要包括：耐碳青霉烯类肠杆菌科细菌（CRE）、耐甲氧西林金黄色葡萄球菌（MRSA）、耐万古霉素肠球菌（VRE）、耐碳青霉烯鲍曼不动杆菌（CRABA）、耐碳青霉烯铜绿假单胞菌（CRPAE）、其他有临床意义的多重耐药菌。多重耐药菌医院发现率是指患者入院后多重耐药菌检出患者数与住院患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{多重耐药菌感染发现率} = \frac{\text{多重耐药菌检出患者数}}{\text{同期住院患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医院住院患者中多重耐药菌的检出、感染和定植等情况。

判断：1. 多重耐药菌医院发现率强调：无论社区获得、定植或院内感染均需要采取隔离防控措施。2. 应结合观察同期医院病原学送检率，剔除后计算，以了解观察期间多重耐药菌病原体的流行趋势是否超过以往同期。

5. 医院感染多重耐药菌检出率

定义：医院感染某种多重耐药菌检出患者数/菌株数与同期该病原体检出患者数/菌株总数的比例。

计算公式：

$$\text{医院感染多重耐药菌感染检出率} = \frac{\text{医院感染多重耐药菌检出患者数（菌株数）}}{\text{同期该病原体检出患者数（菌株总数）}} \times 100\%$$

意义：反映医院内多重耐药菌检出的总体情况和某种特定菌种多重耐药菌检出情况。

判断：菌株数剔除后统计，参照本医院/本地区既往、同期医院感染多重耐药菌检出率进行综合评价。

6. 医务人员手卫生依从率

定义：受调查的医务人员实际实施手卫生次数占同期调查中应实施手卫生次数的比例。

计算公式：

$$\text{医务人员手卫生依从率} = \frac{\text{受调查的医务人员实际实施手卫生次数}}{\text{同期调查中应实施手卫生次数}} \times 100\%$$

意义：描述医务人员手卫生实际执行依从程度，反映医务人员手卫生执行情况。

判断：比较医院自查依从率与现场核查依从率的符合情况；参照本医院/本地区既往、同期依从率综合评价。

7. 抗菌药物治疗前病原学送检率

定义：以治疗为目的使用抗菌药物的住院患者，使用抗菌药物前病原学检验标本送检病例数占同期使用抗菌药物治疗病例总数的比例（尤其是限制使用级以上抗菌药物）。病原学检验标本包括：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。

计算公式：

$$(\text{抗菌药物治疗前病原学送检率}) = \frac{(\text{使用抗菌药物前病原学检验标本送检病例数})}{(\text{同期使用抗菌药物治疗病例总数})} \times 100\%$$

意义：反映抗菌药物使用的规范性。

判断：参照卫生行政部门制订的相关指标及同行业的指标进行比较。

8. I 类切口手术部位感染率

定义：I 类切口手术部位感染是指发生在 I 类（清洁）切口，即手术未进入炎症区，未进入呼吸、消化及泌尿生殖道，以及闭合性创伤手术符合上述条件的手术切口的感染，包括无植入物手术后 30 天内、有植入物手术后 90 天内发生的手术部位感染。I 类切口手术部位感染率，是指发生 I 类切口手术部位感染病例数占同期接受 I 类切口手术患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{I 类切口手术部位感染率} = \frac{\text{发生 I 类切口手术部位感染病例数}}{\text{同期接受 I 类切口手术患者总数}} \times 100\%$$

意义：描述 I 类切口手术患者发生手术部位感染的频率，反映医院对接收 I 类切口手术患者医院感染管理和防控情况。

判断：同一国际疾病诊断分类（ICD）编码的 I 类切口手术部位感染与该地区和行业的感染发病率进行比较。

9. 中心静脉导管血流感染发病率

定义：使用中心静脉导管住院患者中新发血管内导管血流感染的发病频率。单位：例/千导管日。

计算公式：

$$\text{中心静脉导管血流感染发病率} = \frac{\text{中心静脉导管血流感染例次数}}{\text{同期患者使用中心静脉导管留置总天数}} \times 100\%$$

意义：反映中心静脉导管血流感染情况和院感防控能力。

判断：在中心静脉导管使用率没有显著性差异的情况下，中心静脉导管血流感染发病率与地区或同级别医院的平均发病率之间的关系。

10. 呼吸机相关肺炎发病率

定义：使用呼吸机住院患者中新发呼吸机相关肺炎的发病频率。单位：例/千机械通气日。

计算公式：

$$\text{呼吸机相关肺炎发病率} = \frac{\text{呼吸机相关肺炎例次数}}{\text{同期患者使用呼吸机总天数}} \times 100\%$$

意义：反映呼吸机相关肺炎情况和院感防控能力。

判断：在呼吸机使用率没有显著性差异的情况下，呼吸机相关肺炎发病率与地区或同级别医院平均发病率之间的关系。

11. 导尿管相关泌尿系感染发病率

定义：使用导尿管住院患者中新发导尿管相关泌尿系感染的发病频率。单位：例/千导尿管日。

计算公式：

$$\text{导尿管相关泌尿系感染发病率} = \frac{\text{导尿管相关泌尿系感染例次数}}{\text{同期患者使用导尿管总天数}} \times 100\%$$

意义：反映导尿管相关泌尿系感染情况和院感防控能力。

判断：在导尿管使用率没有显著性差异的情况下，导尿管相关泌尿系感染发病率与地区或同级别医院平均发病率之间的关系。

12. 目标监测手术类型（4T+X）上报率

定义：根据高风险手术类型，上报手术类型（4T）：全膝关节置换术（81.41）/全髋关节置换术（81.62；81.59；81.64）；乳癌改良根治术（85.43；85.46）；单纯子宫全切术（68.4）4类手术。手术类型X：具有医院特点的高风险手术。

计算公式：

$$4T + X \text{ 手术类型上报率} = \frac{4T + X \text{ 手术病例上报例数}}{\text{同期该院病案室所记录的 } 4T + X \text{ 手术类型病例数}} \times 100\%$$

意义：反映4T+X手术病例监测、上报覆盖程度。

判断：（1）开展外科手术的医院，手术部位目标监测（如果有）应涵盖本市推荐的四类手术（4T）及至少（2类）具有该院特点高风险手术。（2）手术目标监测数据覆盖医院实际开展此类手术的比例。（3）综合医院目标监测手术种类为4T+2X；三级专科医院监测种类不少于5X；二级专科医院不少于3X。

13. 某项医院感染防控措施符合率

定义：被调查医疗机构的医院感染防控措施（如重点部门或重点环节等）现场观察与所制定措施的符合率。

计算公式：

$$\text{医院感染防控措施依从率} = \frac{\text{被调查现场实际落实某项措施次数}}{\text{同期调查中应落实的次数}} \times 100\%$$

意义：本指标可描述医疗机构医院感染防控措施落实的情况，既反映医院感染防控措施的可实践性也反映临床医务人员对措施的依从情况。

判断：调查前应根据医院感防控的重点环节与工作内容，确定某项有普遍意义且具体防控措施的关键条款（宜控制在五项内）进行核查分析。

14. 医院感染暴发零报告 100%

定义：按照关于印发《北京市医院感染暴发控制方案》的通知要求，各医疗机构每季度需通过“北京市医疗机构依法执业自查系统”进行医院感染暴发零报告。

意义：为落实卫生行政部门“医院感染暴发报告及处置管理规范”卫医政发（2009）73号，不断提升医院感染监测人员对于医院感染暴发风险的发现能力，有效防范医院感染暴发的发生。

判断：通过“北京市医疗机构依法执业自查系统”收集各医院按规定报告数据情况进行分析。

（二）院感防控常用工具

1. 院感日常监测

1.1 全院综合性监测

A. 1 监测对象 住院患者（监测手术部位感染发病率时可包括出院后一定时期内的患者）和医务人员。

A. 2 监测内容（最小数据量要求）

A. 2. 1 基本情况：监测月份、住院号、科室、床号、姓名、年龄、入院日期、出院日期、住院天数、住院费用、疾病诊断、疾病转归（治愈、好转、未愈、死亡、其他）、切口类型（清洁切口、清洁—污染切、污染切口）。

A. 2. 2 医院感染情况：感染日期、感染诊断、感染与原发疾病的关系（无影响、加重病情、直接死亡、间接死亡）、医院感染危险因素（中心静脉插管、泌尿道插管、使用呼吸机、气管插管、气管切开、使用肾上腺糖皮质激素、放射治疗、抗肿瘤化不治疗、免疫抑制剂）及相关性、医院感染培养标本名称、送检日期、病原体名称、药物敏感试验结果。

A. 2. 3 监测月份患者出院情况：按科室记录出院人数，按疾病分类记录出院人数，按高危疾病记录出院人数，按科室和手术切口类型记录出院人数；或者同期住院患者住院日总数。

A. 3 监测方法 宜采用主动监测，感染控制专职人员主动、持续地对调查对象的医院感染发生情况进行跟踪观察与记录。

A. 3. 1 各医院应建立医院感染报告制度，临床科室医师应及时报告医院感染病例。

A. 3. 2 各医院应制定符合本院实际的、切实可行的医院感染监测计划并付诸实施。

A. 3. 3 专职人员应以查阅病历和临床调查患者相结合的方式调查医院感染病例。

A. 3. 4 医院感染资料的来源，包括以患者为基础和以实验室检查结果为基础的信息。

A. 4 资料分析：计算医院感染（例次）发病率

A. 5 总结和反馈 结合历史同期和上月医院感染发病率资料，对资料进行总结分析，提出监测中发现问题，报告院感防控委员会并向临床科室反馈监测结果和分析建议。

1. 2 院感现患率调查

B. 1 调查对象 指定时间段内所有住院患者。

B. 2 调查内容

B. 2. 1 基本资料 监测月份、住院号、科室、床号、姓名、性别、年龄、调查日期、疾病诊断、切口类型（清洁切口、清洁—污染切口、污染切口）。

B. 2. 2 医院感染情况 感染日期、感染诊断、医院感染危险因素（动静脉插管、泌尿道插管、使用呼吸机、气管插管、气管切开、使用肾上腺糖皮质激素、放射治疗、抗肿瘤化学治疗、免疫抑制剂）及相关性、医院感染培养标本名称、送检日期、检出病原体名称。

B. 2. 3 按科室记录应调查人数与实际调查人数。

B. 3 调查方法

B. 3. 1 应制定符合本院实际的医院感染患病率调查计划，培训调查人员。

B. 3. 2 应以查阅运行病历和床旁调查患者相结合的方式调查。

B. 3. 3 填写医院感染患病率调查表。

B. 3. 4 每病区（室）填写床旁调查表。

B. 4 资料分析：计算医院感染患病率、实查率

B. 5 总结和反馈 结合历史同期资料进行总结分析，提出调查中发现问题，报告院感防控委员会，并向临床科室反馈调查结果和建议。

2. 院感目标监测

2. 1 手术部位感染监测

C. 1 监测对象 被选定监测手术的所有择期和急诊手术患者。

C. 2 监测内容

C. 2. 1 基本资料 监测月份、住院号、科室、床号、姓名、年龄、调查日期、疾病诊断、切口类型（清洁切口、清洁—污染切、污染切口）。

C. 2. 2 手术资料 手术日期、手术名称、手术腔镜使用情况、危险因素评分标准（见表 C. 1），包括手术持续时间、手术切口清洁度分类、美国麻醉协会（ASA）评分（见表 C. 2）、围手术期抗菌药物使用情况、手术医师。

C. 2. 3 手术部位感染资料 感染日期与诊断、病原体。

C. 3 监测方法

C. 3. 1 宜采用主动的监测方法；也可专职人员监测与临床医务人员报告相结合；宜住院监测与出院监测相结合。

C. 3. 2 每例监测对象应填写手术部位感染监测登记表。

表 C. 1 危险因素评分标准

危险因素	评分标准	分值
------	------	----

手术时间 (G)	≤75 百分位数	0
	>75 百分位数	1
切口清洁度	清洁、清洁—污染	0
	污染	1
ASA 评分	I、II	0
	III、IV、V	1

表 C. 2 ASA 评分表

分级	分值	标准
I 级	1	健康。除局部病变外，无全身性疾病。如全身情况良好的腹股沟疝。
II 级	2	有轻度或中度的全身疾病。如轻度糖尿病和贫血，新生儿和 80 岁以上老年人。
III 级	3	有严重的全身性疾病，日常活动受限，但未丧失工作能力。如重症糖尿病。
IV 级	4	有生命危险的严重全身性疾病，已丧失工作能力。
V 级	5	病情危急，属紧急抢救手术。如主动脉瘤破裂等。

C. 4 资料分析：

C. 4. 1 手术部位感染发病率

手术部位感染发病率 = $\frac{\text{指定时间内某种手术患者的手术部位感染数}}{\text{指定时间内某种手术患者数}} \times 100\%$ (式 C. 1)

C. 4. 2 不同危险指数手术部位感染发病率

某危险指数手术感染发病率 = $\frac{\text{指定手术该危险指数患者的手术部位感染数}}{\text{指定手术某危险指数患者的手术数}} \times 100\%$ (式 C. 2)

C. 4. 3 外科医师感染发病专率

C. 4. 3. 1 外科医师感染发病专率

某外科医师感染发病专率 = $\frac{\text{该医师在该时期的手术部位感染病例数}}{\text{某医师在某时期进行的手术病例数}} \times 100\%$ (式 C. 3)

C. 4. 3. 2 不同危险指数等级的外科医师感染发病专率

某医师不同危险指数感染发病专率 =

$\frac{\text{该医师不同危险指数等级患者的手术部位感染例数}}{\text{某医师不同危险指数等级患者手术例数}} \times 100\%$ (式 C. 4)

C. 4. 3. 3 平均危险指数

平均危险指数 = $\frac{\sum (\text{危险指数等级} \times \text{手术例数})}{\text{手术例数总和}}$ (式 C. 5)

C. 4. 3. 4 医师调正感染发病专率

医师调正感染发病专率 = $\frac{\text{某医师的感染专率}}{\text{某医师的平均危险指数等级}}$ (式 C. 6)

C. 5 总结和反馈 结合历史同期资料进行总结分析，提出监测中发现问题，报告院感防控委员会，并向临床科室反馈监测结果和建议。

2.2 成人及儿童重症监护病房 (ICU) 医院感染监测

D. 1 ICU 感染

指患者在 ICU 发生的感染，即患者住进 ICU 时，该感染不存在也不处于潜伏期；患者转出 ICU 到其他病房后，48 小时内发生的感染仍属 ICU 感染。

D. 2 监测对象 ICU 患者。

D. 3 监测内容

D. 3. 1 基本资料 监测月份、住院号、科室、床号、姓名、性别、年龄、疾病诊断、疾病转归（治愈、好转、未愈、死亡、其他）。

D. 3. 2 医院感染情况 感染日期、感染诊断、感染与侵入性操作相关性（中心静脉插管、泌尿道插管、使用呼吸机）、医院感染培养标本名称、送检日期、检出病原体名称、药物敏感结果。

D. 3. 3 ICU 患者日志 每日记录新住进患者数、住在患者数、中心静脉插管、泌尿道插管及使用呼吸机人数、记录临床病情分类等级及分值（表 D. 1）。

表 D. 1 临床病情分类标准及分值

分类级别	分值	分类标准
A 级	1 分	需要常规观察，不需加强护理和治疗，（包括手术后只需观察的患者）。这类患者常在 48G 内从 ICU 转出。
B 级	2 分	病情稳定，但需要预防性观察，不需要加强护理和治疗的，例如某些患者因需要排除心肌炎、心肌梗死以及因需要服药而在 ICU 过夜观察。
C 级	3 分	病情稳定，但需要加强护理和/或监护的患者，如昏迷患者或出现慢性肾衰的患者。
D 级	4 分	病情不稳定，需要加强护理和治疗，需要经常评价和调整治疗方案的患者。如心律不齐、糖尿病酮症酸中毒（但尚未出现昏迷、休克、DIC）。
E 级	5 分	病情不稳定，且处于昏迷或休克状态，需要心肺复苏或需要加强护理治疗，并需要经常评价护理和治疗效果的患者。

D. 4 监测方法

D. 4. 1 宜采用主动监测，也可专职人员监测与临床医务人员报告相结合。

D. 4. 2 填写医院感染病例登记表。

D. 4. 3 每天填写 ICU 患者日志，见表 D. 2。

D. 4. 4 ICU 患者各危险等级登记表，见表 D. 3。

ICU 科别：内科、外科、妇科、儿科、综合、其他

日期	新住进患者数 ^a	住在患者数 ^b	留置导尿管患者数 ^c	中心静脉插管患者数 ^d	使用呼吸机患者数 ^e
1					
2					
3					
.....					
31					
合计					
a: 指当日新住进 ICU 的患者。 b: 包括新住进和已住进 ICU 的患者。 c、d、e: 均指当日使用的患者数。 f: 为 ICU 患者日志各项的累计。					

表 D. 2 ICU 患者日志监测月份: 年 月

D. 4. 5 临床病情等级评定 对当时住在 ICU 的患者按“临床病情分类标准及分值”（表 D. 1）进行病情评定，每周一次（时间相对固定），按当时患者的病情进行评定。每次评定后记录各等级（A、B、C、D 及 E 级）的患者数（见表 D. 3）。

表 D. 3 ICU 患者各危险等级登记表

临床病情等级	分值	第 1 周	第 2 周	第 3 周	第 4 周
A	1				
B	2				
C	3				
D	4				
E	5				

D. 5 资料分析: 计算器械使用率及其相关感染发病率（计算公式同院感核心指标）

D. 6 总结和反馈 结合历史同期资料进行总结分析，提出监测中发现问题，报告院感防控委员会，并向临床科室反馈监测结果和分析建议。

2.3 新生儿病房医院感染监测

E. 1 新生儿病房（包括新生儿重症监护室）医院感染：发生在新生儿病房或新生儿重症监护室的感染。

E. 2 监测对象 新生儿病房或新生儿重症监护室进行观察、诊断和治疗的新生儿。

E. 3 监测内容

E. 3. 1 基本资料 住院号、姓名、性别、天数、出生体重（BW，分≤1000g，1001g~1500 g，1501 g ~2500 g，2500 g 四组。以下体重均指出生体重）。

E. 3. 2 医院感染情况 感染日期、感染诊断、感染与侵入性操作相关性（脐或中心静脉插管、使用呼吸机）、医院感染培养标本名称、送检日期、检出病原体名称、药物敏感结果。

E. 3. 3 新生儿日志 按新生儿体重每日记录新住进新生儿数、住在新生儿数、脐或中心静脉插管及使用呼吸机新生儿数。

E. 4 监测方法

E. 4. 1 宜采用主动监测：也可专职人员监测与临床医务人员报告相结合。

E. 4. 2 新生儿发生感染时填写医院感染病例登记表。

E. 4. 3 填写新生儿病房日志（表 E. 1）和月报表（表 E. 2）。

表 E. 1 新生儿病房日志

监测月份： 年 月

	BW≤1000g				BW 1001g~1500g				BW 1501g~2500g				BW>2500g			
日期	新入院新生儿数 a	已住新生儿数 b	脐/中心静脉插管数 c	使用呼吸机数 d	新入院新生儿数 a	已住新生儿数 b	脐/中心静脉插管数 c	使用呼吸机数 d	新入院新生儿数 a	已住新生儿数 b	脐/中心静脉插管数 c	使用呼吸机数 d	新入院新生儿数 a	已住新生儿数 b	脐/中心静脉插管数 c	使用呼吸机数 d
1																
.....																
31																
合计																
a: 指当日新住进新生儿病房或新生儿重症监护室的新生儿数。 b: 指当日住进机关报新生儿病房或新生儿重症监护室的新生儿数, 包括新住进和已住进新生儿病房或新生儿重症监护室的新生儿。 c: 指当日应用该器械的新生儿数。若患者既置脐导管又置中心静脉导管, 只记数一次。 d: 指当日应用该器械的新生儿数。																

表 E. 2 新生儿病房或新生儿重症监护室月报表监测时间： 年 月

体重组别 (g)	新住进新生儿数	已经住在新生儿数	脐或中心静脉导管使用日数	使用呼吸机日数
≤1000				
1001~1500				
1501~2500				
>2500				

E. 5 资料分析: 不同体重组新生儿日感染发病率、器械使用率及其相关感染发病率 (计算公式同院感核心指标)

E. 6 总结和反馈 结合历史同期资料进行总结分析, 提出监测中发现问题, 报告院感防控委员会, 并向临床科室反馈监测结果和建议。

2.4 细菌耐药性监测

F. 1 细菌耐药性监测: 监测临床分离细菌耐药性发生情况, 包括临床上一些重要的耐药细菌的分离率, 如耐甲氧西林金黄色葡萄球菌 (MRSA), 耐万古霉素肠球菌 (VRE), 泛耐药的鲍曼不动杆菌 (PDR-AB) 和泛耐药的铜绿假单胞菌 (PDR-PA), 产超广谱 β -内酰胺酶 (ESBLs) 的革兰阴性细菌等。

F. 2 监测调查对象: 临床标本分离的病原菌。

F. 3 监测内容: 细菌, 抗菌药物, 药物敏感结果。

F. 4 监测方法: 统计、分析微生物室分离的细菌和药物敏感结果。

F. 5 资料分析

F. 5. 1 不同病原体的构成比。

F. 5. 2 主要革兰阳性细菌的构成比及对抗菌药物的耐药率。

F. 5. 3 主要革兰阴性细菌的构成比及对抗菌药物的耐药率。

F. 5. 4 MRSA 占金黄色葡萄球菌的构成比及分离绝对数，对抗菌药物的耐药率。

F. 5. 5 泛耐药鲍曼不动杆菌（PDR-AB）和泛耐药铜绿假单胞菌（PDR-PA）的构成比及绝对分离数。

F. 5. 6 VRE 占肠球菌属细菌的构成比及分离绝对数，对抗菌药物的耐药率。

F. 6 总结和反馈 结合以往资料总结并公布监测结果，向临床医师和医院药事管理机构反馈。

2.5 一类切口临床抗菌药物使用调查

G. 1 目的：调查一类切口抗菌药物使用情况，促进抗菌药物的临床合理应用，预防耐药菌的产生。

G. 2 调查对象住院（出院）病历。

G. 3 调查内容

G. 3. 1 基本资料 调查日期、住院号、科室、床号、患者姓名、性别、年龄、疾病诊断、切口类型（清洁切口、清洁—污染切口、污染切口）。

G. 3. 2 使用抗菌药物资料 感染诊断（全身感染、局部感染、无感染），用药方式（全身、局部），用药目的（治疗用药、预防用药、预防加治疗用药），联合用药（单用、二联、三联、四联及以上），细菌培养结果，使用抗菌药物名称，使用日剂量，用药天数，经药途径（口服、肌肉注射、静脉注射或静脉滴注、其他）。

G. 4 调查方法

G. 4. 1 可采用普查和抽样调查方法，调查某日或某时间段住院（出院）抗菌药物使用情况。

G. 4. 2 宜采用专职人员与临床医师和临床药师共同调查出院病历、运行病历或门诊处方。

G. 5 资料分析

G. 5. 1 出院患者抗菌药物使用率

$$\text{出院患者抗菌药物使用率} = \frac{\text{使用抗菌药物患者数}}{\text{调查患者数}} \times 100\% \quad (\text{式 G. 1})$$

调查患者数

G. 5. 2 住院患者抗菌药物使用率

$$\text{住院患者抗菌药物使用率} = \frac{\text{使用抗菌药物患者数}}{\text{调查患者数}} \times 100\% \quad (\text{式 G. 2})$$

调查患者数

G. 5. 3 每千住院日某抗菌药物的 DDD 频数

$$\text{每千住院日某抗菌药物的 DDD 频数} = \frac{\text{抗菌药物的 DDD 频数}}{\text{累计住院日数}} \times 1000\% \quad (\text{式 G. 3})$$

G. 5. 4 治疗使用抗菌药物构成比

$$\text{治疗使用抗菌药物构成比} = \frac{\text{治疗使用抗菌药物患者数}}{\text{总的使用抗菌药物患者数}} \times 100\% \quad (\text{式 G. 4})$$

G. 5. 5 预防使用抗菌药物构成比

$$\text{预防使用抗菌药物构成比} = \frac{\text{预防性使用抗菌药物患者数}}{\text{总的使用抗菌药物患者数}} \times 100\% \quad (\text{式 G. 5})$$

G. 5. 6 门诊处方抗菌药物使用率

$$\text{门诊处方抗菌药物使用率} = \frac{\text{使用抗菌药物处方数}}{\text{调查处方数}} \times 100\% \quad (\text{式 G. 6})$$

调查处方数

G. 6 总结和反馈

抗菌药物调查资料应及时进行总结和反馈，对抗菌药物临床应用中存在的问题，提出解决办法，实施后再进行评价。

3. 流调程序

3.1 初步了解现场基本信息，包括发病地点、发病人数、发病人群特征、起始及持续时间、可疑感染源、可疑感染病原体、可疑传播方式或途径、事件严重程度等，做好调查人员及物资准备。

3.2 分析医院感染聚集性病例的发病特点，计算怀疑医院感染暴发阶段的感染发病率，与同期及前期比较，确认医院感染暴发的存在。具体如下：

3.2.1 与疑似医院感染暴发前相比发病率升高明显并且具有统计学意义，或医院感染聚集性病例存在流行病学关联，则可确认医院感染暴发，应开展进一步调查。疾病的流行程度未达到医院感染暴发水平，但疾病危害大、可能造成严重影响、具有潜在传播危险时，仍应开展进一步调查。

3.2.2 应排除因实验室检测方法或医院感染监测系统监测方法等的改变而造成的医院感染假暴发。

3.2.3 应根据事件的危害程度采取相应的经验性预防控制措施，如消毒、隔离、手卫生等。

3.3 结合病例的临床症状、体征及实验室检查，核实病例诊断，开展预调查，明确致病因子类型（细菌、病毒或其他因素）。

3.4 确定调查范围和病例定义，开展病例搜索，进行个案调查。具体方法如下：

3.4.1 确定调查范围和病例定义，内容包括：时间、地点、人群分布特征，流行病学史，临床表现和（或）实验室检查结果等。病例定义可进行修正；病例搜索时，可侧重灵敏性；确定病因时，可侧重特异性。

3.4.2 通过查阅病历资料、实验室检查结果等各种信息化监测资料以及临床访谈、报告等进行病例搜索。

3.4.3 开展病例个案调查，获得病例的发病经过、诊治过程等详细信息。个案调查内容一般包括基本信息、临床资料、流行病学资料，个案调查可参照附录 A。

3.4.4 对病例发生的时间、地点及人群特征进行分析。

3.4.5 综合分析临床、实验室及流行病学特征，结合类似医院感染发病的相关知识与经验，可采取分析流行病学（如病例对照研究、队列研究、现场实验研究）和分子流行病学研究方法，查找感染源及感染途径。

3.5 附录（疑似）医院感染病例个案调查

A.1 一般情况

A.1.1 患者姓名：家长姓名（若是儿童，请填写）

A.1.2 患者 ID：

A.1.3 性别：☐ 男 ☐ 女

A.1.4 年龄：岁（月）

A.2 发现/报告情况

A.2.1 发病序号：

A.2.2 发生感染时所在科室：

A.2.3 曾住过科室：

A.2.4 发病日期：年月日

A.2.5 发现时间：年月日

A.2.6 感染诊断及部位：

A.3 发病与就诊经过

A.3.1 入院日期：年月日

A.3.2 可能的感染原因：

A. 3.3 原发疾病:

A. 4 临床表现

A. 4.1 临床症状:

A. 4.2 临床体征:

A. 4.3 微生物送检结果及日期:

A. 5 高危因素及暴露情况

A. 5.1 病室环境: ☐ I 类 ☐ II 类 ☐ III 类

A. 5.2 医护情况: 主管护士、日常护理护士、主管医生每次接触患者前后洗手或使用快速手消毒剂

☐ 是 ☐ 否

A. 5.3 周围患者是否有类似临床症状、体征 ☐ 是 ☐ 否

A. 5.4 患者接触的相关医疗器械: 使用前后 ☐ 消毒 ☐ 灭菌

A. 5.5 近期环境抽查结果: 空气: 物表: 工作人员手:

A. 5.6 有无可疑的使用中消毒液: 批号:

A. 5.7 有无可疑的静脉注射液体: 批号:

A. 5.8 本组共有患者 例, 本患者为第 例,

患者感染源可能来自:

☐ 患者自身 ☐ 其他患者 ☐ 医务人员 ☐ 医疗器械 ☐ 医院环境 ☐ 食物 ☐ 药物 ☐ 探视者 ☐

陪护者

☐ 感染源不明 ☐ 其它

A. 5.9 患者易感因素的调查见表 A. 1。

表 A. 1 患者易感因素

手术名称:		急诊: 是 ☐ 否 ☐
手术日期:		参与手术人员:
手术持续时间:	小时 分	手术植入物: 有 ☐ 无 ☐
手术切口类型:	清洁 ☐ 清洁-污染 ☐ 污染 ☐ 感染 ☐	
麻醉(ASA)评分	I 级 ☐ II 级 ☐ III 级 ☐ IV 级 ☐ V 级 ☐	麻醉: 全麻 ☐ 硬膜外麻 ☐ 腰麻 ☐
糖尿病 ☐	免疫缺陷 ☐	泌尿道插管 ☐ 时间 ()
肿瘤 ☐	免疫抑制剂 ☐	动静脉插管 ☐ 时间 ()
昏迷 ☐	低蛋白血症 ☐	引流管部位 () 时间 ()
肝硬化 ☐	WBC < $1.5 \times 10^9/L$ ☐	激素及使用方法 ()
放疗 ☐ 、化疗 ☐	气管切开 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 时间 ()	上呼吸机 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 时间 ()
哮喘 ☐	冠心病 ☐	肾病 ☐
慢性支气管炎 ☐	其它慢性肺部疾病 ☐	其它慢性疾病 ☐

A. 6 患者生活习惯、既往健康史

A. 6.1 饭前洗手: ☐ 每次均洗手 ☐ 偶尔洗手 ☐ 从不洗手 ☐ 其它

A. 6.2 本次感染前是否有其他部位感染 ☐ 是 ☐ 否, 感染部位:

A. 7 患者发病前抗菌药物应用情况

品种: 药品名称: 天数/使用起止日期

A. 8 实验室检查

A. 8.1 感染相关指标: 血常规、CRP、PCT、其他

A. 8.2 血清学和病原学检测的调查见表 A. 2。

表 A. 2 血清学和病原学检测

标本类型	采样时间	检测项目	检测方法	检测单位	结果

注：标本类型包括咽拭子、痰、血、尿、粪便、分泌物等与该感染相关的临床标本

A. 9 转归与最终诊断情况

A. 9.1 最终诊断：☐确诊病例 ☐疑似病例 ☐临床诊断病例 ☐排除：

A. 9.2 诊断单位：

A. 9.3 转归：☐痊愈，出院日期： 月 日 ☐死亡，死亡日期： 月 日死亡原因：☐其

它

A. 10 其他需记载事项

可根据实际情况增加或减少个案表内容，例如：若怀疑与麻醉剂、消毒剂有关，应记录麻醉剂、消毒剂的相关信息，以及封存剩余麻醉剂、消毒剂进行检测的后续情况；若怀疑与植入物有关，应记录植入物以及对同批号植入物进行检测的相关信息；若怀疑与消毒供应中心（CSSD）处置有关，则应追溯相关信息等。

A. 11 调查单位、人员和时间

A. 11.1 调查单位：

A. 11.2 调查者签名：

A. 11.3 调查时间： 月 日—— 月 日

4. 清洁流程

4.1 环境、物表清洁消毒原则：

4.1.1 进行环境清洁卫生工作时应采取湿式卫生的方法，遵循先清洁、再消毒的原则；

4.1.2 进行清洁卫生工作，应按由上而下、由洁到污的顺序进行；

4.1.3 有多名患者同居住的病房，应遵循“清洁单元”的原则实施清洁卫生。做到有效清洁杜绝盲区（点），严禁将使用（污染）后的抹布、地巾（拖把）“二次浸泡”至清洁/消毒溶液中；

4.1.4 地面或物表有血、尿、便、痰等污染时先用吸湿材料去除可见的污染物，再清洁和消毒；

4.1.5 发生医院感染暴发或者检出多重耐药菌时，应增加清洁与消毒的频次。并根据病原体类型选择合适的消毒剂；

4.1.6 实施清洁与消毒时，应设有醒目的警示标识。

4.2 执行环境物表清洁消毒的工作人员，应做好个人防护，见表 1。

表 1 环境清洁人员个人防护用品选择

风险等级	环境清洁等级分类	方式	频率/ (次/d)	标准	
低度风险区域	清洁级	湿式卫生	1~2	要求达到区域内环境干净、干燥、无尘、无污垢、无碎屑、无异味等	
中度风险区域	卫生级	湿式卫生,可采用清洁剂辅助清洁	2	要求达到区域内环境表面菌落总数 ≤ 10 CFU/cm ² ,或自然菌减少 1 个对数值以上	
高度风险区域	消毒级	湿式卫生,可采用清洁剂辅助清洁	≥ 2	要求达到区域内环境表面菌落总数符合 GB 15982 要求	帽子
		高频接触的环境表面,实施中、低水平消毒	≥ 2		—
注 1: 各类风险区域的环境表面一旦发生患者体液、血液、排泄物、分泌物等污染时应立即实施污点清洁与消毒。 注 2: 凡开展侵入性操作、吸痰等高度危险诊疗活动结束后,应立即实施环境清洁与消毒。 注 3: 在明确病原体污染时,可参考 WS/T 367 提供的方法进行消毒。					—
					—
					±
注 1: “++”表示应使用 N95 口罩,“+”表示应使用,“±”表示可使用或按该区域的个人防护要求使用,“—”表示可以不使用。					
注 2: 处理患者体液、血液、排泄物、分泌物等污染物、医疗废物和消毒液配制时,应佩戴上述所有个人防护物品。					

4.3 不同等级的风险区域日常清洁与消毒管理

4.3.1 对低度感染危险区域（行政管理部门、图书馆、会议室、病案室等）实施清洁级的管理。用清水清洁为主，频度 1-2 次/天。

4.3.2 对重度感染危险区域（普通住院病房、门诊、功能检查室等），实施卫生级的管理。在清洁的基础上可采用清洁剂辅助清洁，频度 2 次/天。

4.3.3 对高度感染危险区域（感染性病区、急诊、中心供应中心、实验室、手术室、产房、新生儿病房、ICU、早产儿时烧伤病区、导管室、血液净化中心、器官移植病房等）实施消毒剂的管理。在清洁的基础上实施低水平消毒，频度 2 次/天，高度风险区域高平接触的环境表面，实施中、低水平消毒，频度 3-4 次/天。见表 2。

表 2 不同等级的风险区域日常清洁与消毒管理

4.4. 疫情流行期院感防控相关工具

4.4.1 新型冠状病毒肺炎流行期间不同人员个人防护指导原则

顺序 工作岗位	手卫生	工作帽	医用外科口罩	医用防护口罩	工作服	防护服	手套	隔离衣	防护面屏/护目镜	/鞋套靴套
一般科室	●	○	●	●						
手术	●	●	●	○	●	●	○	○	○	
预检分诊	●	●	●	●	○	●				
发热门诊/ 呼吸科 /急诊 /儿科	●	●	●	○	●	○	● / ○	○	○	
可能产生 喷溅的操	●	●	●	●	○	●	●	●	○	

作										
疑似/ 确诊病例 诊疗	●	●	●	●	●	双层	○	●	●	
患者 转运/ 陪检	●	●	●	●	●	●	○	●	●	
疑似/ 确诊病例 标本 采集	●	●	●	●	●	双层	○	●	○	
实验 室常 规检 测	●	●	●	●	●					
实验 室疑 似样 本检 测	●	●	●	●	●	●				
实验 室病 毒核 酸检 测	●	●	●	●	●	双层	○	●	○	
环境 清洁 消毒	●	●	●	●	●	+长袖 加厚 橡胶 手套	○	●	○	
标本 运送	●	●	●	●						
尸体 处理	●	●	●	●	●	+长袖 加厚 橡胶 手套	●	●	●	

备注：1. ●应选择，○根据暴露风险选择；2. 暴露风险高的操作有条件时可选动力送风过滤式呼吸器。

4.4.2 北京市新型冠状病毒肺炎疫情防控期间病房（区）终末清洁消毒验收参考工具

A. 适用范围

定点医疗机构确诊病例隔离病房（区）、疑似病例隔离病房（区）、集中医学观察点、其他隔离病房或区域。

B. 验收依据

1. 《医疗机构消毒技术规范》（WS/T 367-2012）。
2. 《北京市医疗机构环境清洁卫生技术与管理 规范》（京卫医字〔2013〕192号）。
3. 《本机构制订隔离病房（区）的终末清洁消毒制度及操作流程。

C. 验收方法

现场查看及核对清洁消毒记录。

D. 验收范围

1. 病房：床单元（病床、床头桌、探视椅制定备带、储物柜等）、房间环境及卫生间。
2. 病区：护士站、治疗室、处置室、污物间、保洁间、库房、设备间、卫生间、缓冲间、办公室、休息室、更衣室、淋浴间、电梯等。
3. 其他可能污染区域：放射科、检验科等。
4. 诊疗设备：输液架（泵）、监护仪、雾化吸入设备等。
5. 医用织物：床垫、被、褥、枕、帘等。
6. 手卫生设施。

E. 验收清单

序 号	项 目	负责单位	完成情况（划√）
1	环境：地面、空气。		未开展已完成
2	物体表面：病床、家具、部分台面及墙面。		
3	诊疗设备表面。		
4	洗手间环境及设施。		
5	医用织物的处理。		
6	患者个人物品及废弃物的处理。		

备注：（1）终末清洁消毒验收应有相关人员签字存档。

（2）医疗机构可根据实际情况选择是否需要进行环境卫生学监测。

4.4.3 关于发布新型冠状病毒肺炎疫情防控期间围手术期感染防控措施指引（试行）

新冠肺炎疫情防控期间手术相关人员个人防护建议

手术 相关 人员	手 卫 生	单 层 手 套	双 层 手 套	帽 子	刷 手 服	手 术 衣	医 用 防 护 口 罩	医 用 外 科 口 罩	护 目 镜 / 面 屏	隔 离 衣	防 护 服	头 套 / 全 面 型 呼 吸 防 护	鞋 / 靴 套
----------------	-------------	------------------	------------------	--------	-------------	-------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	-------------	-------------	--	------------------

												器	
台上	AB C	C	AB	ABC	ABC	ABC	AB	C	A○B ○C	○B ○C	A	○ A	A○B
台下	AB C	BC	A○ B	ABC	ABC	--	AB	C	A○B ○C	AB○ C	A	--	A○B
其他	AB C	A○ B ○C	--	ABC	--	--	A○B ○C	BC	○A ○B ○C	AB○ C	○A	--	○A
患者	--	--	--	ABC	患者 服装	--	A○B	BC	--	--	--	--	--

备注：（1）A、B、C 为不同类别患者手术时推荐的个人防护装备，○A ○B ○C 为可选。

（2）病情允许时，A、B 类患者始终佩戴医用外科口罩或医用防护口罩，C 类患者始终佩戴医用外科口罩。

（3）其他人员：包括保洁人员、患者转运人员、电梯工作人员等。

（4）保洁工作应根据洁污工作分别安排人员。

4.4.4 新冠肺炎疫情防控期间口腔门（急）诊感染防控措施指引（试行）

新冠肺炎疫情防控期间口腔门（急）诊医务人员个人防护建议

风险类别	操作类别	手卫生	工作帽	医用外科口罩	医用防护口罩	工作服	隔离衣	一次性隔离衣	防护服	手套	护目镜	防护面屏
A 类	--	●	●	●	●	●	●	●	●	○		
B1 类①	--	●	●	●	●	●	○	●	●	○		
C 类	低风险	●	●	●	●	○	●	●				
中风险②	●	●	●	○	●	●	○	●	○	●		
高风险③	●	●	●	○	●	●	●	○	●			
预检分诊	●	●	●	●	●	○	○					

备注：“●”代表建议使用；“○”代表根据暴露风险，必要时使用。诊疗 A 类患者时，按照定点医院相关要求进行防护用品使用。

①一次性隔离衣和防护服不同时使用；

②③医用外科口罩和医用防护口罩不同时使用；

②隔离衣与一次性隔离衣不同时使用；

②③护目镜与防护面屏一般不同时使用。

新冠肺炎疫情防控期间口腔门（急）诊疗单元清洁消毒建议

风险类别	处理时机	物表清洁消毒		空气净化消毒			地面清洁消毒
		诊疗接触表面	非诊疗接触表面	通风*	空气消毒机 [‡]	紫外线灯照射 [‡]	
1. B 类 2. C、D 类 高风险	诊疗过程中	●减少物品摆放或用覆盖方式减少污染		●二者选其一		／	●遇污染随时
	诊疗结束后	●每患结束	●每患结束	●每患结束三者选其一			●每患结束
3. C、D 类 中低风险	诊疗过程中	●减少物品摆放或用覆盖方式减少污染		○二者选其一		／	●遇污染随时
	诊疗结束后	●每患结束	●每日终末	●诊前/午间/诊后	／	○每日终末	●每 2 小时

备注：“●”代表建议使用；“○”代表根据暴露风险，必要时使用

①通风包括自然通风和机械通风。建议高风险操作时诊疗过程中通风；诊间至少通风 10 分钟后接诊下一位患者。非高风险操作时可在开诊前、午间、当日门诊结束后通风 30 分钟。

②空气消毒机一般为动态净化消毒装置，诊疗过程中无法通风时，建议使用；高风险操作时，诊间持续使用至少 10 分钟后接诊下一位患者。

③紫外线灯照射一般为静态消毒装置，诊疗结束后室内无人时开启，至少 30 分钟，通风后人员方可进入。其他类别静态消毒装置，参照说明书，遵循无人情况下使用原则。

4.4.5 医疗机构恢复诊疗工作（新冠感染疫情防控）医务人员个人防护穿戴顺序

工作岗位	手卫生	工作帽	医用外科口罩	医用防护口罩	工作服	手术衣	防护服	单层手套	隔离衣	双层手套	防护面屏/护目镜	头套/全面型呼吸防护器	鞋/靴套
预检分诊	●	●	●	○	●		○	○	●				
普通病房/门诊	●	○	●		●								
发热门诊	●	●	●	○	●		○	○	○		○		○
急诊/呼吸/儿科/重点科室	●	●	●	○	●		○	○	○		○		○
可能产生	●	●		●	●		○	●	●		●	○	○

喷 溅 的 操 作													
手术													
台上	AB C	AB C	C	AB	AB C	ABC	A	C	ⓑ ⓒ	AB	A ⓑ ⓒ	Ⓐ	A ⓑ
台下	AB C	AB C	C	AB	AB C	—	A	BC	AB ⓒ	A ⓑ ⓒ	A ⓑ ⓒ	—	A ⓑ
其他	AB C	AB C	BC	A ⓑ ⓒ	—	—	Ⓐ	A ⓑ ⓒ	AB ⓒ	—	Ⓐ ⓑ ⓒ	—	Ⓐ
患者	—	AB C	BC	A ⓑ	患者 服 装	—	—	—	—	—	—	—	—
疑似/确诊 患者诊疗 护理	●	●		●	●		●		○	●	●		●
疑似/确诊 患者转运/ 陪检	●	●		●	●		○/ ●	●	○/ ●		●		●
筛查/疑似 /确诊核酸 采样	●	●	●	○ / ●	●		○/ ●	●	○/ ●	○	●		○
实验室样 本检测	●	●	●	○	●		○	●	○	○	●		○
新冠暴露 环境清洁 消毒	●	●		●	●		●	●+长 袖加 厚橡 胶手 套	○		●		○
待检新冠 标本运送	●	●	●		●								
新冠病例	●	●		●	●		●	●+长	●		●	●	●

尸体处理								袖加厚橡胶手套					
行政管理	●		●		○								

说明：

1. ●应选择，○根据暴露风险选择，○/●不同风险时的选择

2. 工作服指白衣、刷手衣、内穿衣等。

3. 重点科室：包括内镜中心、血透室、口腔科等。

4. 手术：ABC 为不同类别患者手术时推荐的个人防护装备，①②③为可选。请参照“关于新型冠状病毒肺炎疫情防控期间围手术期医院感染防控措施指引（试行）”

5. 手术其他人员：包括保洁人员、转运患者人员、手术电梯工作人员等。6. 动力送风过滤式呼吸器只有在高风险暴露操作情况下且有条件时可选。

4.4.6 医疗机构恢复诊疗工作环境清洁消毒指引

清洁消毒对象/方法/风险/科室		物表							地面				空气					
		方法					频次		方法		频次		方法		频次			
		含氯消毒剂			乙醇	消毒湿巾	≥2次/天	≥4次/天	清水	含氯消毒剂		≥2次/天	≥4次/天	自然通风	紫外线（室内无人）	空气消毒机（人机共存）	≥2次/天	≥4次/天
		500mg/L	1000mg/L	2000mg/L						500mg/L	1000mg/L							
高风险区	预检分诊	▲	△	△	△	△	▲		▲	△		▲	▲					▲
	发热门诊/隔离病房		▲	△	△	△	▲			▲		▲	▲	▲	△		▲	

中 风 险 区	重点科室	▲	△	△	△	△	▲	▲	△	▲	▲	△	▲	▲	△	▲
	电梯	▲			△	△	▲	▲			▲	▲				▲
	转运车	▲	△		△	△	每次使用后	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	疑似/ 确诊病例		▲	△	△	△	每次使用后	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	标本转运箱						每次使用后									
	放射科	▲	△	△	△	△	▲/ 每次使用后	▲		▲	▲	▲	▲	△	▲	
	普通门诊/ 医技科室	▲	△	△	△	△	▲	▲	△	▲	▲	▲	△	▲		
	普通病房	▲	△	△	△	△	▲	▲	△	△	▲	▲	▲		▲	
	检验科	▲	△	△	△	△	▲	▲		▲	▲	▲	▲	△	▲	
	输	▲	△	△	△	△	▲	▲		▲	▲	▲	▲	△	▲	

	液室																	
	自助机	▲			△	△		▲	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	洗手间	▲	△					▲		▲	△		▲	▲				▲
	医务人员休息室	▲			△	△	▲			▲			▲		▲	▲	△	▲
低风险区	办公室 / 会议室	▲			△	△	▲		▲	△			▲		▲		△	▲
	病案室 / 药房 / 图书馆	▲			△	△	▲		▲	△			▲		▲	△	△	▲
	行政办公区	▲			△	△	▲		▲	△			▲		▲		△	▲
终末清洁消毒	对室内所有环境和物表的清洁消毒=移动室内所有可移动的设备 and 家具+有效地清洁消毒方法+清除废物+整理物品=达到清洁与消毒合格。 空气消毒可用过氧化氢/过氧乙酸/二氧化氯雾化或熏蒸。																	

备注：

1. ▲必选，△可选。

2. 重点科室：包括急诊、呼吸科、儿科、手术室、ICU、产房、导管室、洁净层流病区、骨髓移植病区、器官移植病区、新生儿室、母婴同室、血液透析中心（室）、烧伤病区、感染性疾病科（发热门诊外其他科）、口腔科、消毒供应中心、内镜中心（室）、检验科（包括核酸检测实验室）等。

3. 如遇污染随时清洁消毒，如遇血液、体液、排泄物等污染时，提高消毒剂浓度。疫情流行期间，遵循一患一清洁消毒原则，在日常清洁消毒基础上视患者数量及污染暴露情况增加频次。

4. 除循证医学证据表明某消毒剂或浓度对新冠肺炎病毒无效时，常用的消毒剂和推荐消毒方式均适用。化学消毒剂浓度参照 GB27953-2011 疫源地消毒剂卫生要求或厂家说明书。二氧化氯消毒浓度推荐 400-600mg/L。

5. 空气消毒作用时间 $\geq 30\text{min}$ 。

6. 清洁消毒频次 ≥ 4 次可根据污染情况增加次数或每次进行。

4.4.7 北京市医疗机构门急诊区域环境及设备设施清洁消毒规范

区域		物表							地面					空气净化消毒				
		方式				频次			方式		频次			方式			频次	
		清水	含氯消毒剂/浓度	消毒湿巾	乙醇	≥ 2 次/天	≥ 3 次/天	≥ 4 次/天	清水	含氯消毒剂/浓度	≥ 2 次/天	≥ 3 次/天	≥ 4 次/天	开窗通风	紫外线	空气消毒机	≥ 2 次/天	≥ 3 次/天
低风险	各部门办公室	▲	△/◇	△	△	▲	△	△	▲	△/◇	△	△	△	▲		△	▲	△
	会议室、休息室、值班室	▲	△/◇	△	△	▲	△	△	▲	△/◇	△	△	△	▲		△	▲	△
中风险	门急诊大厅		▲/◇	△	△		▲	△		▲/◇		▲	△	▲				△
	对外办公窗口区		▲/◇	△	△		▲	△		▲/◇		▲	△	▲				△
	候诊区		▲/◇	△	△		▲	△		▲/◇		▲	△	▲				△
	普通诊室		▲/◇	△	△		▲	△		▲/◇		▲	△	▲	△	△		△
	心电图室		▲/◇	△	△		▲	△		▲/◇		▲	△	▲	△	△		△
	功能检查室（超声科等）		▲/◇	△	△		▲	△		▲/◇		▲	△	▲	△	△		△
	电梯（自动扶梯）		▲/◇	△	△		▲	△		▲/◇		▲	△	▲		△		△
高风险	急诊		▲/◆	△	△			▲		▲/◆			▲	▲	△	△		▲
	预检分诊点		▲/◆	△	△			▲		▲/◆			▲	▲				▲

极高风险	呼吸科诊室		▲/◇	△	△			▲		▲/◇			▲	▲	△	△		▲
	肠道门诊		▲/◇	△	△			▲		▲/◇			▲	▲	△	△		▲
	感染性疾病诊室		▲/◇	△	△			▲		▲/◇			▲	▲	△	△		▲
	口腔科诊室		▲/◇	△	△			▲		▲/◇			▲	▲	△	△		▲
	耳鼻喉科诊室		▲/◇	△	△			▲		▲/◇			▲	▲	△	△		▲
	眼科诊室		▲/◇	△	△			▲		▲/◇			▲	▲	△	△		▲
	儿科诊室		▲/◇	△	△			▲		▲/◇			▲	▲	△	△		▲
	血透室		▲/◇	△	△			▲		▲/◇			▲	▲	△	△		▲
	内镜室		▲/◇	△	△			▲		▲/◇			▲	▲	△	△		▲
	影像检查室（如 DR、CT、MR 等）、特殊检查室（如 C13 呼气试验、肺功能、经食道超声等）、特殊治疗科室（雾化吸入、放射治疗、伽玛刀、高压氧、康复治疗等）、		▲/◇	△	△			▲		▲/◇			▲	▲	△	△		▲
	门急诊手术室		▲/◇	△	△			▲		▲/◇			▲	▲	△	△		▲
	抽血室		▲/◇	△	△			▲		▲/◇			▲	▲	△	△		▲
	患者用卫生间		▲/◆	△	△			▲		▲/◆			▲	▲				▲
	疑似确诊病例实验室检测区域		▲/◆	△	△			▲		▲/◆			▲	▲	△	△		▲
	疑似/确诊病例标本采集区域		▲/◆	△	△			▲		▲/◆			▲	▲		△		▲
	隔离诊区		▲/◆	△	△			▲		▲/◆			▲	▲		△		▲
	发热门诊		▲/◆	△	△			▲		▲/◆			▲	▲		△		▲
注：1. ▲推荐，△可选，◇500mg/L 含氯消毒剂，◆1000mg/L 含氯消毒剂 2. 根据污染程度选择消毒剂浓度及消毒频次，如遇血液、体液、排泄物等污染时，提高消毒浓度、增加消毒频次。 3. 有自然通风条件的区域，选择开窗通风；无通风条件的区域，在有人情况下持续开启空气消毒机，无人情况下使用紫外线照射。 4. 高频接触设备表面举例：售本机、充电宝、自助售货机、自助挂号缴费机、发票打印机；挂号缴费、医保办窗口台面；自助分诊机、座椅等。电梯按钮、扶手等、门把手、洗手池、患者接触诊台等；心电图机夹、急诊输液架、输液椅、检查治疗床等；																		

日常环境清洁消毒快速查阅表

清洁消毒操作流程

- 一、地面：以“之”型湿拖地面，在外侧划“II”型，确保无空白漏隙，根据风险分类，选用清水、500mg/L 或 1000mg/L 含氯消毒剂。
- 二、把手：无空白漏隙擦拭把手，按照污染风险等级要求的次数。如遇疑似或确诊患者，宜使用 1000mg/L 含氯消毒剂消毒。
- 三、自助机：应按先上后下，先机器屏幕、键盘，后机身的顺序进行擦拭消毒。建议选择 75%酒精擦拭，如机器屏幕可耐受含氯消毒剂，可使

用 500mg/L 含氯消毒剂擦拭，并用清水去除含氯消毒剂。如遇疑似或确诊患者，使用 1000mg/L 含氯消毒剂消毒。

四、座椅：应按先上后下、先左后右的顺序，使用 500mg/L 含氯消毒剂擦拭消毒。如遇疑似或确诊患者，使用 1000mg/L 含氯消毒剂消毒。

五、电梯：应按先上后下、从里到外、最后地面的顺序，使用 500mg/L 含氯消毒剂进行地面及物表擦拭消毒，如遇疑似或确诊患者，使用 1000mg/L 含氯消毒剂消毒。对于电梯按钮等高频接触表面，可采取保护性屏障覆盖（如清洁的塑料膜），每 2-3 小时清洁消毒 1 次。覆盖物有可见的污染或出现破损应立即更换。使用后的屏障覆盖物按医疗废物处置。保护性表面应在每个工作日结束时去除保护性覆盖对其下方表面实施消毒，有可见污染时立即消毒。

各类感染风险区域使用的考核质控表

风险等级		考核标准		考核方法							
				感官法		荧光法		ATP 法		微生物法	
低风险区域		自定义*		▲		△		△			
中风险区域		GB15982		▲		△		△		暴发时	
高风险区域		GB15982		▲		△		△		暴发时	
极高风险区域		GB15982		▲		▲		▲		暴发时	
消毒方式	消毒剂	消毒剂浓度	消毒对象	消毒方法	执行时间				责任人		
日 常消毒	含氯	500mg/L	座椅	擦拭	8AM	10AM	14PM	16PM	张三		

注：*，各医疗机构可自定义清洁标准，并写入环境清洁承包合同书里。

▲，宜采用的方法。

△，可选用方法。

清洁消毒工作记录表

消毒日期：2020 年*月*日 部门：门诊**

注：消毒地点包括：门诊、急诊、检查室等；消毒方式：日常消毒、随时消毒、终末消毒；消毒剂：75%酒精、含氯消毒剂等；消毒浓度：500mg/L、1000mg/L 等；消毒对象包括：座椅、把手、自助机等；消毒方法包括：擦拭、喷雾等。

➤ 5. 风险评价

风险评估的步骤

5.1 风险识别：发现、列举和描述风险要素，应用检查表法与头脑风暴法每年更新《××××院感防控风险评估清单》。

××××院感防控风险评估清单

项目	存在风险	危险因素
优先级项目		
VAP (ICU)		
CRBSI (ICU)		
UTI (ICU)		
手术切口感染 (SSI)		
日常监测项目		
手卫生		
多重耐药菌管理		
职业暴露		
标准防护用品规范使用		
手术室内镜清洗消毒		
胃镜室的水质要求		
洁净手术系统的维护		
血液净化系统监测(反渗透水及透析液的监测)		
血液净化感染率		
外来器械管理		
一次性高耗值器材管理		
医疗环境清洁与消毒		
医用织物监测		
环境卫生学监测采样准确率		
医疗废物管理		
消毒剂管理		
标本送检		
医院感染上报率		
医院感染聚集与暴发		
无菌技术操作(换药)		
院感基本知识知晓率		
消毒物品及无菌物品的管理		

5.2 风险分析：理解风险性质，确定风险等级的过程。

选择风险评估工具——失效模式与影响分析（FMEA）。FMEA 的实施是一个反复评估，改进和更新的过程。它包括三大步骤：故障排列、故障评定、采取措施。针对医院感染重点环节、重点人群、高危因素清单，对于发生的风险事件，采取风险因素标准的评定。

（1）风险评估方法：遵循 FMEA 技术（失效模式与影响分析）。

（2）失效模式与影响分析（FMEA）由三个因素组成：风险的严重性（S）、风险发生的可能性（P）、风险的可测性（D）。

（3）风险的严重性（S）：主要针对如果发生潜在的严重性，严重程度分为 3 个等级：高、中、低，对应的风险系数为 3，2，1。

（4）风险的可能性（P）：测定风险发生的可能性，分为 3 个等级：高、中、低，对应的风险系数为 3，2，1。

（5）风险的可测性（D）：如果发生风险，医院怎样做好准备，分为 3 个等级：低、中、高，对应的风险系数为 3，2，1。

（6）风险级别评判标准：风险优先系数（RPN）计算公式，即

$$RPN=SPD=\text{严重性}(S) \times \text{可能性}(P) \times \text{可测性}(D)$$

结果：系数越大、风险水平越高。干预措施：通过以上案例，从中得出、医院感染风险优先系数（RPN），根据 RPN 值的范围判定为：风险水平为高、中、低。由此优先解决高风险水平的医院感染的风险因素。

（注：每年年初进行一次风险分析）

医院感染风险评估表（示例，适用于重点科室）

评估科室：

评估时间：

风险因素		风险发生的 可能性（P）			风险发生的 影响和严重 性（S）			如果发生风 险，医院应对 现状（D）			风险优 先系数 （RPN）	风 险 水 平
		高	中	低	高	中	低	差	一 般	好		
		3	2	1	3	2	1	3	2	1		
医院 感染 监测	散发感染病例确诊后 24 小时之内上报											
	I 类切口感染及特殊感染及时上报											

	呼吸机相关肺炎感染及时上报											
	导管相关血流感染及时上报											
	导尿管相关尿路感染及时上报											
	掌握医院感染暴发报告流程和处置预案											
	科室有医院感染监测统计反馈资料											
	科室存在问题及时分析，有改进措施、追踪检查记录											
抗菌药物	清洁切口手术切口类型正确填写											
	掌握本科抗菌药物专项整治目标，并执行											
	围术期抗菌药物给药时机、品种及疗程符合抗菌药物使用原则											
	使用抗菌药物治疗前行病原菌送检，根据药敏及时调整敏感抗菌药											
病区管理	感染性疾病患者与非感染性疾病患者分室安置											
	病室定时通风换气，保持整洁、无异味											
	晨间护理使用一次性扫床巾，一床一套一废弃											
	擦拭床头桌毛巾一人一桌一巾											

	患者被服衣物每周更换一次，污染时随时更换；换下污衣被服密闭存放，禁止在走廊清点											
	病人出院、转科或死亡后，床单元必须进行终末消毒											
	有血液、体液、分泌物、排泄物、呕吐物污染时，处置方法正确											
	患者在住院期间发现急性传染病时，立即采取相应的隔离措施											
	MRSA 等多重耐药菌感染或携带者，单间隔离或同类同房间安置											
	清洁工具标识清楚、分区使用，分类放置											
	病区环境保持清洁、无异味；保洁人员清洁及时、流程规范											
	空调通风口保持清洁											
	办公区域：台面、电脑、电话、病历夹、物流桶等高频接触物体表面清洁消毒规范											
	科室陪护管理、探视制度落实到位											
无菌技术	病人呼吸道管理规范											
	皮肤消毒方法正确											
	血、痰、尿培养标本采											

	集方法正确											
	无菌操作规范											
	换药操作规范											
	伤口敷料清洁、干燥、无渗液											
	呼吸机相关肺炎感染防控措施落实到位											
	导管相关血流感染防控措施落实到位											
	导管相关尿路感染防控措施落实到位											
消毒药械及一次性物品管理	按要求存放											
	有效期内使用，遵循先进先出原则											
	使用医院统一招标采购的医疗用品											
	一次性医疗用品严禁重复使用											
	一次性物品和消毒药械按要求使用规范											
	消毒剂存放、使用规范											
换药室、治疗室管理	无菌物品与非无菌物品分开放置；灭菌物品包装严密，有灭菌指示标识											
	抽出的药液、开启的无菌液体、各种溶媒注明开启时间，有效期内使用											
	消毒液注明开启时间，有效期内使用											

	换药室、治疗室分区使用规范											
	治疗车及物品放置、使用规范											
消毒隔离	配置消毒剂方法正确，监测有记录											
	紫外线灯、空气消毒机清洁、监测有记录											
	氧气、雾化及呼吸机装置消毒、保存、使用规范											
	监护仪、输液泵、血压计、听诊器、体温计等重复使用的医疗器械消毒、保存、使用规范											
手卫生管理	配备一次性包装手清洁剂、干手纸（巾）、手消剂等随手可及											
	重点科室安置非接触式水龙头											
	洗手池高矮适宜，能防止洗手水溅出，洗手池光滑无死角，每日清洁、消毒；有洗手流程图											
	医务人员不留长指甲、戴戒指、涂指甲油											
	医务人员七步洗手方法正确，依从性达标											
医疗废物管理	使用本院统一带有警示标识的医疗废物袋、锐器盒											

	医疗废物的分类收集正确											
	医疗废物 3/4 满封扎，填写粘贴医疗废物标签											
	医疗废物包装袋外表面被感染性废物污染时，对被污染处进行消毒处理或增加一层包装											
	损伤性废物收集、存放正确											
	隔离的传染病病人或者疑似传染病病人产生的医疗废物应当使用双层包装物，并及时密封											
	医疗废物桶每周清洁、消毒一次，遇有污染随清洁消毒											
	《医疗废物移交登记本》记录正确、及时、完整											
新生儿管理	护理婴儿前、换尿布后要洗手，护理顺序应先护理正常新生儿，后护理隔离新生儿											
	使用后的奶嘴，奶瓶清洁灭菌											
	蓝光箱，暖箱每日清洁消毒，更换石化液；用后终末消毒											
	新生儿使用的被服、衣物每日更换，污染后及时更换											

	新生儿沐浴用物选择压力蒸汽灭菌；淋浴一人一巾一垫；沐浴顺序：早产儿——非感染性疾病患儿——感染性疾病患儿											
	新生儿口腔、脐部、皮肤、会阴部保持清洁；无鹅口疮、皮肤无疱疹、无尿布性皮炎发生											
	产妇喂奶前要洗手，清洁乳头；产妇在传染病急性期，应暂停哺乳											
培训	科室进行多重耐药菌感染控制培训并记录											
	科室进行手卫生知识培训并记录											
	科室进行职业防护培训并记录											
	科室进行医疗废物管理培训并记录											
	科室进行陪护、病人预防院感发生的培训											
	科室进行流行病或新型传染病防控知识培训并记录											
	科室进行抗菌药物培训并记录											
	科室参加院感防控部门培训，参训率 90%以上											
专项	多重耐药菌风险评估——附表 1											

备注：

1. 风险优先系数
严重性(S)×准备程度
RPN>18 风险评定为

	职业防护风险评估——附表 2											
	环境保洁风险评估——附表 3											

(RPN)=可能性(P)×
(D);
高, 9<RPN≤18 风险评

定为中, RPN≤9 风险评定为低;

按照风险优先系数排名, 提出预防风险措施并提出整改意见及明确责任人, 选择有效地防控风险方案。

2. 各科室感控小组每月进行院感风险评估, 评估表中所列项目, 若科室不涉及可不需评估;

科室存在的风险项目, 若评估表中未涉及到, 可在其他栏内填写。

3. 同样的风险项目连续两次以上, 需要组织讨论, 制定改进计划; 院感防控部门负责督导检查。

4. 风险评估表需要科主任、护士长、感控医生、感控护士签名后, 纸质版一式两份, 一份上交院感防控部门, 一份科室存档;

感控小组签名/时间:

院感办签名/时间:

5.3 风险评价: (行动决策)

对比风险分析结果和风险准则, 以确定风险和/或其大小是否可以接受或容忍的过程。常用工具: 风险指数、FMEA。

风险指数 (提供一种有效的划分风险等级的工具)。风险事件 RNP 值的确定使所有潜在隐患均可通过它得到量化, 从而使医院风险预警度分级的标准化成为现实, 使复杂的医疗风险的分级和处理变得程序化, 易感知。此外, 根据各种 RPN 值进行的风险分级, 能够指导工作人员在全程管理中重点抓住与医疗服务特殊性相关的关键流程、关键事件, 来确定风险重点的改进目标, 使得问题解决及时、资源运用合理、效果明显。

风险评估技术的特征

风险评估方法及技术	说 明	影响因素			能否提供定量结果
		资源与能力	不确定性的性质与程	复杂性	
头脑风暴法及结构化访谈	一种收集各种观点和评价在团队内进行评级的方法。头脑风暴法可由提示、一对一、以多的访谈技术所激发。	低	低	低	否
检查表	一种简单的风险识别技术，提供了一系列典型的需要考虑的不确定性因素。使用者可参照以前的风险评估单、规定或标准	低	低	低	否
失效模式和效应分析（FMEA）	FMEA 是一种识别失效模式、机制及其影响的技术。有几类 FMEA；设计（或产品）FMEA，用于部件及产品；系统 FMEA；过程 FMEA。用于加工及组装过程；还有服务 FMEA 及软件 FMEA。	中	中	中	是
风险指数	风险指数可以提供一种有效的划分风险等级的工具	中	低	中	是
因果分析	综合运用故障树分析和事件树分析，并允许时间延误。初始事件的原因和后果都要予以考虑。	高	中	高	是

风险评估技术	风险评估过程				
	风险识别	风险分析			风险评价
		后果	可能性	风险等级	
头脑风暴法	SA	A	A	A	A
检查表	SA	NA	NA	NA	NA
FMEA	SA	SA	SA	SA	SA
风险指数	A	SA	SA	A	SA
因果分析	A	SA	SA	A	A
注：SA 表示非常适用；A 表示适用；NA 表示不适用；					

5.4 风险应对（控制/采取降低风险的措施）：

（处理风险的过程）指在完成风险评估之后，选择并执行一种或多种改变风险的措施，包括改变风险事件发生的可能性或后果。风险应对是一个递进的循环过程，实施风险应对措施后，应依据风险准则，重新评估新的风险水平是否可以承受，从而确定是否需要进一步应对措施。

××××医院感染高风险项目管理计划表（时间： ）

高风险监测项目	目标	措施	负责人
---------	----	----	-----

6. 综合监督执法平台上报流程

北京市医疗机构依法执业自查系统



（1）上报范围：凡取得北京市医疗机构执业许可证的单位均应依法依规落实国家卫生行政部门的相关规范开展医院感染监测，依法自查并登录北京市医疗机构依法执业自查系统报告。

（2）上报要求

①北京市医院感染管理质量控制和改进中心每季度首月开始的 5 日内在北京市医疗机构依法执业自查系统中发布“XX 季度《北京市疑似医院感染暴发报告确认表》”。

②各区卫生健康委应于每季度首月 10 日前需使用本区管理员账号密码登录后，在“待上报问卷”栏目中将确认表下派到辖区内所有医疗机构。区级管理员还应定期查看本区医疗机构的报告情况。

③各医疗机构使用本医疗机构协管员账号密码登录“北京市医疗机构依法执业自查系统”在“待上报问卷”栏目中将《北京市疑似医院感染暴发报告确认表》下派到具体院感报告人员账号进行填报。各医疗机构按相关法规要求进行常规院感监测，本季度内如没有医院感染聚集性事件发生，请于每季度末仅填报一次上报。

（3）发生医院感染（疑似）聚集性事件或暴发上报流程

①在“北京市医疗机构依法执业自查系统”填写《北京市疑似医院感染暴发报告确认表》并上报。

②电话上报院感质控中心联系电话 010-88325504（010-88324170）

③填写《北京市医院感染聚集性事件/疑似暴发/暴发上报调查样表》通过邮箱上报质控中心(zhongxin501@126.com)。

五、参考文献

（一）国家级法律法规行业规范

医院感染管理办法（卫生部令第 48 号）

医院感染监测规范（WS/T312-2009）

医院感染预防与控制评价规范（WS/T 592—2018）

医院感染诊断标准（卫医发〔2001〕2 号）

医疗机构消毒技术规范（WS/T 367-2012）

医疗机构门急诊医院感染管理规范（WS/T 591-2018）

疫源地消毒总则（GB19193-2015）

医院消毒卫生标准（GB15982-2012）

医疗机构消毒技术规范（WS/T 367-2012）

发热门诊设置管理规范（联防联控机制医疗发〔2021〕80 号）

新冠肺炎定点救治医院设置管理规范（联防联控机制医疗发〔2021〕80 号）

突发公共卫生事件应急条例（中华人民共和国国务院令 第 376 号）

突发事件卫生应急预案管理办法（国卫应急发〔2017〕36 号）

医院手术部（室）管理规范（试行）（卫医政发〔2009〕90 号）

医院感染爆发控制指南（WS/T 524-2016）

医疗机构环境表面清洁与消毒管理规范（WS/T 512-2016）

经空气传播疾病医院感染预防与控制规范（WS/T 511-2016）
医疗机构感染预防与控制基本制度（国卫办医函〔2019〕480号）
医务人员手卫生规范（WS/T 313—2019）
医院感染暴发报告及处置管理规范（2009 卫生部第 73 号令）
医院隔离技术规范（WS/T 311-2009）
外科手术部位感染预防和控制技术指南（卫办医政发〔2010〕187 号）
导尿管相关尿路感染预防与控制技术指南（卫办医政发〔2010〕187 号）
血管导管相关感染预防与控制指南（国卫办医函〔2021〕136 号）
医院空气净化管理规范（WS/T 368-2012）
空气消毒机通用卫生要求（WS/T 6481-2019）
医院中央空调系统运行管理（WS488-2016）
集中空调通风系统卫生管理规范（DB11/T 485-2020）
多重耐药菌医院感染预防与控制技术指南（卫办医政发〔2011〕5 号）
中华人民共和国传染病防治法（2013 年 6 月 29 日修订）
抗菌药物临床应用指导原则（2015 年版）（国卫办医发〔2015〕43 号附件）
病区医院感染管理规范（WS/T 510-2016）
医院医用织物洗涤消毒技术规范（WS/T 508-2016）
经空气传播疾病医院感染预防与控制规范（WS/T 511-2016）
《医院消毒供应中心》第一部分：管理规范（WS 310.1-2016）
《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（WS 310.2-2016）
《医院消毒供应中心》第三部分：清洗消毒及灭菌检测标准（WS 310.3-2016）
《软式内镜清洗消毒技术规范》 WS 507—2016
《重症监护病房医院感染预防与控制规范》 WS/T 509-2016
呼吸机的感染管理（WS 392-2012）
医疗机构血液透析室管理规范（卫医政发〔2010〕35 号）
医院感染管理专业人员培训指南（WS/T 525-2016）
医疗卫生机构医疗废物管理办法（2003 卫生部第 36 号令）
医疗废物集中处置技术规范（环发〔2003〕206 号）

医疗废物管理条例（国务院令 第 380 号）
医院污水处理技术指南（环发〔2003〕197 号）
医疗机构生活垃圾分类管理（卫办医发 2017-30 号）
进一步规范医疗废物管理工作（国卫办医发 2017-32 号）
生活垃圾分类制度实施方案（国办发 2017-26 号）
医疗废物分类目录（征求意见稿）（2020）
中华人民共和国生物安全法（2021 年 4 月 15 日起施行）
血源性病原体职业接触防护导则（GBZ/T 213-2008）
艾滋病防治条例（2006 卫生部第 457 号令）
医院负压隔离病房环境控制要求（GB/T 35428-2017）
新型冠状病毒消毒效果实验室评价标准（WS/T775—2021）
新冠肺炎疫情防控期间现场消毒评价标准（WS/T774—2021）
新冠肺炎疫情防控期间医学观察和救治临时特殊场所卫生防护技术要求（WS694—2020）
新冠肺炎疫情防控期间办公场所和公共场所空调通风系统运行管理卫生规范（WS696—2020）
新冠肺炎疫情防控期间重点场所和单位卫生防护指南（WS/T698-2020）
新冠肺炎疫情防控期间特定人群个人防护指南（WS/T697—2020）
新型冠状病毒肺炎防控方案（第八版）（联防联控机制综发〔2021〕51 号）
医疗机构内新型冠状病毒感染预防与控制技术指南（第三版）（联防联控机制综发〔2021〕96 号）
关于进一步加强医疗机构感控人员配备管理相关工作的通知（联防联控机制综发〔2021〕88 号）
关于印发大规模新冠病毒核酸检测实验室管理办法（试行）的通知 联防联控机制综发〔2021〕33 号
《关于进一步完善医疗机构感染预防与控制工作机制的通知》（联防联控机制医发〔2021〕71 号）

（二）地方规范

北京市卫生健康委员会《关于应对就诊高峰做好新型冠状病毒感染的肺炎疫情预案的通知》
北京市医疗机构环境清洁卫生技术与管理规范（京卫医字〔2009〕192 号）
北京市院感防控质量控制和改进中心：北京市关于呼吸道传播性疾病（新型冠状病毒感染的肺炎）环境清洁消毒建议（试行）
北京市院感防控质量控制和改进中心：北京市医疗机构门急诊区域环境及设备设施消毒技术规范
北京市卫生健康委员会关于进一步加强发热门诊管理及院感防控等有关工作的通知
北京市卫生健康委员会：医疗机构新冠肺炎感染防控自查清单

北京市医院管理中心：院感防控工作要点管理台账（第四版）

北京市卫生健康委员会《关于落实医疗机构感控人员配备工作的通知》的要求，配备感控专职人员

医疗机构保洁服务规范（北京市地标）（DB11/T 1863-2021）

医务人员传染病个人防护技术规范（DB11/T 1865-2021）

医院布草洗涤规范（DB 11662-2009）

北京市医疗卫生机构医疗废物管理规定（2009）

医用超声探头表面消毒要求与效果评价方法（DB43/T 1298-2017）

呼吸道传染病疫情防控消毒技术规范第1部分：通用要求（DB11/T 1749.1-2020）

呼吸道传染病疫情防控消毒技术规范第2部分：集中隔离医学观察场所（DB11/T 1749.2-2020）

静脉用药集中调配规范（DB11/T 1701-2019）

医疗机构危险化学品安全管理规范（DB11/T 1578-2018）

医院感染性疾病科室内空气质量要求（DB11/T 409-2016）

医院洁净手术部污染控制规范（DB11/408-2007）

北京市呼吸机清洗、消毒指南（试行）（京卫医字〔2006〕25号）

附件：疫情期间的院感监测（含核酸检测的要求）

附件

疫情期间的院感监测（含核酸检测的要求）

一、患者监测

（一）门急诊患者监测

1. 三级预检分诊

严格落实三级预检分诊，在门、急诊规范设置预检分诊点，安排专业能力强和经验丰富的感染性疾病科或经过培训的相关专业医师或护士询问症状体征和流行病学史，提高预检分诊能力。对入院人员（包括陪诊人员）进行测温、流行病学史调查和北京健康宝（含行程码信息）核验登记，健康码查验要采取扫码显示方式实现入院登记，避免直接亮码无法登记行动轨迹。

一级预检关口尽最大可能迁移至医院大门口，实现重点风险人员早识别、早分流，不进入正常诊区。

开放式诊区应使用隔离带建立二级预检关口，对进入诊区的患者、家属及陪诊人员再次进行体温测量、健康码（行程码已二码合一）和流调信息查验。

三级预检关口应在医生工作站系统实现“不进行流调问诊，就无法进入后续诊疗环节”的限制，流调询问情况要在病历中记录，确保留痕、可追溯。

与患者同行的陪诊者，出诊医生也要一并进行流调问询，并在患者流调表中予以显示。

对有流行病史、典型呼吸道症状和/或胸部CT有病毒性肺炎典型表现的门、急诊患者，以及有高危接触史、无发热但有其他新冠相关症状的患者，必须全部进行核酸检查。

流行病学史询问中要注重识别发热、干咳、乏力、嗅觉、味觉减退或丧失、鼻塞、流涕、咽痛、结膜炎、肌痛和腹泻等症状，注重识别并详细记录流调信息中的社会关联性，包括其亲属或共同居住人员、周边同事的健康状态、高风险环境从业情况，同一小区、同一学校、同一单位，同时是否去过发生疫情的场所和社区等情况，及时加以甄别，确保不漏一人，发现有关联可疑病例要及时发热门诊筛查，向区疾控和市医管中心报告。

2. 对国内新冠肺炎病例发生地（市）全域来（返）京就诊人员，医院要第一时间启动流行病学接触史询问并查验核酸检测情况。

中高风险地区来（返）京人员应完成集中或居家观察后就医，确需外出就医的，由所在区按照管控区域患者就医流程做好相关工作。

有病例发生地（市）来（返）京非急危重症患者原则上应持48小时内核酸检测阴性证明进入门诊，超出48小时的核酸检测

结果由医院根据就诊者流行病学史、主诉、症状、其它辅助检查等综合研判。有条件的医院可设置专门诊区或诊室。

相关患者完成检查和诊疗后可离院的，医院告知其离院后主动向所在社区（村）报告，纳入社区健康管理。对于确需继续就医住院或急需急诊手术的，应在落实严格防护的基础上，收入缓冲病房单人单间收治，告知其出院后主动向所在社区（村）报告，纳入社区健康管理。待来（返）京人员所在地（市）全域转为低风险地区后，可适时调整相关防控措施。

关注有 28 天内入境史的人员，提高预检分诊敏感性，专区诊疗。

有条件的医院可设专门诊区或诊室。对于确需紧急救治的急危重症患者，要在加强防护的同时第一时间抢救，同时严格按照院感防控要求做好人员防护和终末消毒。区分风险等级，制定相应的触发机制，明确京外风险地区来京就医人员和本市风险地区来院就诊的处置流程。

急诊至少设置 1-2 间筛查隔离诊室，有条件的机构建议设置急诊隔离抢救室，按照首诊负责制，对急危重症患者或需要紧急手术的患者及时给予有效救治。

建立急危重症患者救治的绿色通道，对不能排除新冠肺炎的患者，在积极抢救的同时进行核酸检测，不能延误治疗或推诿急危重症患者。

3. 以上措施要根据疫情情况随时调整。

（二）住院患者监测

1. 住院部出入口封闭管理，24 小时人员值守，严格病区 24 小时全封闭管理。做好入院患者和陪住人员筛查，陪住家属和护士与患者同等要求管理。其陪住家属和陪护一旦进入病房也要执行封闭管理，不得随意进出病房，医院应做好相应服务保障。

一切与职责无关人员均不得进入病区，进入人员均须登记身份、体温、有无新冠相关症状（登记表应列举）、流调信息及时由。入口处放置手消毒液，并引导进入人员出入均进行手卫生。医务人员应凭证出入，第三方服务人员需凭医院相关管理部门发放的证件或者在医院管理部门人员带领下进入。

防止住院楼入口在保安人员交接班、吃饭和晚间等薄弱点出现防控漏洞。在住院部物理隔离外设置谈话和签字区，医护人员与家属保持一米以上距离，可考虑设置谈话桌，与患者家属沟通病情或知情同意签字。

第一时间启动中高风险地区及有 1 例及以上新冠病毒感染者的地级市（全域）来京就医人员、仍在院治疗人员及其家属陪护人员筛查，不分就诊科室，一律进行流行病学接触史询问和核酸检测，对以上地区住院人员严格执行“1+3”检查，严格落实住院患者及陪护人员流行病学史询问和新冠病毒核酸“应检尽检”要求。

对国内新冠肺炎病例发生地（市）全域来（返）京在院患者，立即落实单间隔离、复查核酸检测等院感防控措施。门诊收入院患者务必在完成所有筛查，排除新冠肺炎后才可收入病房；急诊收入院患者要安置在缓冲病区等候筛查结果，结果出来排除后方可收入病房。

2. 体温症状筛查

入院后应对患者及陪护人员 21 天内流行病学史进行详细复核，严格落实住院患者及陪护人员症状体温监测要求，至少每天早、中、晚各测量一次体温并评估是否出现可疑症状，对出现发热或呼吸道症状患者，及时组织检查诊断，发现疑似病例要立即采取隔离、报告和排查等相关措施。

住院患者、手术患者和血液透析治疗等患者的核酸检测应当纳入术前讨论、会诊、查房等诊疗活动，并将检测结果等相关内容记入病历。

3. 核酸监测

严格执行新住院患者及陪护人员新型冠状病毒核酸检测“应检尽检”要求。根据当地疫情流行态势和防控需要，增加核酸检测频次，必要时可选择开展血常规、胸部 CT、抗体检测（孕妇、备孕、婴幼儿、短期内反复住院患者由医生充分研判感染风险）。住院期间，患者出现急性呼吸道感染应复查核酸检测。

在本市存在疫情中高风险地区期间，长期进行门诊血液透析/日间化疗等延续性治疗患者、长期住院患者和陪护人员，应至少每 14 天复查核酸，建议采集鼻咽拭子（采样困难时选用口咽拭子）。血液透析/日间化疗进行集中诊疗的患者进行专档管理。血透患者首次治疗前应进行“1+3”检查，结果为阴性的，后续每次治疗前，应对患者、家属及陪诊人员进行体温监测，详细询问流行病学史和新冠相关症状。

二、医疗机构工作人员监测

（一）体温症状筛查

所有在院员工每日上报体温及新冠相关症状情况，必要时发热门诊排查。加强运行保障人员健康管理。将医疗辅助、物业和外包服务人员（特别是保安、保洁、护士等人员）一并纳入全院职工健康管理范畴，做好日常体温筛查、症状监测、核酸检测、疫苗接种等相关工作，做到全覆盖、无死角。严格落实每日健康监测制度，每日上、下午各一次，确保如实记录、不走形式。发现员工出现发热、干咳、乏力、嗅觉、味觉减退或丧失、鼻塞、流涕、咽痛、结膜炎、肌痛和腹泻等新冠相关症状，应主动报告并及时就医。

（二）全体工作人员在医院内要全程规范佩戴口罩，严格做到上班勤洗手、勤消毒、勤通风、勤打扫；去往商场、超市等人员密集封闭拥挤场所，或乘坐公共交通工具、电梯时必须佩戴口罩，与他人注意保持“一米线”距离。坚持勤洗手、常通风、少聚集、不扎堆等健康生活习惯。

（三）对所有新入职或新到岗的院内人员（含编内外、返聘外聘、劳务外包、实习规培进修、物流配送、外来工作等人员）须持有 48 小时内核酸检测阴性证明、测量体温、查验健康码（行程码二码合一）信息，入境满 28 天或未到过国内中高风险地区的流调材料，且无发热、干咳等异常症状，才可办理入职报到或上岗手续。

（四）核酸监测

医院对院内工作人员要定期开展核酸检测。预检分诊、发热门诊、急诊、感染科、检验科、放射科、标本采集、医院感染管

理等重点科室和岗位的全体工作人员（含后勤辅助等），每周进行1次核酸检测；其他科室人员每2周进行1次核酸检测。对接诊过中高风险地区患者或者存在类似风险的科室和病房工作人员，要加大核酸检测力度，自接诊或接触过中高风险地区人员之日起14天内每3天检测1次。

定点医院高风险岗位工作人员开展核酸检测频率达到隔日一次，非高风险一线工作人员每周一次。

根据疫情风险情况及时调整核酸监测频次。

三、环境核酸监测

根据不同区域感染风险的高低，确定环境新冠核酸采样的重点区域和点位。重点区域包括：发热门诊、挂号大厅、门急诊、病房、核酸检测实验室（重点关注实验室的冰箱内、外表面）、进口试剂耗材（含物料）库房、食堂冷库、病人频繁接触的公共区域、诊疗区域及CT室等共用设备设施。

开设发热门诊的医院每周开展一次外环境监测，每次至少选择20个重点点位进行采样，其他医院建议参考开设发热门诊的医院，定期开展外环境监测。

四、工作人员防护要求

（一）门急诊

预检分诊工作人员应穿戴工作服（此处工作服指白衣或内穿衣，应着长裤）、工作帽、医用外科口罩（根据风险可选医用防护口罩）、隔离衣，根据风险可选防护服及单层手套，不常规要求佩戴防护面屏/护目镜。

（二）住院部

病区工作人员防护要求，穿工作服、戴工作帽、医用外科口罩；如接触血液、体液分泌物或排泄物时，加戴一次性使用医用乳胶或橡胶手套；采集呼吸道样本、吸痰时，戴医用防护口罩、防护面屏、一次性使用医用乳胶或橡胶手套、穿隔离衣。

病区出现疑似病例时工作人员防护要求，穿医用防护服、戴一次性工作帽、医用防护口罩、护目镜或防护面屏、一次性使用医用乳胶或橡胶手套；从事气管插管、协助危重患者俯卧位通气、护理ECMO患者时，建议使用正压头套或全面防护型呼吸防护器。不建议使用挂耳式医用防护口罩。要进行医用防护口罩密合性测试。

五、及时报告

监测中及时发现问题，第一时间排查，一旦出现疑似情况第一时间上报上级管理部门、疾控部门。