

中国医院协会医院感染防控管理评估 自评问卷（2020 版）

为贯彻习近平总书记关于切实加强防止医院感染工作的指示,协助国家卫生健康委进一步落实加强医院感染预防与控制的有关要求,中国医院协会立足行业组织抓规范、抓落实、抓服务的职责,面向全国有关医院开展医院感染防控管理评估工作。旨在通过评估,梳理出感控管理薄弱点、风险点,降低潜在风险,同时发现优秀管理案例,树立行业示范,帮助医院加强感控能力建设,进一步提高感控管理水平。自评问卷将作为本次评估工作的重要参考,请务必认真填写。调查结果仅供本次评估使用,我们会对内容严格保密,感谢贵单位对我国医院感染防控管理质量提升做出的贡献。

填写说明: 1.本次评估调查医疗机构类别为医院,不包含基层医疗卫生机构、专业公共卫生机构及其他机构等。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。

第一部分 基本信息

- 1.医院所在省份及市区:下拉列表(选项)
- 2.医院名称:_____ (填写)
- 3.医院等级(单选): 三级 二级 未定级
- 4.医院类别(单选): 综合医院 专科医院
- 5.医院类型(单选): 公立医院 社会办医院
- 6.医疗机构床位设置:编制床位____张;实际开放床位____张。

第二部分 自评问卷

一、组织管理

1.1 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

1.2 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（跳转至 1.5）

1.3 感染管理委员会主任委员由何人担任：

院长

分管院长

其他（ ）

1.4 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

1.5 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：（ ）

1.6 感染管理专职人员情况：

1.6.1 数量：（ ）人；

1.6.2 性别：男（ ），女（ ）；

1.6.3 专业：临床医学（ ）人，护理（ ）人，公共卫生（ ）人，其他（ ）人。

1.6.4 取得医院感染管理岗位证书：（ ）人；占比（ ）%。

1.7 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

1.8 医院有无医院感染预防与控制制度：

有；(上传医院制度)

无

二、人员培训

2.1 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（跳转至 3.1）

2.2 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、监测与报告

3.1 对于院感质控与监测，有信息化实时监控系統：有 无

3.2 开展院感监测项目情况：（可多选）

未开展（跳转至 3.3）

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。

3.3 医院开展的院感质控工作包含以下哪些：（可多选）

未开展（跳转至 4.1）

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

有一级质控评价：院感防控培训 院感病例监测与干预 多重耐药菌措施落实

手卫生依从性 含氯消毒液、戊二醛等消毒液有效性监管 科内质控定期开展，有相关记录

四、重点科室院感防控

4.1 是否有发热门诊：是 否（跳转至 4.4）

发热门诊设置：

发热门诊：请上传发热门诊面积、平面图、流程图

4.2 发热门诊是否有聚集性病例上报流程：是 否

4.3 专职负责发热门诊的医生数量：()，护士数量：()

4.4 急诊科建筑布局符合以下要求：（可多选）

设有单独出入口

各区域设置完整

儿科急诊与成人急诊诊区分开

诊室和候诊区域有通风条件

各诊区均应配备完整手卫生设施

不具备通风条件的诊室或候诊区安装有空气消毒机

以上均无

4.5 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：()

4.6 医院呼吸科门诊建筑布局符合以下要求：(可多选)

- 为相对独立诊区
- 备有隔离诊室
- 诊室和候诊区域有通风条件
- 不具备通风条件的诊室或候诊区安装有空气消毒机
- 以上均无

4.7 急诊科门诊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

4.8 医护人员对当前流行的传染病的认识：

传染病种类： 不清楚 部分了解 一般 基本清楚 非常清楚

传播方式： 不清楚 部分了解 一般 基本清楚 非常清楚

防护措施： 不清楚 部分了解 一般 基本清楚 非常清楚

4.9 是否有产房： 是 否 (跳转至 4.11)

产房建筑布局符合以下要求：(可多选)

- 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
- 以上均无

4.10 产房人员管理符合以下要求：(可多选)

- 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
- 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
- 助产按照手术人员要求进行外科手消毒

4.11 是否有口腔科： 是 否 (跳转至 4.13)

口腔门诊牙椅数：() 张，护士数：() 人

4.12 口腔科医院感染防控情况：(可多选)

- 口腔器械纳入供应室集中供应
- 建立口腔科器械消毒灭菌标准操作规程
- 以上均否

4.13 是否有内镜室： 是 否 (跳转至 4.14)

内镜室医院感染防控情况：（可多选）

- 配备有人工内镜清洗消毒工作站
- 配备有内镜清洗消毒机
- 使用膜滤法监测清洗消毒效果：监测频次（ ）次/季度
- 洗消人员经过专科培训
- 以上均无

4.14 是否有新生儿室：○是 ○否（跳转至 4.16）

新生儿室床位数：（ ）张，每床面积：（ ）M²

4.15 新生儿室是否具备以下条件：（可多选）

- 设有隔离新生儿病室
- 设有重症新生儿监护病室
- 以上均无

4.16 是否设置重症医学科：○是 ○否（跳转至 4.18）

ICU 人员配置情况：床位数：（ ）；护士人数：（ ）

4.17 ICU 医院感染防控情况：（可多选）

- 配备隔离间
- 配有负压隔离病室
- 对留置尿管、深静脉置管、呼吸机肺炎等相关感染进行监测
- 以上均无

4.18 医疗机构是否开展血液透析：

○是：○血液透析室；○血液透析中心

○否（跳转至 4.21）

4.19 血液透析室/中心配置情况：血液透析机台数（ ）护士人数（ ）

4.20 血液透析室/中心医院感染防控情况：（可多选）

- 乙型和丙型肝炎等血液传播患者分区机进行隔离透析：有无标识：○有 ○无；
- 透析器复用：若复用应建立复用管理制度：○有 ○无；
- 开展透析用水生物污染检验：监测频率：（ ）
- 开展透析用水内毒素监测：监测频率：（ ）
- 开展静脉留置导管相关感染的监测：2019 年导管相关性感染率：（ ‰）
- 以上均否

4.21 是否设置手术室：○是 ○否（跳转至 4.23）

手术室医院感染防控情况：（可多选）

- 配备隔离手术间
- 布局流程符合规范要求
- 对空气、物表、工作人员手监测：监测频次（ ）次/季度
- 以上均无

4.22 手术室空气净化方式：○层流 ○普通

4.23 是否设置消毒供应中心：○是 ○否（跳转至 5.1）

供应室硬件建设符合以下哪些要求：（可多选）

- 重复使用的诊疗器械、器具和物品回收至 CSSD 集中清洗、消毒及灭菌
- 三区划分明确
- 辅助区域与工作区域严格划分
- 区域之间有实际屏障
- 有信息化追溯系统
- 以上均无

4.24 供应室质量控制符合以下哪些要求：（可多选）

- 每周进行高压蒸汽灭菌设备生物监测
- 每日开始灭菌前对预真空灭菌器进行 BD 试验
- 植入物每锅进行生物监测
- 以上均无

五、医院消毒灭菌

5.1 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；

5.2 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

5.3 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

5.4 消毒灭菌、保存、监测是否符合国家规范要求（以供应室、内镜室、口腔科为例）：

- 不符合 ○部分符合 ○一般 ○基本符合 ○完全符合

六、手卫生

6.1 医院的手卫生设施配置符合《医务人员手卫生规范》（WS/T_313—2019）标准中相关要求（以ICU、感染科为例）：

不符合 部分符合 一般 基本符合 完全符合

6.2 医生、护士、护工、后勤人员落实手卫生规范情况（以ICU、感染科为例）：

ICU: 正确率() 依从性()

感染科: 正确率() 依从性()

6.3 科室对手卫生执行情况是否有自查（以ICU、感染科为例）：

ICU: 是 否

感染科: 是 否

七、医疗废物处置

7.1 医疗废物管理符合以下哪些要求：（可多选）

- 专人负责医疗废物、废液处理工作；
- 相关工作人员经过岗前培训；
- 个人防护符合要求
- 建立医疗废物交接登记
- 以上均无

7.2 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）

- 按要求分类收集医疗废物
- 科室按要求进行医疗废液处置并有记录
- 医疗废物暂时贮存地点和条件符合要求
- 医疗废物暂时贮存不超过2天
- 按规定移交取得许可的医疗废物集中处置单位处置
- 以上均无

八、传染病的隔离防护

8.1 呼吸道传染病的隔离制度、预案、处置流程、隔离措施情况：（可多选）

- 医院有针对呼吸道传染病的隔离制度：制定/修订时间()
- 医院是否有传染病的应急预案：制定/修订时间()
- 普通病房有发现呼吸道传染病的处置流程和隔离措施
- 有负压病房：间数()
- 以上均无

8.2 防护用品储备量(根据每日使用量满足的天数)：

医用防护口罩()天；外科口罩()天；

防护服()天；隔离衣()天；手套()天。

九、医务人员职业暴露防护

9.1 关于医务人员感染性病原体职业暴露预防、处置及上报开展以下哪些工作：(可多选)

- 制定感染性病原体职业暴露预防、处置及上报规范
- 对医务人员开展相关培训教育
- 开展相关应急演练
- 以上均无

9.2 关于医务人员感染性病原体职业暴露发生后的费用情况：

- 自理 部分自理 医院报销

十、多重耐药菌防控

10.1 耐药菌监测、预警及防控情况：(可多选)

- 在重点部门开展多重耐药菌医院感染监测：开展科室包括()
- 对多重耐药菌感染患者或定植高危患者监测：细菌耐药性监测报告及时反馈到医务人员，并方便查询。是 否
- 有细菌耐药监测及预警机制：定期(至少每季度)进行反馈。是 否
- 制订并落实多重耐药菌感染管理的规章制度和防控措施。
- 以上均无

10.2 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：

- 定期联席会制度
- 有牵头部门
- 分工明确,职责清楚
- 以上均无

十一、安全注射

11.1 医院是否成立医院安全注射质量管理领导小组？

是：成立时间：()

否

11.2 开展医务人员安全注射培训内容包括以下哪些：(可多选)

- 注射相关无菌操作
- 注射相关锐器伤预防与处置
- 注射后医疗废物处置
- 其他 ()

11.3 医务人员安全注射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

12.1 医务人员对手术部位感染防控措施知晓情况：(可多选)

- 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
- 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
- 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
- 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

12.2 医务人员对呼吸机相关性肺炎防控措施知晓情况：(可多选)

- 每日评估呼吸机及气管插管的必要性，尽早脱机或拔管
- 每日评估镇静药使用必要性，并尽早停用
- 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
- 保持患者口腔清洁卫生，每 6h-8h 进行口腔护理 1 次
- 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
- 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

12.3 医务人员对导管相关血流感染防控措施知晓情况：(可多选)

- 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
- 每日评估拔管必要性，尽早拔除导管
- 使用含酒精的洗必泰对穿刺部位皮肤进行消毒
- 不宜在置管部位使用任何抗菌软膏或乳剂
- 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
- 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

12.4 医务人员对导尿管相关尿路感染防控措施知晓情况：（可多选）

- 每日评估留置尿管必要性，尽早拔除导尿管
- 严格执行《医务人员手卫生规范》，严格遵循无菌操作技术
- 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
- 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

十三、医院感染暴发处置

13.1 医院感染暴发处置演练：（可多选）

- 无
- 制定有演练方案/脚本
- 开展过演练
- 有演练记录
- 每年均开展演练（请填写平均__次/年）

13.2 疑似医院感染暴发事件：

疑似医院感染暴发事件处理及上报流程：○有 ○无

是否发生疑似院感暴发事件：○有 ○无

十四、风险评估

14.1 医院感控风险评估制度及开展情况：

评估制度：○有 ○无

评估方案：○有 ○无

根据风险评估结果制定干预措施：○有 ○无

填表人：_____

审核人：_____

联系电话：_____