



# 中国医院协会医院感染防控管理 评估标准与实施细则（试行）

（2020 年版）

中国医院协会编制

二〇二〇年十月

## 编制说明

为落实国家卫生健康委《国家卫生健康委办公厅关于进一步加强医疗机构感染预防与控制工作的通知》（国卫办医函〔2019〕480号）（以下简称“480号文”）的有关要求，中国医院协会立足行业组织抓规范、抓落实、抓服务的职责，协助国家卫生健康行政部门积极开展医院评价评估调查研究及标准制定工作，依据《中华人民共和国传染病防治法》、《医疗机构管理条例》、《医疗废物管理条例》《突发公共卫生事件应急条例》、《医院感染管理办法》、《抗菌药物临床应用管理办法》等法律、法规、部门规章、规范性文件的有关要求，在充分调研论证和征求意见的基础上，制定本标准。

标准编制以“480号文”对医疗机构感染预防与控制工作的底线要求为基本遵循，以目标明确、简明科学、重点突出、广泛适用为原则，紧紧围绕十项基本制度，共分为组织管理、人员培训、重点科室院感防控等14项评估内容，44项评估标准及相应细则。标准制定及再版更新配合中国医院协会院感防控管理评估工作实施步骤，分阶段补充完善。“2020版标准”特点为侧重于医疗机构院感防控硬件设施建设，旨在督促医疗机构履行感控管理的基本要求，筑牢根基，具有底线性，是中国医院协会院感防控管理评估工具系列中的基础版。医疗机构可依据本标准为参照，逐项检视本单位院感防控管理工作实际，查漏补缺，提升感控能力水平。

为响应中共中央为基层减负的有关要求，依据本标准制定《中国医院协会医院感染防控管理评估自评问卷（2020版）》，作为评估工具之一，供医疗机构自行填写。

适用范围：全国二级及以上公立综合医院。其他医疗机构可根据实际参照执行。

由于时间仓促，编者经验和水平有限，本标准可能存在一定不足。敬请批评指正，以期再版时更加完善。

## 编委会名单

(按姓氏笔画排序)

**主 审:** 方来英 毛 羽 吴安华

**编 委:** 丁 萍 马红秋 王鑫扬 文建国 卢联合 冯 薇 孙 明 李福琴 吴怀英

张有英 张富玉 陆 群 陈春燕 茅一萍 林 玲 赵 鸿 高凤莉 高 燕

黄 勋 曹晋桂 熊莉娟 戴晓娜

**秘 书:** 赵 宁

# 中国医院协会医院感染防控管理评估标准、细则与自评问卷

## 一、医院基本信息：

1.医院名称：\_\_\_\_\_ 2.医院等级：○三级 ○二级 ○未定级 3.医院类别：○综合医院 ○专科医院 4.医院类型：○公立医院 ○社会办医院

## 二、填写说明：

1.“○”为单选，“□”为多选，“( )”为填空；2.综合医院须完整填写自评问卷，专科医院根据医院实际，选择“二、重点科室院感防控”中部分内容填写。3.本问卷中有关ICU的选项，如无特指，均为医院所有ICU合计。

项目	评估标准	评估细则	主要依据	自评题目	对应基本制度	
一、组织管理	1.是否建立符合医疗机构规模和实际的感控组织体系。	查看医院感控组织体系的管理层级（三级或二级）、主体责任，查看医院感染管理组织架构图。	1.《医院感染管理办法》卫生部令（第48号）； 2.《国家卫生健康委办公厅关于进一步加强医疗机构感染预防与控制工作的通知》 国卫办医函〔2019〕480号。	医院感控组织体系管理层级： ○三级；上传组织架构 ○二级；上传组织架构	一、感控分级管理制度	
	2.是否成立医院感染管理委员会，主任委员是否由分管院长或院长担任。	查看成立、人员任命文件，名单，有无委员会章程，委员会讨论事项及会议纪要。		医院是否成立医院感染管理委员会： ○是；上传文件及相关职责 ○否 感染管理委员会主任委员由何人担任： ○院长 ○分管院长 ○其他	一、感控分级管理制度	
	3.医院感染管理部门是否是独立管理部门。	部门的名称和行政隶属关系。		感染管理委员会是否定期召开会议： ○是；频次：( )次/年；上传会议纪要 ○否	医院感染管理职能部门是否独立设置： ○是；部门名称( )； ○否；行政隶属关系( )。	一、感控分级管理制度
	4.感染管理专职人员情况。	医院感染管理组织中专职工作人员数量，人员学历，职称，职业（医疗，护理，流行病，其他），取得医院感染管理岗位证书情况。		数量：( )人； 专业：临床医学( )人，护理( )人，公共卫生( )人，其他( )人。 取得医院感染管理岗位证书：( )人；占比( )%。	一、感控分级管理制度	

项目	评估标准	评估细则	主要依据	自评题目	对应基本制度
	5. 感染管理组织经费情况。	查看医院是否有感染管理组织的年度预算和决算，如有，上报近两年的部门工作经费（包括日常培训）。		感染管理组织经费情况： ○有独立预算和决算；上报 2018、2019 年度经费使用情况 ○无独立预算和决算	二、感控监测及报告管理制度 三、感控标准预防措施执行管理制度
	6. 医院感染管理相关制度情况。	有无院级医院感染相关制度，制度是否全面，符合医院特点。有无科级相关制度，是否符合科室特点。		医院有无医院感染预防与控制制度： ○有；上传医院制度 ○无	一、感控分级管理制度
二、人员培训	7. 医院感染全员培训情况。	是否有培训计划，培训覆盖人员，有关医院感染方面的培训季度频次情况，是否有考核。	1. 《国家卫生健康委办公厅关于进一步加强医疗机构感染预防与控制工作的通知》 国卫办医函〔2019〕480号	医院是否针对不同岗位制定全员感控培训计划： ○是；上传医院培训计划 ○否	七、感控培训教育制度
				医院对参加感控培训的人员是否有考核： ○是；上传培训及考核情况 ○否	
三、院感监测与干预	8. 院感监测、质控及干预。	有无信息化手段支撑感染病例监测，有无一级质控记录、有无医院感染管理季度监测报告反馈、结果评价及数据利用等纳入医疗质量安全管理考核体系。	1. 《医院感染监测规范》WS/T 312-2009	信息化实时监控系统的：○有 ○无	二、感控监测及报告管理制度
				开展监测项目：（可多选） □ 综合性监测：□医院感染病例监测；□环境卫生学监测；□血源性病原体职业接触事件监测。 □ 目标性监测：□多重耐药菌监测；□手术部位监测；□“三管”监测；□高危新生儿监测。 □ 医院感染现患率：开展次数_次/年 □ 其他：□手卫生；□紫外线消毒效果监测，开展次数_次/年	
				医院开展的院感质控工作包含以下哪些： □ 有医院感染管理主管部门质控评价：○月督导、月考核 ○季度评价 □ 院感质控纳入医疗质量安全管理考核体系	

项目	评估标准	评估细则	主要依据	自评题目	对应基本制度
				<input type="checkbox"/> 有一级质控评价： <input type="checkbox"/> 院感防控培训 <input type="checkbox"/> 院感病例监测与干预 <input type="checkbox"/> 多重耐药菌措施落实 <input type="checkbox"/> 手卫生依从性 <input type="checkbox"/> 含氯消毒液、戊二醛等消毒液有效性监管 <input type="checkbox"/> 科内质控定期开展，有相关记录	
四、重点科室院感防控	9.发热门诊、肠道门诊设置。	查看面积、平面图、流程图/流线图等，是否符合传染病防控要求。	1.《医院感染管理办法》卫生部令（第48号）； 2.《国家卫生健康委办公厅关于完善发热门诊和医疗机构感染防控工作的通知》； 3.《医疗机构门诊急诊医院感染管理规范》WS/T 591-2018； 4.《医院感染预防与控制评价规范》WS/T592-2018； 5.《医院消毒供应中心 第1部分：管理规范》等10项卫生行业标准（2016）。	门诊设置：上传发热门诊面积、平面图、流程图 是否有聚集性病例上报流程：○ 是○ 否 专职负责发热/肠道门诊的医生数量及护士数量	十、医疗机构内传染病相关感染预防与控制制度
	10. 急诊科医院感染管理情况。	建筑布局：应设有单独的出入口、设有诊疗区和生活区。诊疗区域包括预检分诊、急诊就诊、隔离就诊、治疗室、处置室、抢救室和观察室等区域。儿科急诊应与成人急诊区分开。各诊区均应配备完整手卫生设施。		建筑布局符合以下要求：（可多选） <input type="checkbox"/> 设有单独出入口 <input type="checkbox"/> 各区域设置完整 <input type="checkbox"/> 儿科急诊与成人急诊区分开 <input type="checkbox"/> 诊室和候诊区域有通风条件 <input type="checkbox"/> 各诊区均应配备完整手卫生设施 <input type="checkbox"/> 不具备通风条件的诊室或候诊区安装空气消毒机	十、医疗机构内传染病相关感染预防与控制制度
	11. 感染性疾病门诊日常消毒及医疗废物的处理。	空气、物体表面的消毒情况（按每日情况），采用何种消毒方式，平均频次？		感染性疾病门诊的空气、物体表面平均每日消毒情况（按每日情况）： 消毒方式：（ ） 消毒频次：（ ）	十、医疗机构内传染病相关感染预防与控制制度
	12. 呼吸科门诊位置。	建筑布局：独立诊区、与其他专科门诊区域相区隔；备有隔离诊室；诊室和候诊区域保持空气流通，必要时安装空气消毒机。 隔离：遇有呼吸道传播疾病的患者，应安排在隔离诊室；有紧急疏散人群、安置患者的预案。		建筑布局符合以下要求：（可多选） <input type="checkbox"/> 为相对独立诊区 <input type="checkbox"/> 备有隔离诊室 <input type="checkbox"/> 诊室和候诊区域有通风条件 <input type="checkbox"/> 不具备通风条件的诊室或候诊区安装空气消毒机 遇有呼吸道传播疾病的患者，有紧急疏散人群、安置患者的预案：○ 有 ○ 无	十、医疗机构内传染病相关感染预防与控制制度

项目	评估标准	评估细则	主要依据	自评题目	对应基本制度
13. 医护人员对传染病的认知情况。	医护人员对当前流行的传染病、传播方式、防护措施的认识和知晓情况。		1.《国家卫生健康委办公厅关于进一步加强医疗机构感染预防与控制工作的通知》 国卫办医函〔2019〕480号	医护人员对当前流行的传染病的认识： 传染病种类： <input type="radio"/> 不清楚 <input type="radio"/> 部分了解 <input type="radio"/> 一般 <input type="radio"/> 基本清楚 <input type="radio"/> 非常清楚 传播方式： <input type="radio"/> 不清楚 <input type="radio"/> 部分了解 <input type="radio"/> 一般 <input type="radio"/> 基本清楚 <input type="radio"/> 非常清楚 防护措施： <input type="radio"/> 不清楚 <input type="radio"/> 部分了解 <input type="radio"/> 一般 <input type="radio"/> 基本清楚 <input type="radio"/> 非常清楚	十、医疗机构内传染病相关感染预防与控制制度
14. 产房医院感染防控管理。	建筑布局：独立设置；分区明确、布局合理；室内墙壁、天花板、地面表面光滑、便于清洁和消毒。 人员管理：医务人员患有皮疹、腹泻、呼吸系统传染病等感染性疾病时应离岗或调岗；诊疗过程中，遵循标准预防原则，做好防护；进入产房的人员必须洗手、更衣、换鞋，助产应按照手术人员要求进行外科手消毒。	1.《医院感染管理办法》卫生部令（第48号）； 2.《医院感染预防与控制评价规范》（WS/T592-2018）； 3.《医院消毒供应中心 第1部分：管理规范》等10项卫生行业标准（2016）； 4.《新生儿病室建设与管理指南（试行）》	是否有产房： <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 无	三、感控标准预防措施执行管理制度 十、医疗机构内传染病相关感染预防与控制制度	
			建筑布局符合以下要求：（可多选） <input type="checkbox"/> 独立设置 <input type="checkbox"/> 分区明确 <input type="checkbox"/> 布局合理 <input type="checkbox"/> 室内墙壁、天花板、地面表面光滑、便于清洁和消毒 人员管理符合以下要求： <input type="checkbox"/> 医务人员患有皮疹、腹泻、呼吸系统传染病等感染性疾病时离岗或调岗 <input type="checkbox"/> 诊疗过程中，遵循标准预防原则，做好防护 <input type="checkbox"/> 进入产房的人员必须洗手、更衣、换鞋 <input type="checkbox"/> 助产按照手术人员要求进行外科手消毒		
15. 口腔科医院感染防控。	所配置消毒设备情况，平均每日消毒量，器械是否规范消毒与使用，诊疗操作过程中正确防护。			是否有口腔科： <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 无 口腔门诊牙椅数：（ ）张，护士数：（ ）人 口腔器械纳入供应室集中供应： <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 建立口腔科器械消毒灭菌标准操作规程： <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	三、感控标准预防措施执行管理制度 六、侵入性器械/操作相关感染防控制度
16. 内镜室医院感染防控。	所配置消毒设备情况，平均每日消毒量，内镜是否规范消毒与使用，消毒效果监测，诊疗操作过程中正确防护。			是否有内镜室： <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 无 配备人工内镜清洗消毒工作站： <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 无 是否配备内镜清洗消毒机： <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 无	三、感控标准预防措施执行管理制度

项目	评估标准	评估细则	主要依据	自评题目	对应基本制度
				是否使用膜滤法监测清洗消毒效果：○是，监测频次（ ）次/季度；○否 洗消人员是否经过专科培训：○是 ○否	六、侵入性器械/操作相关感染防控制度
17. 新生儿室感染防控情况。	对传染病患儿、高危新生儿及疑似传染病的新生儿采取隔离措施（包括软硬件）。			是否有新生儿室：○有 ○无 新生儿室床位数：（ ）张，每床面积：（ ）M <sup>2</sup> 设有隔离新生儿病室：○是 ○否 设有重症新生儿监护病室：○是 ○否	三、感控标准预防措施执行管理制度
18. ICU 人员及科室配置情况。	医护人员（包含医生、护士）数量及配比，设置床位数及配比，ICU 的布局和分区，床单元间距，有无隔离病室或负压病室。		1.《重症监护病房医院感染预防与控制规范》 WS/T509/2016	是否设置重症医学科：○有 ○无 是否配备隔离间：○有 ○无 床位数：（ ）；护士人数：（ ） 是否配有负压隔离病室：○有 ○无 是否对留置尿管、深静脉置管、呼吸机肺炎等相关感染进行监测：○是 ○否	三、感控标准预防措施执行管理制度 六、侵入性器械/操作相关感染防控制度
19. 血液净化感染防控。	床护比，有无单独隔离病床，复用清洗消毒是否符合规范要求，病毒监测和水处理系统、透析液监测符合要求。		1.《血液净化标准操作规程》（2020 年版） 2.《医疗机构血液透析室管理规范》； 3.《医院感染预防与控制评价规范》（WS/T592-2018）； 4.《医疗机构环境表面清洁消毒技术规范》WS/T 512-2016；	医院开展血液透析：○有 ○无 ○血液透析室 ○血液透析中心 血液透析机台数（ ）护士人数（ ） 乙型和丙型肝炎等血液传播患者分区分机进行隔离透析： ○是，标识：○有 ○无； ○否 透析器复用： ○是，若复用应建立复用管理制度：○有 ○无； 操作流程：○有 ○无； ○否 开展透析用水生物污染检验： ○是，监测频率：（ ）	三、感控标准预防措施执行管理制度 六、侵入性器械/操作相关感染防控制度



项目	评估标准	评估细则	主要依据	自评题目	对应基本制度
				<input type="radio"/> 否 开展透析用水内毒素监测： <input type="radio"/> 是，监测频率：( ) <input type="radio"/> 否 开展静脉留置导管相关感染的监测： <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 2019年导管相关性感染率：( ‰)	
20. 手术室感染防控。		有无独立隔离手术室，有无备用隔离防护用品及数量情况，布局流程、人员管理、空气监测与净化管理、器械规范处理等。	1.《医院手术部（室）管理规范（试行）》；	是否设置手术室： <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 无 是否配备隔离手术间： <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 无 布局流程是否符合规范要求： <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 是否对空气、物表、工作人员手监测： <input type="radio"/> 是，监测频次( )； <input type="radio"/> 否 空气净化方式： <input type="radio"/> 层流 <input type="radio"/> 普通	三、感控标准预防措施 执行管理制度 六、侵入性器械/操作相关感染防控制度
21. 供应室感染防控。		医院是否实行集中清洗消毒的管理模式，布局流程是否合理，清洗消毒设备及效果监测符合要求。平均每日消毒量、医护人员（包含医生、护士）数量各多少。查看对外来器械的管理流程。采用外包形式的流程及监管记录。	1.《医院消毒供应中心第1部分：管理规范》WS 310.1-2016； 2.《医院消毒供应中心第2部分：清洗消毒及灭菌技术操作规范》WS 310.2-2016； 3.《医院消毒供应中心第3部分：清洗消毒及灭菌效果监测	医院是否有消毒供应中心： <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 无 硬件建设符合以下哪些要求：（可多选） <input type="checkbox"/> 重复使用的诊疗器械、器具和物品回收后到CSSD集中清洗、消毒及灭菌 <input type="checkbox"/> 三区划分明确 <input type="checkbox"/> 辅助区域与工作区域严格划分 <input type="checkbox"/> 区域之间有实际屏障 <input type="checkbox"/> 信息化追溯系统 质量控制符合以下哪些要求：（可多选） <input type="checkbox"/> 每周进行高压蒸汽灭菌设备生物监测； <input type="checkbox"/> 每日开始灭菌前对预真空灭菌器进行BD试验 <input type="checkbox"/> 植入物每锅进行生物监测	三、感控标准预防措施 执行管理制度 六、侵入性器械/操作相关感染防控制度

项目	评估标准	评估细则	主要依据	自评题目	对应基本制度
五、医院消毒灭菌	22. 医院消毒灭菌相关制度。	依据相关规范制订各相关部门的消毒灭菌管理制度。	标准》WS 310.3-2016；	全院和重点部门是否有消毒制度及执行情况： ○有制度：○已执行；○未执行 ○无制度；	三、感控标准预防措施执行管理制度
	23. 医院消毒灭菌的流程监控。	复用医疗器械的用后处理、转运、清洗、包装、灭菌、质控、召回的具体操作流程，外来医疗器械清洗、消毒、灭菌。		医务处、院感科、护理部、对全院消毒工作进行监管的质控记录：○有 ○无 复用医疗器械的用后处理、转运、清洗、包装、灭菌、质控、召回等具体操作流程的监控情况：○无监控 ○较少监控 ○一般 ○较好监控 ○全流程严格监控 外来医疗器械的清洗、消毒、灭菌等操作流程监控情况：○无监控 ○较少监控 ○一般 ○较好监控 ○全流程严格监控	三、感控标准预防措施执行管理制度 六、侵入性器械/操作相关感染防控制度
	24. 消毒灭菌效果监测。	消毒灭菌、保存、监测是否符合国家规范要求，是否可追溯。		消毒灭菌、保存、监测是否符合国家规范要求。 ○不符合 ○部分符合 ○一般 ○基本符合 ○完全符合	二、感控监测及报告管理制度 三、感控标准预防措施执行管理制度
六、手卫生	25. 手卫生设施。	手卫生设施配置，如手消毒液、洗手液、干手设施等。	1.《医务人员手卫生规范》 (WS/T_313—2019)；	医院的手卫生设施配置符合《医务人员手卫生规范》标准中相关要求的程度。如洗手池、洗手液、水龙头、手消毒剂、干手用品等的配置要求： ○不符合 ○部分符合 ○一般 ○基本符合 ○完全符合	三、感控标准预防措施执行管理制度
	26. 手卫生执行情况。	医生、护士、护工、后勤人员落实手卫生规范情况，正确率和依从性。		重点部门/科室医务人员落实手卫生的情况： 正确率( ) 依从性( ) 科室对手卫生执行情况是否有自查：○有 ○无	三、感控标准预防措施执行管理制度
七、医疗废物处置	27. 医疗废物管理制度。	设置医疗废物管理的监控部门或者专(兼)职人员，建立管理责任制。制定医疗废物管理制度和应急预案。相关工作人员进行培训。个人防护符合要求。建立医疗废物交接登记制度，登记内容完整。	1.《医疗废物管理条例》； 2.《医疗卫生机构医疗废物管理办法》卫生部令第36号；	医疗废物管理符合以下哪些要求：(可多选) <input type="checkbox"/> 专人负责医疗废物、废液处理工作； <input type="checkbox"/> 相关工作人员经过岗前培训； <input type="checkbox"/> 个人防护符合要求 <input type="checkbox"/> 建立医疗废物交接登记	十、医疗机构内传染病相关感染预防与控制制度

项目	评估标准	评估细则	主要依据	自评题目	对应基本制度
	28. 医院废物分类、收集、暂存、转运等处置方式。	按要求分类收集医疗废物。医疗废物是否混入生活垃圾中；盛放容器符合要求，标识正确、清晰。暂时贮存地点和条件符合要求。暂时贮存不超过 2 天。运送工具在指定的地点消毒和清洁。集中处置的，按规定转交取得许可的医疗废物集中处置单位处置。使用后未被病人血液、体液、排泄物污染的各种玻璃（一次性塑料）输液瓶（袋）处置方式。	3.《医疗废物集中处置技术规范》环发〔2003〕206号	<p>医院废物分类、收集、暂存、转运等处置方式符合以下哪些要求：（可多选）</p> <input type="checkbox"/> 按要求分类收集医疗废物 <input type="checkbox"/> 科室按要求进行医疗废液处置并有记录 <input type="checkbox"/> 医疗废物暂时贮存地点和条件符合要求 <input type="checkbox"/> 医疗废物暂时贮存不超过 2 天 <input type="checkbox"/> 按规定转交取得许可的医疗废物集中处置单位处置	十、医疗机构内传染病相关感染预防与控制制度
八、传染病的隔离防护	29. 呼吸道传染病的隔离制度、预案、处置流程、隔离措施。	查看传染病隔离制度与预案，隔离制度应包括隔离的种类和方法，防护用品使用等内容。预案应包括人员职责、启动、上报、处置和评估等内容。同时，医院应有环境清洁消毒、医疗废物处理、医务人员防护等相关制度。所有制度应及时更新。	1.《经空气传播疾病医院感染预防与控制规范》WS/T 511-2016； 2.《病区医院感染管理规范》WS/T 510-2016； 3.《医院隔离技术规范》WS/T 311-2009。	<p>医院是否有隔离制度：</p> <input type="radio"/> 是，制定/修订时间（ ） <input type="radio"/> 否	三、感控标准预防措施执行管理制度 十、医疗机构内传染病相关感染预防与控制制度
		有在院内不同区域发现呼吸道传染病的处置流程和隔离措施。		<p>医院是否有传染病的应急预案：</p> <input type="radio"/> 是，制定/修订时间（ ） <input type="radio"/> 否	
	30. 负压隔离设施。	有隔离经空气传播疾病患者的负压病房，有负压病房日常维护制度并执行。		<p>普通病房是否有发现呼吸道传染病的处置流程和隔离措施： <input type="radio"/>是 <input type="radio"/>否</p> <p>是否有负压病房：</p> <input type="radio"/> 是，间数（ ） <input type="radio"/> 否	三、感控标准预防措施执行管理制度 十、医疗机构内传染病相关感染预防与控制制度
	31. 符合要求的防护用品，储备。	医用防护用品，如医用防护口罩、外科口罩、防护服、隔离衣、手套等储备量。有防护用品的适用范围及使用方法。口罩、防护服等符合国家相关标准。		<p>防护用品储备量(根据每日使用量满足的天数)：</p> 医用防护口罩（ ）天；外科口罩（ ）天； 防护服（ ）天；隔离衣（ ）天；手套（ ）天。	三、感控标准预防措施执行管理制度 十、医疗机构内传染病相关感染预防与控制制度

项目	评估标准	评估细则	主要依据	自评题目	对应基本制度
九、医务人员职业暴露防护	32. 医务人员感染性病原体职业暴露预防、处置及上报。	建立感染性病原体职业暴露预防、处置及上报规范和流程；制订并执行适用的预防、处置和报告流程；实施监督考核；对医务人员开展有关预防感染性病原体职业暴露的培训教育和应急演练；对发生感染性病原体职业暴露的医务人员进行暴露后评估、处置和随访。暴露后评估、处置和随访是否得当，费用报销情况。	1.《国家卫生健康委办公厅关于进一步加强医疗机构感染预防与控制工作的通知》 国卫办医函〔2019〕480号	关于医务人员感染性病原体职业暴露预防、处置及上报开展了以下哪些工作： <input type="checkbox"/> 制定感染性病原体职业暴露预防、处置及上报规范 <input type="checkbox"/> 对医务人员开展相关培训教育 <input type="checkbox"/> 开展相关应急演练	九、医务人员感染性病原体职业暴露预防、处置上报制度
				费用： <input type="checkbox"/> 自理 <input type="checkbox"/> 部分自理 <input type="checkbox"/> 医院报销	
十、多重耐药菌防控	33. 耐药菌监测情况。	是否明确多重耐药菌的检测范围和监测频次；重点科室、重点部位感染是否有样必采，采集标本运送、保存是否规范；病原学送检率。	1.《多重耐药菌感染医院预防与控制技术指南（试行）》卫办医政发〔2011〕5号； 2.《三级综合医院评审标准实施细则（2011年版）》。	是否在重点部门开展多重耐药菌医院感染监测： <input type="checkbox"/> 是，开展科室包括（ ） <input type="checkbox"/> 否	五、多重耐药菌感染预防控制制度
				是否对多重耐药菌感染患者或定植高危患者监测： <input type="checkbox"/> 是，细菌耐药性监测报告及时反馈到医务人员,并方便查询。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 否	
	34. 多重耐药菌的预警机制。	多重耐药菌监测数据，为临床提供耐药菌的趋势与抗菌药物敏感性报告；多重耐药菌管理的多部门定期联席会		是否有细菌耐药监测及预警机制： <input type="checkbox"/> 是，定期(至少每季度)进行反馈。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 否	五、多重耐药菌感染预防控制制度
35. 防控措施	临床针对多重耐药菌有有效的防控措施，有无培训、监督检查。	医院感染管理部门、微生物实验室(检验部门)、药学部门、临床科室对多种耐药菌管理开展了以下哪些工作： <input type="checkbox"/> 定期联席会制度 <input type="checkbox"/> 有牵头部门 <input type="checkbox"/> 分工明确,职责清楚。	五、多重耐药菌感染预防控制制度		

项目	评估标准	评估细则	主要依据	自评题目	对应基本制度
十一、安全注射	36. 安全注射制度及相关操作。	组织管理工作；安全注射概念；安全注射用品配置情况；医务人员安全注射培训情况；医务人员在安全注射无菌操作技术方面、锐器伤防护方面、医疗废物处置方面知晓情况。	1.《临床注射操作医院感染风险防控手册》国家卫生健康委医院管理研究所（2019-4）； 2.《安全注射及相关操作工具手册》世界卫生组织/全球安全注射网络（2010）	是否成立医院安全注射质量管理领导小组？ ○是：成立时间：（ ） ○否	三、感控标准预防措施执行管理制度
				医务人员安全注射培训情况： 曾接受以下哪些培训内容？（可多选） <input type="checkbox"/> 注射相关无菌操作 <input type="checkbox"/> 注射相关锐器伤预防与处置 <input type="checkbox"/> 注射后医疗废物处置 医务人员培训率能达到以下哪项水平？ ○小于 20% ○20%-49% ○50%-79% ○80%-99% ○100%	
十二、侵入性器械操作防控	37. 手术部位感染预警、监测、防控。	制定外科手术部位感染预防与控制制度和操作流程；临床科室开展手术部位感染风险评估；医务人员手术部位感染预防与控制相关知识知晓和执行情况；手术部位感染目标性监测，定期分析、总结、反馈及持续质量改进。	1.《外科手术部位感染预防与控制技术指南》卫办医政发（2010）187号； 2.《医疗机构手术部位感染预防指南（2014）》SHEA	医务人员对手术部位感染防控措施知晓情况： 避免不必要的备皮，确需备皮应术前即刻或在手术室进行，尽量使用不损伤皮肤的方法如剪毛或脱毛： ○是 ○否 在手术切皮前 60 分钟内执行抗生素预防用药，并考虑抗菌药物的半衰期：○是 ○否 不推荐机械性肠道准备单独用于降低成年人肠道手术后手术部位感染：○是 ○否 反对以预防手术部位感染为目的，在手术结束后延长抗菌药物预防用药时间：○是 ○否	六、侵入性器械/操作相关感染防控制度
				医务人员对呼吸机相关性肺炎防控措施知晓情况： 每日评估呼吸机及气管插管的必要性，尽早脱机或拔管：○是 ○否 每日评估镇静药使用必要性，并尽早停用：○是 ○否 除非有禁忌，接受有床机械通气的患者床头抬高 30°~45°，并协助患者翻身拍背及震动排痰：○是 ○否	
	38. 呼吸机相关性肺炎预警、监测与防控。	制定呼吸机相关性肺炎预防与控制制度和操作流程；临床科室开展呼吸机相关性肺炎风险评估；医务人员无菌操作技术、呼吸机相关性肺炎防控知识和操作流程的知晓和执行情况；开展目标性监测，定期分析、总结、反馈及持续质量改进。	1.《中国成人医院获得性肺炎与呼吸机相关性肺炎诊断和治疗指南（2018 年版）》；	医务人员对呼吸机相关性肺炎防控措施知晓情况： 每日评估呼吸机及气管插管的必要性，尽早脱机或拔管：○是 ○否 每日评估镇静药使用必要性，并尽早停用：○是 ○否 除非有禁忌，接受有床机械通气的患者床头抬高 30°~45°，并协助患者翻身拍背及震动排痰：○是 ○否	六、侵入性器械/操作相关感染防控制度

项目	评估标准	评估细则	主要依据	自评题目	对应基本制度
			2.《呼吸机相关性肺炎预防、诊断和治疗指南(2013年版)》	保持患者口腔清洁卫生，每6h-8h进行口腔护理1次： <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 宜使用气囊上方带侧腔的气管插管，并常规进行气囊压力监测： <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 重复使用的呼吸机外部管路及配件一人一用一消毒或灭菌，推荐每周更换一次管路，如遇污染或破损及时更换： <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	
39. 导管相关血流感染预警、监测与防控。		制定中心静脉导管相关血流感染预防与控制制度和操作流程；临床科室开展中心静脉导管相关血流感染风险评估；医务人员无菌操作技术、中心静脉导管相关血流感染防控知识和操作流程的知晓和执行情况；开展目标性监测，定期分析、总结、反馈及持续质量改进。	1.《导管相关血流感染预防与控制技术指南(试行)》卫办医政发(2010)187号； 2.《医疗机构中心导管相关血流感染预防指南(2014)》SHEA	医务人员对导管相关血流感染防控措施知晓情况： 肥胖患者应避免采用股静脉中心静脉通路作为导管放置点： <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 每日评估拔管必要性，尽早拔除导管： <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 使用含酒精的洗必泰对穿刺部位皮肤进行消毒： <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 不宜在置管部位使用任何抗菌软膏或乳剂： <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 使用无菌透明贴膜或无菌纱布覆盖穿刺点，多汗、渗血明显患者宜选用无菌纱布，保持局部清洁干燥： <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 注射药物前严格消毒导管连接口，使用酒精棉片或其他符合要求的皮肤消毒剂用力涂擦至少15秒： <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	六、侵入性器械/操作相关感染防控制度
40. 导尿管相关尿路感染预警、监测与防控。		制定导尿管相关尿路感染预防与控制制度和操作流程；临床科室开展导尿管相关尿路感染风险评估；医务人员无菌操作技术、置管前、置管时、置管尿管相关尿路感染防控相关知识和操作流程的知晓和执行情况；开展目标性监测，定期分析、总结、反馈及持续质量改进。	1.《导尿管相关尿路感染预防与控制技术指南(试行)》卫办医政发(2010)187号；2.《医疗机构导尿管相关尿路感染预防指南(2014)》SHEA	医务人员对导尿管相关尿路感染防控措施知晓情况： 每日评估留置尿管必要性，尽早拔除导尿管： <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 严格执行《医务人员手卫生规范》，严格遵循无菌操作技术： <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 不宜常规使用含消毒剂或抗菌药物进行膀胱冲洗以预防尿路感染： <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 保持尿液引流装置密闭、通畅和完整，活动或搬运时夹闭引流管，防止尿液逆流： <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	六、侵入性器械/操作相关感染防控制度

项目	评估标准	评估细则	主要依据	自评题目	对应基本制度
十三、医院感染暴发处置	41. 医院感染暴发应急预案。	启动预案的标准/时机,明确医院各相关部门的职责,流程清楚、可操作性强。	1.《医院感染暴发报告及处置管理规范》; 2.《医院感染暴发控制指南》WS/T 524-2016	医院感染暴发处置演练: <input type="radio"/> 无 <input type="radio"/> 制定有演练方案/脚本 <input type="radio"/> 开展过演练 <input type="radio"/> 有演练记录 <input type="radio"/> 每年均开展演练(请填写平均__次/年)	八、医院内感染暴发与处置制度
	42. 医院感染暴发处置演练。	根据医院感染暴发特点制定各类暴发演练的脚本,有无演练,有无记录,每年演练次数。		上报流程: <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 无	
	43. 疑似医院感染暴发事件处理及上报	医院感染监测覆盖医院的重点科室和部门,及时发现疑似医院感染暴发事件并按要求上报告,上报疑似暴发的流程。		是否发生疑似院感暴发事件: <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	
十四、风险评估	44. 医院感控风险评估制度及开展情况	是否有感控风险评估制度,制定方案;风险评估种类,风险评估工作的开展方式、开展频次,是否根据风险评估结果制定干预措施、建立感染高危人员筛查的工作机制。	1.《国家卫生健康委办公厅关于进一步加强医疗机构感染预防与控制工作的通知》 国卫办医函〔2019〕480号	评估制度: <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 无	四、感控风险评估制度
				评估方案: <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 无	
				根据风险评估结果制定干预措施: <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 无	

## 规范性引用文件

医院感染管理办法	WS/T 511-2016 经空气传播疾病医院感染预防与控制规范
抗菌药物临床应用管理办法	WS/T 512-2016 医疗机构环境表面清洁与消毒管理规范
医疗卫生机构医疗废物管理办法	WS/T 524-2016 医院感染暴发控制指南
医疗机构感染预防与控制基本制度（试行）	WS/T 311-2009 医院隔离技术规范
医疗机构血液透析室管理规范	WS/T 312-2009 医院感染监测规范
医院手术部（室）管理规范（试行）	新生儿病室建设与管理指南（试行）
医疗废物集中处置技术规范	多重耐药菌感染医院预防与控制技术指南（试行）
医院感染暴发报告及处置管理规范	外科手术部位感染预防与控制技术指南
血液净化标准操作规程（2020年版）	导管相关血流感染预防与控制技术指南（试行）
WS/T-313-2019 医务人员手卫生规范	导尿管相关尿路感染预防与控制技术指南（试行）
WS/T 591-2018 医疗机构门急诊医院感染管理规范	中国成人医院获得性肺炎与呼吸机相关性肺炎诊断和治疗指南（2018年版）
WS/T592-2018 医院感染预防与控制评价规范	呼吸机相关性肺炎预防, 诊断和治疗指南(2013年版)
WS 310.1-2016 医院消毒供应中心第1部分：管理规范	
WS 310.2-2016 医院消毒供应中心第2部分：清洗消毒及灭菌技术操作规范	
WS 310.3-2016 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	
WS 506-2016 口腔器械消毒灭菌技术操作规范	
WS 507-2016 软式内镜清洗消毒技术规范	
WS/T 508-2016 医院医用织物洗涤消毒技术规范	
WS/T 509-2016 重症监护病房医院感染预防与控制规范	
WS/T 510-2016 病区医院感染管理规范	