# 医院管理年度工作总结范文6篇

来源：网络 作者：静默星光 更新时间：2024-02-14

*工作总结可以帮助我们建立自己的工作目标，更好地规划和安排工作，工作总结应该具备可读性，使读者能够轻松地理解我们的工作过程和成果，下面是小编为您分享的医院管理年度工作总结范文6篇，感谢您的参阅。医院管理年度工作总结范文篇120xx年我院的医院...*

工作总结可以帮助我们建立自己的工作目标，更好地规划和安排工作，工作总结应该具备可读性，使读者能够轻松地理解我们的工作过程和成果，下面是小编为您分享的医院管理年度工作总结范文6篇，感谢您的参阅。

医院管理年度工作总结范文篇1

20xx年我院的医院感染管理工作，始终围绕“三好一满意”这一主题，从建章立制到措施落实，坚持以患者满意为宗旨，以降低医院感染率为目标，逐步使我院的医院感染管理工作逐步走向规范化、制度化。在全院每一位职工的共同参与下，全年未发生医院感染的暴发流行，圆满完成了年初制定的工作计划，现总结如下：

一、完善制度及操作流程

今年初，为了使我院的医院感染管理工作再上一个台阶，感染管理科根据《医院感染管理办法》，结合卫生部20xx年颁布的《医疗机构消毒技术规范》、《医院空气净化管理规范》等法律法规的要求，对重点部门感染管理制度及部分操作流程进行了修订，使医务人员在医院感染管理上有章可循。第二季度，按照医院安排，制定了新的奖惩方案，使医院感染管理制度得以很好的落实。

二、开展全方位医院感染监测工作

根据卫生部《医院感染监测规范》及等级医院复审的要求，我们开展了全方位的医院感染监测工作。

1、综合性监测：

全年共监测住院病人28835人次，发生医院感染187人次，医院感染发病率为0.65%，比卫生部要求的≤8%相比，还处于较低发病率水平，但不容忽视的是由于我们医师主动报告意识差，仍存在着医院感染的漏报现象。全年无菌手术切口感染0例，无菌手术切口感染率为0。患病率调查，应调查患者611例，实查610例，实查率：99.8%(卫生部规定实查率≥96%)。610例患者中共发生医院感染12人，医院感染现患率：1.96%。感染例次12例，例次感染率1.96%。调查结果显示，比xx年医院感染现患率1.28%稍高。应成为我们明年医院感染管理的重点。

2、目标性监测

1)icu医院感染监测：对icu进行了导尿管相关泌尿道感染、血管内导管相关血流感染以及呼吸机相关性肺炎监测。其中导尿管使用220人，留置1760日，感染9人次，留置导尿管相关泌尿系感染的发病率为5.11‰，中心静脉插管110人次，留置日数810日，感染1例，相关感染血管导管相关血流感染率为0.12‰，呼吸机使用24人次，使用日数87日，感染1例，呼吸机相关肺炎的发病率为11.5%；

2)手术部位感染监测：20xx年元月份开始，我院感染管理科在普外科开展了阑尾切除术、骨科植入物手术的切口感染情况的目标性监测。共监测阑尾手术258台，手术部位感染7例，感染率2.71%。监测植入物手术485，无发生感染病例。

3)细菌耐药性监测：20xx年1月1日至11月，细菌室共分离出多重耐药菌株59株，(其中以esbel阳性的大肠埃希氏菌为主，占75%，其次多重耐药的鲍曼不动杆菌位居第二位，占12.5%，mrsa占第三位，占6.77%，其次还有铜绿假单胞菌等。)今年与去年相比，多重耐药菌的检出比例较上年有所上升，原因在于今年各科的送检率均有提高。

3、环境微生物及消毒灭菌效果监测：对全院重点科室环境微生物监测562份，合格550份，合格率为97.8%，对不合格的科室进行整改，重新监测合格；无菌物品监测145份，合格率100%；高压灭菌器生物监测144次灭菌，合格率100%；合格率100%；低温等离子生物监测52锅次，合格率100%，紫外线灯管检测，全年两次共检测灯管234支，合格229支，合格率97.9%，对不合格的灯管要求及时更换并重新检测强度。保证了医疗安全。

三、尽力做好医院感染管理与控制工作

1、减负增效避免形式化的感染管理：以二甲复审工作为主线，本着既减轻临床医务人员的负担，又能提高全员的医院感染控制意识为前提，召开了全院医院感染管理委员会会议，对全院临床科室的监控人员进行培训，使他们掌握了医院感染管理持续改进的工作方法，将医院感染病例登记、多重耐药菌感染病例登记、科室质控与护理部质控合并等。

2、从手卫生工作切入，提高全员的感控意识：做好手卫生可以降低三分之一的医院感染，本着这一理念，我们在全院强力推进手卫生工作。首先在全院统一手卫生设施，提倡使用皂液、干手纸，在换药室、治疗室等处张贴手七步洗手法图示。同时进行了多次的医务人员手卫生培训，提高医务人员的手卫生知识，提高他们的手卫生意识。将医务人员手卫生常态化管理，实行手卫生监督工作的逐级监督，科室自查、院抽查，不断提高手卫生依从性。

3、主动干预医院感染的高危因素，降低医院感染感染的发病率：针对icu病人病情重，插管多，容易发生感染的实际情况，我们经常深入icu病房与医护人员主动沟通，与医务人员共同探讨学习感染的诊断标准及各项操作规程，使医务人员从开始的排斥到目前已逐渐接纳，能主动采取控制医院感染的措施，例如正确选择导管，熟练插管技术及有效护理，适时拔出导管以降低医院感染率。对icu中心静脉导管、留置导尿管、呼吸机辅助呼吸患者每日进行撤管指征评估，及时进行撤管，有效降低导管相关感染发生率。

4、配合抗菌药物合理使用工作，强化手术部位感染控制：

按照抗菌药物专项整治工作要求，无菌手术抗菌药物使用率大幅下降，势必增加了手术切口感染的风险。针对这一情况，我们继续开展手术切口感染的目标性监测，加强手术切口感染的预防与控制措施的落实，如备皮的时机选择为术前即刻，备皮方式提倡不刮毛、提倡术中保温、强化术后引流及手卫生等环节控制，减少手术切口感染的危险因素，努力降低手术切口感染发生率。

5、减少环境微生物监测频次：根据新版《医疗机构消毒技术规范》、《医院空气净化管理规范》、《消毒供应中心清洗消毒及灭菌效果监测标准》和《医疗机构手卫生规范》等要求，从下半年及时调整了我院环境微生物及消毒灭菌效果监测的频次，杜绝了形式化的感染控制，将有限的资源用在感控的高危因素控制上。

6、暴发应急演练，提升医务人员的应急能力：根据等级医院评审标准要求，于7月25日进行了外科手术部位感染暴发应急处置模拟演练。通过演练提高了医护人员对医院感染暴发事件的认识，使医护人员掌握了医院感染暴发的应对措施，提高了临床对医院感染暴发事件的应急处理能力。

7、做好消毒供应中心的指导、监督工作，提高器械的清洗消毒灭菌质量：按照《消毒供应中心管理规范》及省厅文件精神的要求，第一季度我们在院领导的部署下，与护理部、消毒供应中心、手术室一道多方协调，对未集中清洗的器械逐渐统一回收到消毒供应中心集中处理，保证了我院消毒灭菌的质量。

8、强化多重耐药菌监测控制工作，减少多重耐药菌的医院感染：从临床科室送检高质量的标本入手，我们对全院医务人员进行了如何送检标本的培训，提高了细菌培养的阳性率。同时为减少多重耐药菌的院内传播，我们对检出的病例进行及时的跟踪，指导临床采取接触隔离措施，严格执行手卫生和无菌技术操作规程，加强环境清洁，器械专用及消毒等，努力降低多重耐药菌的医院感染。

9、保洁工作规范化，保证患者的就医环境清洁化：清洁的环境是who提出的清洁医院的重要内容之一，我院现有保洁公司保洁程序不规范，保洁的质量不高，护士长多次反映，为此我们根据《医疗机构消毒技术规范》的要求，加强了对保洁员的培训，对科室护士长统一要求，对新进的保洁员进行培训后方能上岗，使保洁员掌握了保洁的标准，提高了保洁的质量。

四、加大医院感染培训力度，提高全员的医院感染控制技能

培训是提升医务人员医院感染控制认知的主要方式，为此今年我们举行了不同层次、不同类别医务人员的院感知识培训共计9次，培训人群覆盖全院员工。通过培训让他们了解医院感染预防的新理念，让全体职工时刻想到医院感染就在身边，主动采取措施控制医院感染是自己的职责，使病人的医疗活动更加安全。

五、职业防护工作

全年医护人员上报职业暴露11例，其中护士7人，医生4人，均按照职业暴露处理程序给予及时处理。针对锐器伤日益增多的趋势，我们在强化职业暴露管理工作的同时，开展了全员职业暴露的培训，对血液透析室、医疗废物转运等重点科室人员进行免疫接种，以减少医务人员职业暴露的发生率。

六、差距与不足

1、目标性监测工作仍处于摸索阶段，未真正将监测与监控结合起来，在指导临床医院感染预防控制工作方面还需进一步加强。

2、手卫生依从性还需进一步的提高。

3、我院部分医务人员在医院感染预防控制工作中还存在着“你推一推，他才动一动”的被动思想，所以感染管理工作要改变医务人员的被动“让我做”到医务人员的主动“我要做”，需要有一个漫长的过程，我们仍要不断的努力。

总之，医院感染管理工作与医疗活动联系日益加深，需要我们不断的去学习和积累，需要我们密切的与临床医务人员进行沟通，更需要院领导及全院员工的同心协力，以不断推动我院的医院感染管理工作向更高的层次迈进。

医院管理年度工作总结范文篇2

20xx年，医院感染管理工作在医院的正确领导大力支持下，院感科积极工作，进一步健全落实院感组织网络，严格管理制度，开展必要的监测检查工作。医院各科室有力配合，护理部切实抓好科室消毒隔离技术操作、无菌技术操作及检查考核，临床科室及时认真填写和上报科室院感病例，院感科做好院感病例的监测与分析，指导临床科室控制医院感染。通过以上工作，20xx年，我院院感病例共5例，院感率0.9%，全院无医院感染暴发流行，有效将医院感染控制在较低水平。

一、健全组织，制定和完善医院感染管理规章制度

今年3月医院调整了院感委员会，健全了院科两级院感质量控制管理体系。根据《医院感染管理办法》、《消毒技术规范》、《中华人民共和国传染病防治法》、《消毒管理办法》、《医疗机构医疗废物管理办法》、《内镜清洗消毒技术规范》、《传染病信息报告管理规范》等相关法律法规、规范、规章，结合我院实际情况修订了我院的医院感染管理，传染病管理制度、职责、措施、流程等。

二、针对院感薄弱环节，加强院感质量控制

进一步完善了医院感染的质量控制与考评制度，制订了医院感染质量综合目标考核标准，根据综合目标进行督查反馈，全面检查和梳理有关医院感染预防与控制的各方面工作，认真排查安全隐患，为保证院感安全，切实抓好院感重点部门、重点环节的管理，特别是手术室、产房、检验科、治疗室、急诊科等重点部门的医院感染管理工作，防止医院感染的暴发流行。

三、根据传染病的管理要求，加强传染病的院感防控

进一步加强内科门诊、发热门(急)诊等重点场所的管理，认真贯彻落实传染病医院感染控制要求，加大医院感染防控力度，规范工作程序，特别是对全院医务人员，加强了传染病的防治和自身防护知识的培训，严格落实了院感防控和个人防护措施，防止发生院内交叉感染，积极配合有关部门，共同做好疫情防控工作。

四、根据院感管理要求，做好病例回顾性调查

20xx年，全院共出院病人5456人次，其中外科出院2205次，内科出院2596人次，妇产科出院655人次，其中外科感染病例共3例，感染发生率为0.14%;内科医院感染病例有1例，感染发生率为0.038%;妇产科医院感染感染有1例，感染发生率为0.15%;中医科、五官科、肛肠科医院感染发生率均为0%。

五、抓好环境卫生学、消毒灭菌效果及手卫生监测工作

为规范全院各项消毒灭菌工作，预防院内感染，院感科加强院感采样监测，委托县疾控中心对全院重点科室进行了消毒灭菌效果监测，同时加强对手术室、产房、护理部等高危区的环境卫生学监测及医务人员手卫生的监测。对全院各临床科室、医技科、门诊的空气进行了监测，合格率达100%。

六、加强医疗废物管理

院感科不断完善各项规章制度，明确医疗废物管理人员职责，落实责任制，加强医疗废物的管理并常规督查，发现问题及时整改并反馈。我院医疗废物的分类、收集、贮存、包装、运送、交接等做到规范管理，严防因医疗废物管理不善引起医院感染暴发。重新设计医疗废物回收登记表，利于回收存档。对我院的医疗废物暂存地进行了重新选址改建。是的医疗废物的管理过程更符合实际，减少了污染和医护人员受伤害的机会。

七、强化院感培训及考核

进行了四次医院感染知识培训，参加人员包括全院医务人员，共118人次，培训内容为：①院感基础知识培训，②抗菌药物临床应用指导原则、解读多重耐药菌医院感染预防与控制技术指南(试行)、③医疗废物的处理，④医院感染病例的诊断标准、手卫生标准预防，解读“二乙医院”院感有关标准。

通过培训，全院医务人员及工勤人员对医院感染的重视。医务人员无菌操作意识得到了增强，争取人人做到“有菌观念，无菌操作”。

八、消毒药械及一次性使用无菌医疗用品的管理

为加强消毒药械及一次性使用无菌医疗用品的管理，院感科对其使用进行常规督查及定期抽查。对消毒药械及一次性使用无菌医疗用品的抽查是每季度一次，方法是从临床科室采样，到物质库房索证。结果各证齐全，全部合格。

九、积极参与医院建筑设计

在新建病房楼时，建议使用感应性水龙头、重点科室配备干手纸，院领导同意并已经实施到位，投入使用。此措施大大提高了我院医务人员的手卫生依从性。建议治疗室和换药室的空气消毒全部采用悬挂式紫外线消毒机动态臭氧空气消毒机，其中悬挂式紫外线消毒实施不到位，将进一步完善，争取落实到各科室。

十、虽然我科做了大量的工作，但是还是存在很多问题：

1、医院感染环节质量需进一步加强。

2、临床感染管理小组尚未充分发挥其作用。

3、感染监测结果应定期向临床科室反馈。

4、部分临床科室医生对院内感染重视程度仍不够，对病人的有关院内感染的诊断及病情分析方面存在欠缺，医院感染登记表不能及时报送。

5、各临床科室医护人员无菌观念、手卫生知识仍需加强。

新的一年即将到来，我科将继续开展各项工作，并针对本年度问题，不断完善和提高。不断总结经验，虚心学习，争取“二乙医院”顺利通过。

医院管理年度工作总结范文篇3

下半年，对于医院、科室、个人来说都是一个转变、成长、奋进的半年，因为我们内科终于有了属于自己的家。在这半年中我们不断面临着挑战和机遇经过这半年的工作和学习我有了质的转变快速的成长明确了奋进的目标。我们内科护理遵循医院管理，倡导的以“病人为中心，以提高医疗服务质量”为主题的服务宗旨，认真执行本年度护理工作计划，按照医院护理服务质量评价标准的基本要求及标准考核细则，完善各项护理规章制度，改进服务流程，改善住院环境，加强护理质量控制，保持护理质量持续改进。现将20xx年下半年我科护理工作总结如下：

一、落实护理培养计划，提高护理人员业务素质

1、对各级护理人员进行三基培训，每月组织理论考试和技术操作考核。

2、每周晨间提问2次，内容为基础理论知识、院内感染知识和专科知识。

3、组织全科护士学习了《护理基础知识》。

4、组织全科护士学习医院护理核心制度。

5、每个护士都能熟练掌握心肺脑复苏急救技术。

6、各级护理人员参加科内、医院组织的理论考试、院感知识考试、技术操作考核。

二、改善服务流程，提高服务质量

实行了“首迎负责制”，规范接待新入院病人服务流程，推行服务过程中的规范用语，为病人提供各种生活上的便利，对出院病人半月内主动询问病人的康复情况并记录访问内容，广泛听取病人及陪护对护理服务的意见，对存在的问题查找原因，提出整改措施，不断提高服务质量。半年中病人及家属无投诉，医院组织的服务质量调查病人满意率100%、

三、完善各项护理规章制度及操作流程，杜绝护理差错事故发生

每周护士会进行安全意识教育，查找工作中的不安全因素，提出整改措施，消除差错事故隐患，认真落实各项护理规章制度及操作流程，发挥科内质控小组作用，定期和不定期检查各项护理制度的执行情况，重大护理差错事故发生率为零。

四、护理文书书写，力求做到准确、客观及连续

护理文书即法律文书，是判定医疗纠纷的客观依据，书写过程中要认真斟酌，能客观、真实、准确、及时、完整的反映病人的病情变化，不断强化护理文书正规书写的重要意义，使每个护士能端正书写态度，同时加强监督检查力度，每班检查上一班记录有无纰漏，质控小组定期检查，护士长定期和不定期检查及出院病历终末质量检查，发现问题及时纠正，每月进行护理文书质量分析，对存在问题提出整改措施，并继续监控。

五、规范病房管理，建立以人为本的住院环境，使病人达到接受治疗的最佳身心状态

病房每日定时通风，保持病室安静、整洁、空气新鲜，对意识障碍病人提供安全有效的防护措施，落实岗位责任制，按分级护理标准护理病人，落实健康教育，加强基础护理及重危病人的个案护理，满足病人及家属的合理需要，上半年护理住院病人余人，抢救病人人，一级护理病人共天，无护理并发症。

六、急救物品完好率达到100%、急救物品进行“四定”管理

每周专管人员进行全面检查一次，护士长每周检查，随时抽查，保证了急救物品始终处于应急状态。

七、按医院内感染管理标准

重点加强了医疗废物管理，完善了医疗废物管理制度，组织学习医疗废物分类及医疗废物处理流程，并进行了专项考核，院感小组兼职监控护士能认真履行自身职责，使院感监控指标达到质量标准。

八、工作中还存在很多不足：

1、基础护理有时候不到位，个别班次新入院病人卫生处置不及时，卧位不舒服。

2、病房管理有待提高，病人自带物品较多。

3、个别护士无菌观念不够强，无菌操作时有不带口罩的现象，一次性无菌物品用后处理不及时。

4、护理文书书写有时候有漏项、漏记、内容缺乏连续性等缺陷，特别是护理记录简化后对护理记录书写质量的要求有所下降，这是我急需提高和加强的。

5、健康教育不够深入，缺乏动态连续性。

医院管理年度工作总结范文篇4

感控科按照《医院感染管理质量考核表》定期在院内（包括各社区卫生服务站）开展自查。现对本季度院感工作情况作出总结，如下。

一、制定整改措施

1、明确医院感染管理由医务科负责。医院招聘1名执业医师作为院感专责人员，最近参加了广东省医院协会举办的《广东省医院感染基本理论及实用技能岗位培训班暨20xx年医院感染管理岭南春季论坛》，经考试合格领取了医院感染管理岗位培训证书。

2、重新调整医院感染管理组织，进一步明确医院感染管理委员会、院感专责人员和各科室院感管理小组的职责；明确各职能科室，包括医务科、护理部、总务科、药剂科、检验科和防保科的职责。

3、制定医院感染管理质量考核表，每周对各科医院感染管理情况进行检查。

二、院感工作总结

1、自查情况

（1）组织机构建设。综合科落实比较好，已作出本科室控制医院感染工作计划与职责分工。

（2）严格执行无菌操作原则与操作规程。手术室的无菌观念较强。门急诊、综合科、妇产科普遍存在棉签开封后未标注开启日期、酒精、碘伏、生理盐水未标注开启日期，过期未作更换等问题，但经过自查反馈后，都得到改正。医护人员及保洁公司清洁人员未穿隔离衣、戴口罩、帽子进入产房的问题，经妇产科科主任及护士长的督促和教育，均得到较好的解决。

（3）严格执行消毒隔离制度方面。各个科室治疗车上均配备有速干手消毒剂，落实一人一针一管一带一洗手制度。各治疗室、换药室等每日紫外线消毒2次、每2周用95%酒精擦拭，记录完善。

（4）消毒效果监测。各科室均符合要求，使用中含氯消毒剂每天进行浓度监测并有记录，使用中戊二醛灭菌剂每周进行浓度监测并有记录。

（5）医疗废物管理。防保科、妇产科、门急诊的生活垃圾桶内混有医疗垃圾，经自查反馈后，已改正。

2、住院病例监测

已监测45份住院病例，其中综合内科16份、综合外科9份、妇产科20份，未发现院感漏报。

3、院感病例个案调查

本季度发生4例感院感病例，其中妇产科1例，综合内科3例，均为呼吸道感染。医务科院感专职人员立即开展个案调查，核实情况。

4、医务人员职业暴露

本季度发生3起医务人员暴露，其中综合科2名护士、防保科1名护士。医务科已对职业暴露人员做出相应的处理，做好个案调查登记，并追踪监测。

5、院感培训

做到每季度培训一次。

6、医疗垃圾分类收集、运送与暂时贮存

各科室均做好医疗垃圾的分类收集。医疗废物暂存间医疗废物存放较整齐，无污、血水外流；有明显的医疗废物警示标识和“禁止吸烟、饮食”的警示标识。医疗废物有交接记录。医疗废物运出后，能及时对暂存间进行清洁和消毒处理。

7、医院消毒供应中心

供应室工作间干净整洁，有紫外线消毒记录及擦拭记录，记录规范。每一锅高温蒸汽灭菌都有记录，并有试纸监测。

三、存在问题及建议

1、门急诊、妇产科、儿保科均未作出本科室院感小组人员的分工及院感小组工作计划。

建议：未做出院感小组的职责、明确分工、制定出工作计划的科室，请尽快落实。

2、各科室有时会出现棉签、酒精、碘伏、生理盐水未标注开启日期，过期未作更换的情况。

建议：各科室应随时注意棉签、酒精、碘伏、生理盐水是否标注开启日期，过期的是否已作更换。

3、医疗垃圾包装物、容器上无系中文标签，中文标签的内容应当包括：医疗废物产生单位、产生日期、类别及需要特别说明等。

建议：医疗垃圾包装物、容器上应系中文标签，中文标签的内容应当包括：医疗废物产生单位、产生日期、类别及需要特别说明等。

4、盛装的医疗废物超过包装物或者容器的3/4；包装物或者容器的封口不够紧实、严密。

建议：盛装的医疗废物不要超过包装物或者容器的3/4；包装物或者容器的封口应紧实、严密。

5、各科室未能严格执行《抗菌药物临床应用指导原则》，未能做到合理应用，按指征用药。医务科对抗菌药物的合理应用监管不到位。

建议：各科室严格执行《抗菌药物临床应用指导原则》，做到合理应用，按指征用药。医务科应加大对抗菌药物的合理应用监管力度。

6、每月的环境监测未有很好地落实。

建议：每月的环境监测应切实地落实好。

医院管理年度工作总结范文篇5

质控科在院长、分管院长及医疗质量管理委员会的领导下，积极开展医疗质量控制工作。以医疗工作为核心，制定医疗质量管理办法，建立医疗质量监控指标体系和评价方法，组织医疗质量检查、考核，评价医疗指标的完成情况，提出改进措施。具体工作总结如下：

一、制定医疗质量考核办法

为全面落实医疗核心制度，保障医疗质量，我科制定下发了《医疗质量考核办法与实施细则（试行）》，各项医疗质量检查结果与综合目标考核进行挂钩。

二、基础质量的监控

通过院内讲座、岗前培训的形式提高医护人员的质量意识，上年度质控科共进行岗前培训8课时，住持讲座3次，带领医护人员学习卫生部新颁发的诊断标准，规范病历的书写。

三、环节质量的监控

1、定期开展医疗质量检查工作

每个月定期开展门诊处方、运行病历、申请单及报告单检查。全年共检查门诊处方6059张，合格率达96%；全年共检查病历562份，未发现丙级病历；检查缺陷门诊病历155份，合格率97%以上；检查缺陷申请单689份，合格率达96%。

2、开展临床路径管理工作

通过开展单病种临床路径，规范诊疗过程，定期检查临床路径登记情况，并组织人员进行临床路径病历的评审。上年度共开展xx个病种的临床路径管理工作，共有病例xx例。全院平均入组率和完成率均符合要求，但部分病种收治病例较少。

3、开展“抗菌药物整治工作”

与其他职能部门相配合，结合临床路径管理，顺利推进抗菌药物专项整治工作，取得较好成效。

4、检查有关规章制度的落实

不定期检查各科的软件登记本，检查时发现软件本未按要求或规范登记或书写者，按规定扣除科室质控分值。

四、终末质量的监控

配合医务科对全院各项医疗质量指标及归档病历的质量进行监控。

五、定期通报医疗质量检查情况

通过院周会定期公布各项环节质量检查情况，对存在的问题进行通报，对各科室提出合理化建议，不断促进医疗质量的提高。

六、存在的问题

1、临床工作仍是手工管理，效率低，科室诊疗计划常有与表单不符合之处。

2、没有定期召开质控员会议，及时听取科室医疗质量控制意见。

3、电子病历实行时间较短，尚未制定相关检查办法。

医院管理年度工作总结范文篇6

本在医院领导的正确领导和大力支持下，认真贯彻落实卫生部颁布的《医院感染管理办法》、《消毒技术规范》、《医疗卫生机构医疗废物管理办法》等有关医院管理的法律法规，强化环节质量管理及全院医院感染知识培训，严格质量监测及考核，降低了医院感染发病率，保证了医疗安全，器械消毒合格率100%，抗生素使用率60%，有效的控制了院内感染，确保了医疗安全。现全年工作总结如下：

一、健全组织

完善管理为了进一步加强医院感染管理工作，明确职责，落实任务，充实了感染管理委员会及感染监控小组成员，成立了感染质量检查小组，负责每月的感染质量大检查，完善了三级管理体系，将任务细化，落实到人，每周通报一次感染管理工作存在问题，各科感控组长负责整改，逐步落实各项工作，使院感工作得到持续改进。

二、加强质量管理，确保医疗安全

（一）质量控制：每月进行检查，每周随即检查，调查收集、整理、分析有关医院感染情况，对存在问题及时反馈、整理，有效的预防和控制医院感染，

（二）环节质量控制

1、加强重点部门的医院感染管理：手术室、供应室、口腔科、治疗室、换药室等感染管理重点科室，每周不定时检查，制定各重点科室感染质量检查标准，按照标准对手术室重点检查手术后各类器械

清洗，消毒及室内消毒效果监测，工作人员管理，各种物品的消毒等，降低医院感染发生率。对供应室重点督查器械的清洗、干燥、包装、灭菌程序及灭菌器械的合格率，灭菌器的`监测等。各类器械的用后清洗、消毒及个人防护。使各重点部门感染管理制度落实到实处。

2、强化卫生洗手：手部清洁与人的健康密切相关，手上携带的致病菌不仅潜在威胁着医务人员及家人的健康，而且通过各种操作极易传染给病人，为此为医务人员提供洗手设施，大大提高了洗手质量，减少了院内感染。

三、加强医院感染监测及监管，提供安全的医疗环境

1、紫外线强度监测：对新购进紫外线灯管每批次进行抽检，对全院各临床科室、医技科室、门诊等使用中的紫外线灯管强度进行监测，。循环风消毒机。没半年统一换一次灯管，消毒效果均达标。

2、对购入的消毒药械，一次性使用医疗卫生用品进行监督管理，审核产品的相关证件，复印件进行保存。

3、本年5月份感染科开展了住院病人现患率调查，调查前对参加现患率调查的监控人员进行了调查方法、医院感染横断面调查个案登记表的填写，医院感染诊断标准等知识培训。顺利的完成了调查。

4、对医务人员职业暴露进行了监测：严格要求医务人员执行标准预防措施，尽量避免职业暴露，并对职业暴露进行监测登记。

四、沉着积极应对突发事件

加强手足口病的预防和控制，针对我省和我市相继出现的手足口病疫情，控感科每天下病房、门诊进行督导，及时发现消毒、灭菌、

隔离等方面存在的.问题，及时纠正整改，同时加强医疗废物分类和收集处理，严防因管理不善引起的感染暴发，确保了儿童的身体健康和生命安全。

五、实行规范化，流程化管理

编制医院感染控制各种流程，如洗手流程、医疗废物处理流程、职业暴露处理流程、医院感染暴发处理流程、医院突发公共卫生时间处理流程，以及各种诊疗操作流程等，并组织学习，使工作人员工作流程化，便于操作，便于记忆。

六、加强医疗废物的管理

对医疗废物暂存处进行了整修，完善各项规章制度，专人回收，登记。对医务人员及保洁人员进行医疗废物管理知识培训，使工作人员提高了认识，落实了各类人员职责，使医疗废物分类、收集、储存、交接等做到规范化管理。

七、加强宣传和培训，提高医务人员感染意识

1、对保洁人员进行了“医疗废物管理，病房消毒隔离”培训

2、对全院护理人员进行了“医院感染预防和医院重点部门的管理”的培训，并组织考试，均合格。

3、对全院临床医生及辅检人员进行了“医院感染管理现状”及“手卫生”的培训，组织考试均合格。

4、对手术室工作人员人进行了“手术室感染管理”培训。

5、对新上岗人员进行了岗前培训内容“医院感染与感染管理”，考试均合格。对感控医生进行了现患率调查的培训。通过培训提高了医务人员的感控意识和感染知识，把一些新观念、新思想吸引了进来，使医院感染工作规范化。

通过一年的努力工作，使医院感染质量上了一个新台阶，降低了感染发病率，提高了工作人员素质，为医务人员及患者提供了一个安全的工作环境及就医环境，提高了医院的经济效益和社会效益。

本DOCX文档由 www.zciku.com/中词库网 生成，海量范文文档任你选，，为你的工作锦上添花,祝你一臂之力！