

医院感染管理与疾病预防制度

中山大学附属第一医院 I 类切口手术和介入治疗围手术期 预防使用抗菌药物管理规定

附一医〔2011〕17 号

为规范我院 I 类切口手术和介入治疗围手术期预防使用抗菌药物管理,促进合理用药,根据《抗菌药物临床应用指导原则》(卫医发〔2004〕285 号)、《卫生部办公厅关于抗菌药物临床应用管理有关问题的通知》(卫办医政发〔2009〕38 号)和《卫生部办公厅关于做好全国抗菌药物临床应用专项整治活动的通知》(卫办医政发〔2011〕56 号)等有关规定,结合我院实际情况,特制定本规定。

一、严格掌握预防用药适应证

I 类切口手术和介入治疗围手术期原则上不预防使用抗菌药物。尤其是对体表肿物手术、甲状腺、乳腺、血管手术,疝修补术(包括植入补片者),不涉及眼底的眼科手术,无植入物的骨显微外科手术,整形外科、胸外科、泌尿外科、耳鼻咽喉科、口腔科和腔镜下 I 类切口手术等,以及介入造影、治疗(含各种穿刺)不予预防用药(包括口服和注射)。仅在下列情况下,经主刀医生审核后,可考虑预防用药:

- 1、异物植入手术,如人工心瓣膜植入、永久性心脏起搏器放置、人工关节置换等。
- 2、手术涉及重要脏器,一旦发生感染将造成严重后果者,如头颅手术、心脏手术、眼底手术等。
- 3、手术持续时间大于 3 小时,术中出血量大于 1500ml 等重大手术。
- 4、高龄或免疫缺陷者等高危人群。

二、严格掌握预防用药起始时间和持续时间

预防用药起始时间在术前 0.5~2 小时内,或麻醉开始时给药。如手术时间超过 3 小时,或失血量大于 1500 ml,可手术中给予第 2 剂。总的预防用药时间一般不超过 24 小时,超时间使用者须在病程记录上注明理由。

三、严格掌握预防使用抗菌药物的种类选择

预防使用抗菌药物原则上选择第一、二代头孢菌素，要严格控制氟喹诺酮类药物的使用。

由于病情需要，对于应用限制使用和特殊使用抗菌药物者，严格按照《中山大学附属第一医院抗菌药物分级管理制度》执行。

四、对于确需预防使用抗菌药物的患者，在使用前必须由医生填写《I类切口和介入治疗围手术期预防使用抗菌药物登记表》(见附件)，并保存于病历备查。

五、科室主任要高度重视，加强对医务人员的管理，严格按照《中山大学附属第一医院合理使用抗菌药物责任书》的要求，执行本规定。

六、医院将定期检查I类切口手术和介入治疗围手术期预防使用抗菌药物情况，对不合理用药的科室给予通报批评，并与质控指标、晋升、评先等挂钩。

七、本规定由医务处医院感染管理科负责解释。

八、本规定自发文之日起施行。

附件： 中山大学附属第一医院I类切口和介入治疗围手术期预防使用抗菌药物登记表

附件:

**中山大学附属第一医院 I 类切口手术和介入治疗围手术期
预防使用抗菌药物登记表**

姓名		性别		年龄		住院号		科室	
入院日期: 年 月 日				入院诊断:					
手术日期: 年 月 日 麻醉方式: 手术名称: 术者: 预防使用抗菌药物: 用药指征: 药物名称及种类: 给药剂量及次数: 静滴 ☐ 肌注 ☐ 口服 ☐ 给药途径: (以上必须术前填写)									
首次预防使用抗菌药物时间: 时 分 预防使用天数: _____天 持续使用天数: _____天 持续使用理由: 手术时间: 时 分 至 时 分 术中出血量: _____ml 手术间: _____房 出院日期: 年 月 日 出院诊断: 切口愈合等级: 甲 ☐ 乙 ☐ 丙 ☐ 预后: 治愈 ☐ 好转 ☐ 死亡 ☐ 其他 ☐ _____ 医师: 主治 (或以上) 医师: 年 月 日									

中山大学附属第一医院血源传播性疾病 职业暴露预防及应急处置预案

附一医〔2013〕4号

为加强血源传播性疾病职业暴露的预防保护工作,确保血源传播性疾病职业暴露发生后能进行及时有效的处理,保障医务人员的职业安全,降低被感染的风险,根据《中华人民共和国传染病防治法》、《血源性病原体职业接触防护导则》、《医务人员艾滋病病毒职业暴露防护工作指导原则》等文件要求,结合我院实际,制定本预案。

一、组织管理

(一) 成立职业暴露应急处置工作领导小组: 负责职业暴露预防和暴露后处置工作的指挥、组织和协调。

组 长: 谢灿茂

副组长: 陈虹 刘大钺

成 员 (按姓名笔画排):

冉 炜 成守珍 刘 敏 张武军 陈 孝

金玉善 钟庆文 黎湛兴

(二) 各部门职责:

1. 医务处

(1) 医务科: 统筹协调相关科室、人员,对严重职业暴露人员进行救治。

(2) 医院感染管理科/疾病预防科: 对职业暴露事件进行确认评估,指导暴露后预防处理工作,建立职业暴露个人档案,并定期进行汇总分析反馈。

2. 药学部: 提供血源传播性疾病职业暴露后预防药物的供应,定期检查药品有无过期、变质,确保一旦发生事故,暴露者能在最短时间内使用药物。

3. 护理部: 加强护士职业安全防护管理,以及护士发生职业暴露后进行人力调配。

4. 人事处: 确定职业暴露人员待遇问题,必要时进行人力调配。

5. 医学检验部: 负责完成职业暴露者和暴露源的血源性病原体相关检测工作,按要求完成追踪检测,如发现阳性结果应立即通知医院感染管理科/疾病预防科。

6. 保健体检中心: 暴露人员预防用药和检测费用审核。

7. 各临床科室感染管理小组：做好本科工作人员职业安全防护管理工作，指导、协助科室职业暴露人员进行伤口局部处理和报告，确认暴露源情况。

二、血源传播性病原体职业暴露的定义

医护、实验室、后勤人员以及有关工作人员在职业活动过程中，通过眼、口、鼻及其它粘膜、破损皮肤或胃肠外途径（针刺、咬伤、擦伤和割伤等途径穿透皮肤或黏膜屏障），暴露于含病原体的血液或其它潜在传染病物质，而具有被感染可能性的状态。

三、血源传播性病原体职业暴露的预防

(一) 预防血源传播性病原体职业暴露的发生应当遵守普遍预防和标准预防原则。普遍预防的理念是将所有来源于人体血液或体液的物质都视作已感染了血源性病原体而加以防护；标准预防是根据普遍预防原则所采取的一整套预防控制血源性病原体职业暴露的程序和措施，包括手卫生、防护用品的使用以及安全注射等内容。

(二) 标准预防的具体措施：

1. 进行有可能接触病人血液、体液的诊疗护理或其它操作时必须戴手套，操作完毕时，脱去手套后立即洗手，必要时进行手消毒。一旦接触了病人的血液、体液、分泌物、排泄物等物质以及被其污染的物品后应立即洗手和/或手消毒。

2. 在诊疗、护理或其它操作过程中，有可能发生血液、体液飞溅到医务人员的面部时，应当佩戴具有防渗透性能的口罩、防护眼镜；有可能发生血液、体液大面积飞溅或者有可能污染医务人员的身体时，还应当穿戴具有防渗透性能的隔离衣或者围裙。

3. 如手部皮肤发生破损，在进行有可能接触病人血液、体液的诊疗和护理操作时必须戴双层手套。

4. 在进行侵袭性诊疗、护理操作过程中，要保证充足的光线，严格按操作规范进行，并特别注意防止被针头、缝合针或刀片等锐器刺伤或者划伤。

5. 使用后的锐器应当直接放入耐刺、防渗漏的利器盒，或者利用针头处理设备进行处理安全处置，也可以使用具有安全性能的注射器、输液器等医用锐器，以防刺伤。禁止将使用后的一次性针头重新套上针头套。禁止用手直接接触使用后的针头、刀片等锐器。

四、血源传播性病原体职业暴露应急处置

(一) 血源传播性疾病职业暴露紧急局部处理措施

1. 用肥皂和清水冲洗沾污的皮肤，用生理盐水冲洗黏膜。

2. 如有伤口，应轻轻挤压，尽可能挤出损伤处皮肤的血液，再用肥皂水或清水冲洗。

3. 受伤部位的消毒：伤口应用消毒液（如 70%酒精，0.2-0.5%过氧乙酸，0.5%碘伏等）浸泡或涂抹消毒，并包扎伤口。被暴露的黏膜，应用生理盐水或清水冲洗干净。

(二) 血源传播性病原体职业暴露报告和保密原则

发生血液传播性疾病职业暴露后，有关人员应立即报告医院感染管理科/疾病预防科（电话：8095 或 13924077210），并填写《血源传播性疾病职业暴露个案登记表》（详见附件 1）。医院感染管理科/疾病预防科对暴露源和暴露情况进行评估，指导预防性用药，并按规定上报到上级卫生行政部门。得到职业暴露信息的相关人员必须严守秘密，不得泄露暴露者隐私。

(三) 血源传播性疾病职业暴露预防用药及检测、随访方案

1. 乙型肝炎病毒

(1) 暴露者既往接受过免疫接种，HBsAb $> 10\text{mIU/ml}$ 时，或为乙肝病毒携带者，不需预防用药。暴露后当即进行血清乙肝标志物检测，不需随访。

(2) 暴露者既往接受过免疫接种，HBsAb $< 10\text{mIU/ml}$ 时，或既往未接受过免疫接种者，应进行预防性肌肉注射乙型肝炎免疫球蛋白和乙型肝炎疫苗的接种（既往未接种者行全程接种；接种过但 HBsAb $< 10\text{mIU/ml}$ 者行加强接种）。乙型肝炎免疫球蛋白应在暴露后尽早使用，最佳为 48 小时内，最迟不超过一周。暴露后分别在当时及 3 个月、6 个月后进行血清乙肝标志物检测、随访。

2. 丙型肝炎病毒

丙型肝炎病毒感染途径与乙型肝炎一样。没有适用于丙型肝炎的暴露后预防用药，但暴露后应分别在当时及 3 个月、6 个月后进行血清丙肝标志物检测、随访。

3. 梅毒螺旋体

使用长效青霉素 240 万 u，肌肉注射，每周一次，连续 2 周。暴露后分别在当时及 2 个月、6 个月后进行血清学检测和随访。

4. 艾滋病病毒

预防用药方案分为基本用药程序和强化用药程序。

基本用药程序：齐多拉米双夫定（双汰芝），使用常规治疗剂量，连续使用 28 天。

强化用药程序：在基本用药程序的基础上，同时增加茚地那韦（佳息患），使用常规治疗剂量，连续使用 28 天。

暴露后分别在当时及 4 周、8 周、12 周、6 个月、12 个月后进行血清 HIV 抗体检测和随访；不采取暴露后预防用药者，也要按此方案检测 HIV 抗体。

暴露后预防用药的开始时间越早越好，最好在暴露事故发生后 4 小时之内使用，最迟不超过 24 小时；但即使超过 24 小时，也应实施预防用药。育龄妇女在预防用药期间应避免或终止妊娠。

（四）血源传播性病原体职业暴露报告及处置流程（具体流程详见附件 2）

五、本预案由医院感染管理科/疾病预防科负责解释。

六、本预案自发文之日起实施。

附件：

1. 《血源传播性疾病职业暴露个案登记表》
2. 血源传播性病原体职业暴露报告及处置流程

附件 1:

中山一院血源性传播性疾病职业暴露个案登记表

暴露诊断 HIV ☐ 乙肝 ☐ 丙肝 ☐ 梅毒 ☐ 其它 ☐ 登记时间: 年 月 日 时

暴露者基本情况: 病区 姓名 性别 年龄 工龄 职业

预防接种情况: HBSAb() 联系电话

暴露发生时间: 年 月 日 时 暴露发生地点:

暴露经过:

暴露后处理:

暴露方式: 接触暴露 ☐ 针刺或锐器割伤 ☐ 其它方式 ☐

接触暴露: 皮肤(部位及破损程度) 黏膜(部位)

暴露量和时间 暴露物种类

针刺或锐器割伤: 何种器械 空心针 ☐ 实心针 ☐

损伤程度(面积、深度及是否出血)

器械污染情况(污染物及程度)

其它方式: 如何暴露 暴露程度

暴露源基本情况: 患者病区 姓名 性别 年龄 住院号

诊断 病情

暴露源实验室检查: 血液 HIV 初筛实验() 确证实验()

血液乙肝二对半: HBSAg() HBSAb() HbeAg()

HbeAb() HbcAb()

其它:

暴露后紧急局部处理: 何时冲洗 冲洗液及冲洗时间

是否挤出伤处血液: 是 ☐ 否 ☐

是否消毒: 是 ☐ 否 ☐

消毒药物及方法:

院感科处理意见:

预防用药方案

检测、随访方案

其它

专科处理意见：

实际预防用药情况：

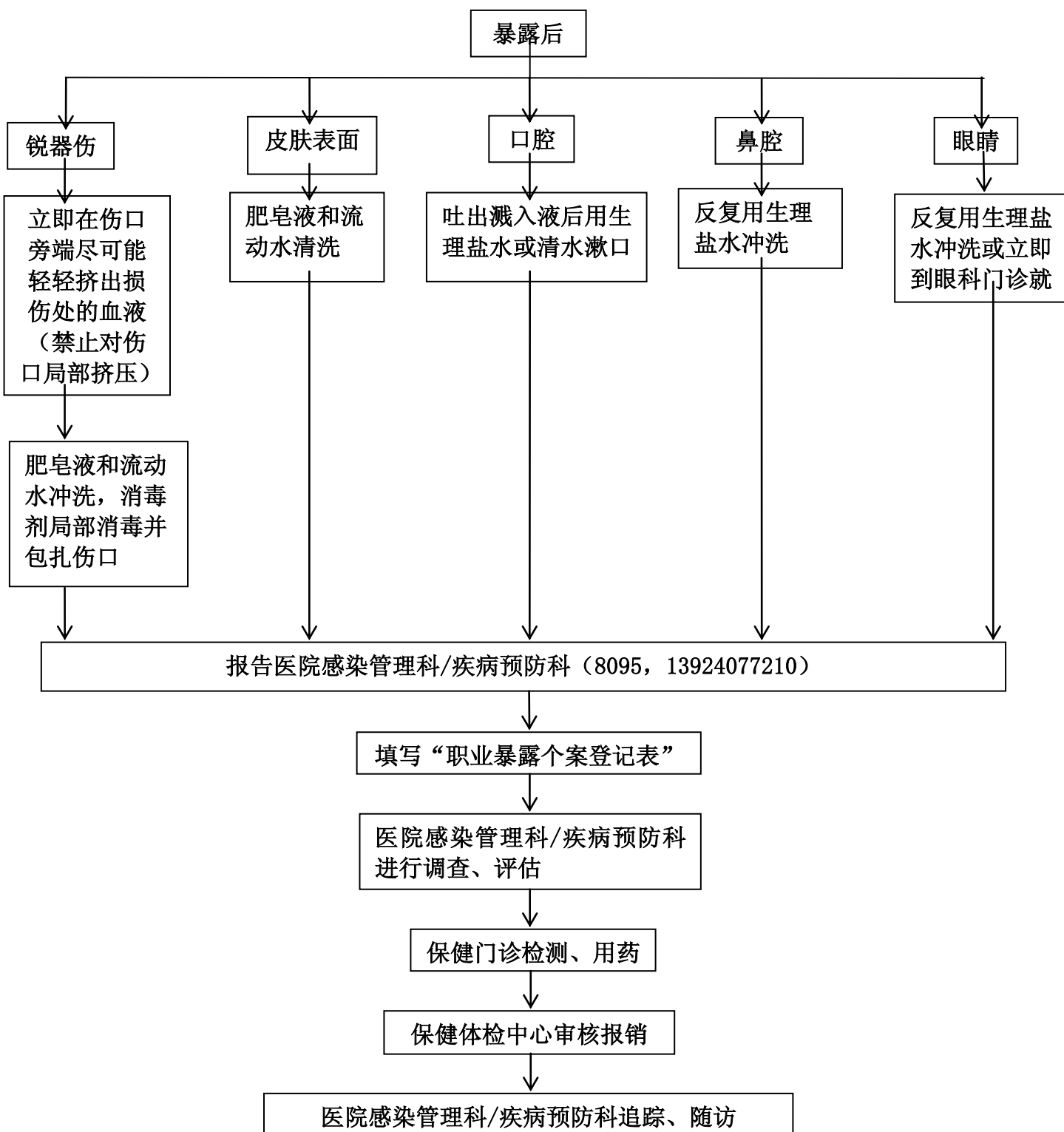
药物种类、使用方法及时间：

药物副作用及处理：

检测、随访结果：

附件 2:

血源传播性病原体职业暴露后处理流程



中山大学附属第一医院

医院感染暴发报告与处置预案

附一医〔2013〕6号

为确保医院感染暴发发生时，能够及时、迅速、高效、有序地处理疫情，最大限度减少医院感染暴发事件对病人健康造成危害，保障病人和医务人员的安全，根据《中华人民共和国传染病防治法》、《医院感染管理办法》、《医院感染暴发报告及处置管理规范》、《突发公共卫生应急条例》等，结合我院实际，制定本预案。

一、组织管理

成立医院感染暴发防治工作领导小组及防治专家技术小组。

(一) 防治工作领导小组：负责全院医院感染暴发防治工作的指挥、组织和协调。

组 长：王深明

副组长：颜楚荣 谢灿茂

成 员（按姓名笔画排）：

成守珍	刘秋生	刘大钺	陈 虹	张武军
林崇健	金玉善	周庆权	姜 毓	钟庆文
黎湛兴				

(二) 防治专家技术小组：负责指导医院感染暴发的流行病学调查、病例诊治、疫情报告和控制等工作。

组 长：谢灿茂

副组长：陈 虹 刘大钺

成 员（按姓名笔画排）：

马育璇	王子莲	王海军	匡 铭	朱杏花
何裕隆	张武军	张晓燕	陈 孝	陈利芬
陈冬梅	李 娟	杨永洁	姜 毓	黄美清
蒋小云	曾进胜	管向东	谭妙莲	

二、部门职责与分工

(一) 医院感染管理委员会（委员会名单详见《关于调整各类委员会和领导小组等名单的通知》（附一办〔2010〕5号））：全面指导医院感染暴发事件的

处置工作。

(二) 医务处:

1. 医务科: 统筹协调相关科室、人员, 组织对病人的治疗和预后处理。
2. 医院感染管理科/疾病预防科: 负责医院感染暴发的疫情信息收集与报告, 进行调查分析, 提出控制措施, 并组织实施。

(三) 护理部: 负责监督指导医务人员严格执行无菌技术操作, 落实消毒、隔离及防护措施, 根据需要进行护士人力调配。

(四) 药学部: 负责医院感染预防及治疗所需的药品、疫苗及消毒用品的储备和及时供应。

(五) 供应科: 提供防护用品并保证物力供应。

(六) 设备科: 负责控制医院感染暴发所需设备的储备与及时供应。

(七) 医学检验部: 短期内在同类标本中多次检出同一种病原体, 或在同一病区的病例中检出 3 例及以上同种病原体, 应及时通知医院感染管理科/疾病预防科; 发生医院感染暴发时, 承担相关环境卫生学检测以及有关的标本采集、病原学检查等工作。

(八) 临床科室: 诊治病人; 及时报告并留取标本送检; 协助调查; 执行控制措施。

三、应急处理

(一) 医院感染暴发的确认

医院感染暴发报告范围, 包括疑似医院感染暴发和医院感染暴发。

1. 疑似医院感染暴发和医院感染暴发的定义

(1) 疑似医院感染暴发: 指在医疗机构或其科室的患者中, 短时间内出现 3 例以上临床症候群相似、怀疑有共同感染源的感染病例; 或者 3 例以上怀疑有共同感染源或感染途径的感染病例现象。

(2) 医院感染暴发: 指在医疗机构或其科室的患者中, 短时间内发生 3 例以上同种同源感染病例的现象。

2. 医院感染暴发的确认

各级医生应保持高度的警惕性, 主管医生发现病区有疑似医院感染暴发的趋势时, 应立即向病区的医院感染管理小组汇报, 并立即报告医院感染管理科/疾病预防科, 医院感染管理科/疾病预防科对怀疑患有同类感染的病例进行确诊, 根据医院感染疑似暴发或医院感染暴发的定义进行确认。

(二) 医院感染暴发的报告

1. 出现疑似医院感染暴发或暴发时，病区主管医生应立即报告医院感染管理科/疾病预防科，医院感染管理科/疾病预防科核实后应立即报告医务处和主管院长，并通报相关部门。

2. 医院发现 5 例以上疑似医院感染暴发或 3 例以上医院感染暴发，医院感染管理科/疾病预防科应当于 12 小时内向卫生行政部门报告，并同时向所在地疾病预防控制机构报告。

3. 医院发生以下情形时，医院感染管理科/疾病预防科应当按照《国家突发公共卫生事件相关信息报告管理工作规范（试行）》的要求，在 2 小时内向卫生行政部门报告，并同时向所在地疾病预防控制机构报告。

(1) 10 例以上的医院感染暴发；

(2) 发生特殊病原体或者新发病原体的医院感染；

(3) 可能造成重大公共影响或者严重后果的医院感染。

4. 确诊为传染病的医院感染，按《传染病防治法》的有关规定进行报告。

5. 医院感染暴发事件报告的内容包括：医院感染暴发发生的时间和地点、感染初步诊断、累计感染人数、感染者目前健康状况、感染者主要临床症候群、疑似或者确认病原体、感染源、感染途径及事件原因分析、相关危险因素主要检测结果、采取的控制措施、事件结果及下一步整改工作情况等。

(三) 医院感染暴发的处置

1. 临床科室发现疑似医院感染暴发或医院感染暴发时，应及时报告并协助调查，采取有效处理措施，控制感染源，切断传播途径，积极实施医疗救治，保障医疗安全。

2. 医院感染暴发防治小组必须及时开展现场流行病学调查、标本采集等工作，制定、落实有效的控制措施，基本步骤为：

(1) 调查感染的临床特征：包括感染的临床表现及发生经过、病原体特征（种类、耐药谱等）。

(2) 调查感染的流行病学特征：包括感染病例的总例数、性别、年龄、首发时间，续发病例发生时间，科室、病区、病房分布，人群分布，可疑感染源、传播途径、易感因素等。

(3) 标本采集和检测：包括临床标本和环境卫生学标本。

(4) 制定和组织落实有效的控制措施：根据调查、分析的结果，针对可能

的感染来源、传播途径、易感因素，制定并组织落实有效的消毒措施，必要时隔离病人、暂停接受新病人。

(5) 调查总结：书写调查报告，分析调查资料，评判控制效果，总结经验教训。

3. 主管院长和医务处接到报告后，应及时组织有关的专家技术小组成员和相关部门开展流行病学调查与控制工作，并从人力、物力和财力等方面予以支持保证。

(四) 医院感染暴发报告与处置流程（具体流程详见附件）

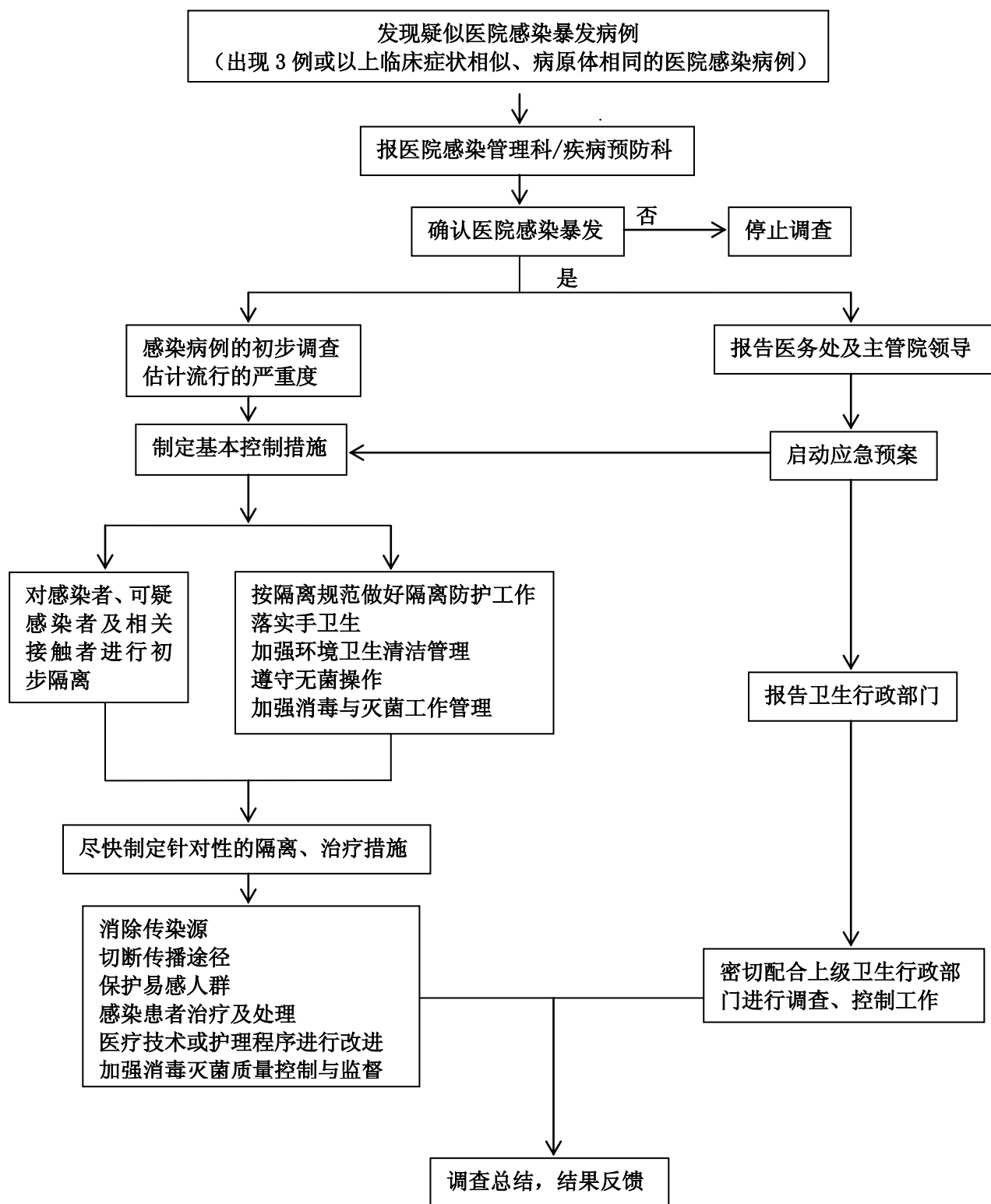
四、本预案由医院感染管理科/疾病预防科负责解释。

五、本预案自发文之日起施行，原《中山一院医院感染暴发或流行应急预案（试行）》（附一医〔2006〕26号）同时废止。各院区可参照执行或根据院区实际参照制定相关预案。

附件：医院感染暴发报告和处置流程

附件：

医院感染暴发报告和处置流程



中山大学附属第一医院

多重耐药菌医院感染管理规定

附一医〔2013〕15号

多重耐药菌(MDRO)是医院感染的重要病原菌,为加强多重耐药菌医院感染的监测和控制,有效预防和控制多重耐药菌在医院内的发生和交叉传播,结合我院实际,制定本规定。

一、多重耐药菌种类

多重耐药菌(MDRO),主要是指对临床使用的三类或三类以上抗菌药物同时呈现耐药的细菌。常见多重耐药菌包括耐甲氧西林金黄色葡萄球菌(MRSA)、耐万古霉素肠球菌(VRE)、多重耐药/泛耐药铜绿假单胞菌(MDR/PDR-PA)、多重耐药/泛耐药鲍曼不动杆菌(MDR/PDR-AB)、产超广谱 β -内酰胺酶(ESBLs)细菌、耐碳青霉烯类抗菌药物肠杆菌科细菌(CRE)等。

二、多重耐药菌的监测

在全院范围内开展多重耐药菌目标性监测,监测对象是全部住院患者,监测目的是为了早发现、早诊断多重耐药菌感染患者和定植患者,加强防控措施,防止多重耐药菌医院感染的流行和暴发。

监测中各部门职责及要求如下:

(一) 临床科室:

1. 及时留取标本送病原学检测、严密监测高危人群

临床科室对接诊的感染患者、疑似感染患者应及时采集相关标本送病原学检测和药物敏感试验,同时要加强对高危人群的监测,尤其是对年老体弱、有严重基础疾病的免疫力低下患者、接受侵入性检查治疗如气管切开患者、住院时间长及近期使用大量广谱、高级别抗菌药物治疗的患者等高危人群,要定期进行主动筛查,以及时发现、早期诊断多重耐药菌感染患者和定植患者。

2. 诊断与报告

(1) 临床科室对送病原学检查标本的结果要及时追踪,接到微生物实验室发放的多重耐药菌阳性检验报告(验单上标记MRSA、VRE、ESBLs、MDR/PDR-PA、MDR/PDR-AB等)后,结合患者临床症状和体征进行诊断,确定是多重耐药菌感染和定植者,由主管医生在科室自设的《多重耐药菌感染或定植病例登记本》上登记。

(2) 确诊是多重耐药菌医院感染病例，必须在 24 小时内由主管医生填写《中山大学附属第一医院医院感染病例登记表》（详见附件）报告医院感染管理科。

(3) 发现有多重耐药菌医院感染流行趋势，即同一病区出现 3 例或 3 例以上相同多重耐药菌感染时，应立即电话报告医院感染管理科。

3. 临床科室应根据药物敏感试验结果合理选用抗菌药物，治疗多重耐药菌感染患者。

4. 临床科室对多重耐药菌感染和定植患者，要严格落实消毒隔离、手卫生等措施，有效预防和控制多重耐药菌传播。

(二) 医学检验部（临床微生物实验室）：

1. 负责对多重耐药菌的检测及抗菌药物敏感性、耐药模式的监测。

2. 检测出多重耐药菌后，应在检验报告单上标记清楚，及时签发报告单，反馈到医院感染管理部门以及相关临床科室。同一病区出现 3 例或 3 例以上同一种多重耐药菌感染时，应立即电话报告医院感染管理科和相关临床科室。

3. 微生物实验室应每季度全院公布一次临床常见分离细菌菌株及其药敏情况，包括全院和重点部门多重耐药菌的检出变化情况和感染趋势等。

(三) 医院感染管理科：

1. 医院感染管理科专职人员应定期查询微生物实验室的病原学检查结果，对多重耐药菌感染和定植病例进行重点追踪，并对病区的诊断和报病情况进行监控，督促消毒隔离等各项措施的落实。

2. 当出现多重耐药菌医院感染暴发时，按照《中山大学附属第一医院医院感染暴发报告流程与处置预案》（附一医〔2013〕6 号）进行处置和报告。

3. 定期组织对多重耐药菌防控等相关知识的培训。

(四) 药学部：

落实多重耐药菌的耐药预警机制，指导临床合理使用抗菌药物。

(五) 信息网络科：

负责医院信息系统维护，支持各部门对多重耐药菌感染相关信息的快捷获得。

三、多重耐药菌感染的预防与控制

(一) 加强医务人员手卫生

严格执行《医务人员手卫生规范》(WS/T313-2009)。医务人员在直接接触患者前后、对患者实施诊疗护理操作前后、接触患者体液或者分泌物后、摘掉手套后、接触患者使用过的物品后以及从患者的污染部位转到清洁部位实施操作时,都应当实施手卫生。手上有明显污染时,应当洗手;无明显污染时,可以使用速干手消毒剂进行手部消毒。特别是在ICU、新生儿病房、血液内科病房、呼吸内科病房、神经内科病房、烧伤外科病房等多重耐药菌医院感染重点部门,应当配备充足的速干手消毒剂,提高医务人员手卫生依从性。

(二) 严格落实隔离措施

各科室应当对所有患者实施标准预防措施,对确定或高度疑似多重耐药菌感染患者或定植患者,应当在标准预防的基础上,实施严格的接触隔离措施,预防多重耐药菌传播。

1. 尽量选择单间隔离,也可以将同类多重耐药菌感染患者或定植患者安置在同一房间。隔离床单位应当有隔离标识。不宜将多重耐药菌感染或者定植患者与气管插管、深静脉留置导管、有开放伤口或者免疫功能抑制患者安置在同一房间。多重耐药菌感染或者定植患者转诊之前应当通知接诊的科室,采取相应隔离措施;没有条件实施单间隔离时,应当进行床旁隔离。

2. 与患者直接接触的相关医疗器械、器具及物品如听诊器、血压计、体温计、输液架等要专人专用,并及时消毒处理。轮椅、担架、床旁心电图机等不能专人专用的医疗器械、器具及物品要在每次使用后擦拭消毒。

3. 医务人员对患者实施诊疗护理操作时,应当将高度疑似或确诊多重耐药菌感染患者或定植患者安排在最后进行。接触多重耐药菌感染患者或定植患者的伤口、溃烂面、粘膜、血液、体液、引流液、分泌物、排泄物时,应当戴手套,必要时使用隔离衣。完成诊疗护理操作后,必须及时脱去手套和隔离衣,并进行手卫生。

4. 探视者进入隔离室前必须通知值班护士,出入隔离室应遵守隔离病室的出入制度和消毒隔离制度。

5. 微生物实验室对多重耐药标本的运送、处理和鉴定等程序要严格按照实验室操作规程进行。

(三) 加强多重耐药菌感染患者或定植患者诊疗环境的清洁、消毒措施

使用专用的抹布等物品进行清洁和消毒。对医务人员和患者频繁接触的物体表面(如心电监护仪、微量输液泵、呼吸机等医疗器械的面板或旋钮表面、

听诊器、计算机键盘和鼠标、电话机、患者床栏杆和床头桌、门把手、水龙头开关等), 采用适宜的消毒剂进行擦拭、消毒; 被患者血液、体液污染时应当立即消毒。出现多重耐药菌感染暴发或者疑似暴发时, 应当增加清洁、消毒频次。

在多重耐药菌感染患者或定植患者诊疗过程中产生的医疗废物, 应当按照医疗废物有关规定进行处置和管理。隔离病房的污染物品应就地打包后, 送出隔离室。

(四) 切实遵守无菌技术操作规程。

医务人员应当严格遵守无菌技术操作规程, 特别是在实施各种侵入性操作时, 应当严格执行无菌技术操作和标准操作规程, 避免污染, 有效预防多重耐药菌感染。

四、合理使用抗菌药物

(一) 临床科室尽可能在使用抗菌药物前留取临床标本, 做病原学检查和药敏实验; 根据药敏结果合理选择抗菌药物。

(二) 认真落实抗菌药物临床合理使用的有关规定, 严格执行抗菌药物临床使用的基本原则, 切实落实抗菌药物的分级管理, 正确、合理地实施个体化抗菌药物给药方案。

(三) 严格执行围术期预防性使用抗菌药物的相关规定, 避免因抗菌药物使用不当导致细菌耐药的发生。

(四) 严格掌握联合使用抗菌药物指征和局部用药指征。

(五) 药学部要建立和完善临床抗菌药物处方审核制度, 定期向临床医师提供最新的抗菌药物敏感性总结报告和趋势分析, 正确指导临床合理使用抗菌药物, 提高抗菌药物处方水平。

五、本规定由医院感染管理科/疾病预防科负责解释。

六、本规定自发文之日起施行, 各院区可参照执行或根据院区实际参照制定相关规定。

附件: 中山大学附属第一医院医院感染病例登记表

附件:

中山大学附属第一医院医院感染病例登记表

填报日期: ____年____月____日

填表人: _____

科室 / 病区: _____	床号: _____	姓名: _____	性别: 男 女	年龄: _____	住院号: _____
入院日期: ____年____月____日		入院诊断: _____			
出院日期: ____年____月____日		出院诊断: _____			
住院天数: _____天		疾病转归: 治愈 好转 未愈 死亡 其它_____			
医院感染与死亡的关系: 1、直接 2、间接 3、无关					

医院感染发生日期: ____年____月____日		感染诊断: _____	
侵入操作相关感染: 呼吸机相关肺炎 泌尿道插管相关泌尿道感染 血管导管相关血流感染			
医院感染症状体征: _____			
感染部位: 上呼吸道 下呼吸道 胃肠道 泌尿道 手术部位 (浅表 深部 器官 / 腔隙)			
血液 皮肤与软组织 腹 (盆) 内组织 其它_____			
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 免疫抑制剂			
肾上腺皮质激素 放疗 化疗 引流管 糖尿病 营养不良 其它_____			
手术情况: 手术日期 ____年____月____日 急诊手术: 是 否 手术名称: _____			
切口类型: _____ 手术风险分级: NNIS-0 NNIS-1 NNIS-2 NNIS-3			
植入物: 是 否 手术医生: _____ 麻醉类型: 气管插管全麻 其它_____			

医院感染病原学检查: 是 否		送检日期: ____年____月____日	
标本名称: 血液 痰液 尿液 大便 腹腔积液 胸腔积液 伤口分泌物 其它_____			
病原体名称: 1、_____ 2、_____ 3、_____			
多重耐药菌 否 是 多重耐药菌名称: MRSA VRE ESBLs PDR-AB PDR-PA 其它_____			
药敏试验: 否 是			

病原体名称	敏感抗菌药物种类	耐药抗菌药物种类

抗菌药物使用名称: _____	按药敏结果用药: 是 否	联合用药: 是 否
-----------------	--------------	-----------

注: 此表由主管医生在确诊医院感染 24 小时内填写报告医院感染管理科 (电话 8095), 表格中可选项目选中后直接在上面“打勾”, 感染与手术无关者可不填写手术情况

中山大学附属第一医院传染病疫情管理规定

附一医〔2010〕14号

为进一步加强传染病疫情管理，规范传染病信息报告工作，提高传染病信息报告质量，根据《中华人民共和国传染病防治法》、《传染病信息报告管理规范》（卫办疾控发〔2006〕92号）、《传染病监测信息网络直报工作与技术指南》（2005年试行版）、《全国法定传染病漏报调查方案》、《广州市传染病防治规定》及《广州市医疗机构疾病预防控制工作指引》（穗卫疾〔2009〕35号）有关要求，结合我院实际，制定本规定。

一、传染病疫情报告

（一）成立传染病疫情报告管理领导小组

组 长：医疗副院长

副组长：医务处处长、护理部主任

成 员：疾病预防科科长、医务科科长、门诊办公室主任、信息网络科科长、内科主任、外科主任、妇产科主任、儿科主任、急诊科主任、皮肤科主任、医学影像部主任、医学检验部主任、病理科主任

下设办公室：疾病预防科

（二）各部门职责

1、临床科室及医务人员：履行传染病疫情登记、报告职责，对临床接诊中发现的传染病如实诊断和及时报告；接受传染病防治法律法规、疫情报告知识、防制技术培训。

2、疾病预防科：负责制定并组织实施传染病疫情信息报告制度；组织医务人员参加传染病法律法规、防制技术、疫情报告知识培训；指导责任报告科室开展疫情报告工作；对临床科室报告的传染病信息进行审核，开展疫情报告质量控制；开展传染病网络直报。

3、信息网络科：负责为医院传染病报告信息化系统建设和维护提供技术支持，根据传染病疫情信息报告需求及时对系统程序进行更新；为传染病信息网络直报提供必备的网络条件。

4、医技科室：与传染病辅助诊断有关科室，包括医学检验部、医学影像科、超声影像科、病理科、实验室（皮肤科、儿科等）等部门，负责将传染病辅助检查呈阳性的结果信息及时反馈至送检科室及传染病疫情管理科室；协助

疫情管理员开展传染病疫情报告自查。

(三) 传染病报告病种

1、国家法定报告传染病病种（39 种）

(1) 甲类传染病（2 种）：鼠疫、霍乱

(2) 乙类传染病（26 种）：传染性非典型肺炎、艾滋病、病毒性肝炎、脊髓灰质炎、人感染高致病性禽流感、甲型 H1N1 流感、麻疹、流行性出血热、狂犬病、流行性乙型脑炎、登革热、炭疽、细菌性和阿米巴性痢疾、肺结核、伤寒和副伤寒、流行性脑脊髓膜炎、百日咳、白喉、新生儿破伤风、猩红热、布鲁氏菌病、淋病、梅毒、钩端螺旋体病、血吸虫病、疟疾

(3) 丙类传染病（11 种）：流行性感冒、流行性腮腺炎、风疹、急性出血性结膜炎、麻风病、流行性和地方性斑疹伤寒、黑热病、包虫病、丝虫病、手足口病，除霍乱、细菌性和阿米巴性痢疾、伤寒和副伤寒以外的其它感染性腹泻病

2、《广州市传染病防治规定》要求参照丙类传染病进行管理的传染病病种（3 种）：水痘、肝吸虫病、恙虫病

3、不明原因肺炎病例、克-雅氏病（CJD）、急性弛缓性麻痹病例（AFP）和不明原因死亡病例等重点监测疾病

4、其他传染病

(1) 卫生部决定列入乙类、丙类传染病管理的其他传染病

(2) 省、市级人民政府决定按照乙类、丙类管理的其他地方性传染病和其他暴发、流行或原因不明的传染病

(3) 结核性胸膜炎（参照“肺结核”进行管理）

(4) 性病：生殖道沙眼衣原体感染、尖锐湿疣、生殖器疱疹

(四) 报告时限

1、甲类传染病和乙类传染病中的肺炭疽、传染性非典型肺炎、脊髓灰质炎、人感染高致病性禽流感，不明原因肺炎，或发现其他传染病和不明原因疾病暴发时，应于诊断后 2 小时内通过网络报告。

2、其他乙、丙类传染病，广州市参照丙类管理传染病（水痘、肝吸虫病、恙虫病），结核性胸膜炎，性病（生殖道沙眼衣原体感染、尖锐湿疣、生殖器疱疹），或发现重点监测疾病（CJD），应于诊断后 24 小时内通过网络报告。

3、发现急性弛缓性麻痹病例（AFP）应于诊断后 12 小时内通过网络报告。

(五) 报告程序、方式

1、主诊医生接诊时发现传染病(包括传染病病人、疑似病人、病原携带者),应如实并使用规范的传染病诊断名称进行诊断。不允许为规避传染病报告而有意不诊断、更改实际诊断名称,使用模糊名称(如“肝炎”、“肠炎”等)进行诊断,或以“症状”替代诊断等情形。

主诊医生应在规定时限通过医生工作站“传染病/性病疫情报告管理信息系统”(简称“电子报告系统”)进行疫情报告,即“电子报告”方式。

(1) 临床医生通过“电子报告系统”成功完成传染病/性病电子报告后(即点击【保存并上报】按钮后,系统会提示“报告卡保存成功”),不需要再进行报告卡打印和登记。

(2) 如电子报告过程出现无法保存报告卡的情况(即点击【保存并上报】按钮后,系统发出“报告卡保存失败...”等错误提示信息),应立即将情况电话反馈给信息网络科及疾病预防科,请求协助解决。同时,为避免传染病出现迟报、漏报,临床医生应填写纸质传染病/性病报告卡,并在《传染病报告登记簿》上进行登记,由科室将报告卡和《传染病报告登记簿》一并在规定的报告时限内送疾病预防科签收。疾病预防科收到纸质报告卡后,应及时将报告卡信息补登入“电子报告系统”。

2、发现以下传染病时,主诊医生在电子报卡同时应电话通知疾病预防科值班人员。包括:鼠疫、霍乱、传染性非典型肺炎、肺炭疽、脊髓灰质炎、人感染高致病性禽流感、登革热、流行性脑脊髓膜炎、流行性乙型脑炎、不明原因肺炎、麻疹、疟疾、狂犬病。

3、同一患者如同时患有多种传染病或性病,主诊医生应填报多张电子传染病/性病报告卡。

(六) 填卡要求

传染病报告卡中要求填报的信息包括主卡信息、附属卡信息。报告卡中带*号的项目均为必填项目,临床医生在填写电子传染病报告卡时应详细核对各项目是否详细、完整、准确,项目间是否有逻辑错误,应避免误报或错报传染病、不得有缺、漏项,不得使用无效符号或信息替代真实信息。

1、主卡信息

(1) 家长姓名: 14 岁或 14 岁以下患儿必须填写患者家长姓名

(2) 现住地址：应详细填写到“村民组或门牌号”，如患者拒绝提供详细地址，主诊医生应在报告卡上给予注明。

(3) 工作单位：填写患者发病时所在工作单位的名称；如患者职业为托幼儿童、学生或教师时，应在此栏填写患者所在托幼机构（学校）及班级名称。

(4) 联系电话：填写可与患者保持联系的电话号码，以便追踪、核实和随访。

(5) 职业

① 若病人职业同时符合卡中一种以上职业时，选择原则是：Ⅰ、选择主要职业；Ⅱ、选择与该病发生和传播关系较密切的职业。如食品厂工人、熟食店售货员都应填写餐饮食品业，而不填工人或商业服务。

② 为配合儿童保健管理工作，新生儿破伤风病例的职业按以下方式选择：Ⅰ、出生场所为医院时（住院分娩）选择“其它”；Ⅱ、出生在其他场所时（住院分娩之外其它方式分娩）选择“散居儿童”。

(6) 病例分类与分型

① 乙型肝炎、血吸虫病例须分为“急性”和“慢性”填写

② 炭疽、病毒性肝炎、梅毒、疟疾、肺结核分型报告；

Ⅰ 炭疽分为肺炭疽、皮肤炭疽和未分型三类；

Ⅱ 病毒性肝炎分为甲型、乙型、丙型、戊型和未分型五类；

Ⅲ 梅毒分为一期、二期、三期、胎传、隐性五类；

Ⅳ 疟疾分为间日疟、恶性疟和未分型三类；

Ⅴ 肺结核分为涂阳、仅培阳、菌阴和未痰检四类；

(7) 发病日期：填写病人本次就诊，疾病开始出现症状的日期。不明确时，填写本次就诊日期。病原携带者填写初次检出日期或就诊日期。

(8) 附属卡信息：当报告疾病名称选择艾滋病、性病、手足口病、甲型 H1N1 流感、AFP、CJD 以及某些传染病时，电子报告卡会在主卡基础上自动添加附属卡（在界面上显示为一张包含主卡和附属卡的传染病报告卡）并要求填写。附属卡主要包含患者流行病学信息、辅助检查结果及病情分类等信息，是主卡内容必要的补充信息，临床医生在填报时应认真询问患者并如实填写附卡信息。

(七) 报告卡修改、订正、作废、补报

1、报告卡修改，是指当原报告卡填报内容错误需要更正、报告卡填写不合格，应由原报卡医生对原电子报告卡进行修改（操作步骤：进入“电子报告系

统”→查询需修改报告卡→点击【修改报卡】并修改报卡信息→点击【保存并上报】）。

注：“修改”操作仅适用于对“新报告且未经审核合格”或“经审核为不合格”状态的报告卡，如经审核合格的报告卡需修改应使用“订正”操作。

2、报告卡订正：已报告病例诊断变更、因所报传染病而死亡、疑似病例经排除或确诊、或审核合格状态报告卡如内容填写错误需要更正，应由原报卡医生进行电子订正报告（操作步骤：进入“电子报告系统”→查询需订正报告卡→点击【订正报卡】并订正报卡信息→点击【保存并上报】）。疾病预防科接到电子订正报告后，应及时进行网络订正报告。

注：订正操作仅适用于“审核合格”状态的报告卡。

3、报告卡作废：如出现非传染病误报为传染病等情形，临床医生需对原错误报告卡进行作废（操作步骤：进入“电子报告系统”→查询需作废报告卡→点击【作废报卡】→填写作废原因）。

4、报告卡补报：责任报告科室对本科室漏报的传染病病例，应及时完成补报。

(八) 报告卡审核及网络直报

1、疾病预防科疫情管理员/网络直报员每日通过医院“电子报告系统”终端，对各科室上报的报告卡进行审核。

(1) 对不规范填写（错项、漏项、逻辑错误，或信息不完整、不准确等）的报告卡，将视为不合格报告卡（显示为红色“不合格”状态），并经“电子报告系统”进行退卡处理。退卡信息将通过科室医生工作站进行信息反馈，并在电子传染病报告卡“退卡原因”栏进行标注。必要时疾病预防科疫情管理员/网络直报员向报卡医生进行电话反馈及核实。

(2) 报告科室接到不合格报告卡的反馈后，报卡医生应及时对不合格报告卡进行修改。

(3) 发现重点管理传染病时应对报告信息进一步核实：

① 甲类传染病和按甲类管理的乙类传染病病人、疑似病人和病原携带者，卫生部规定按甲类传染病管理的其他乙类传染病和突发原因不明的传染病

② 不明原因肺炎病例、不明原因死亡病例

③ 血吸虫、流脑、乙脑、登革热、疟疾、狂犬病

2、网络直报

(1) 疾病预防科疫情管理员/网络直报员应将审核合格的报告卡及时、准确、完整地通过《国家疾病监测信息报告管理系统》进行网络直报，并每日将已上报的传染病卡片数据导出后以电子文档形式保存。

(2) 由于直报系统或网络故障等原因不能进行网络直报，网络直报员应进行登记，必要时电话报告越秀区疾病预防控制中心。

(3) 疫情管理员/网络直报员定期开展报告卡查重。

(九) 节假日传染病疫情报告

节假日期间，主诊医生发现传染病除应进行电子报告，同时还需电话报告疾病预防科疫情值班人员。疫情值班人员认真核实报告卡内容后及时进行网络直报。

(十) 乙型病毒性肝炎、艾滋病/HIV、肺结核/结核胸膜炎报告标准

1、乙型病毒性肝炎（以下简称“乙肝”）

(1) 乙肝表面抗原(+)患者：

转氨酶升高，必须报病；

转氨酶正常：如为病原携带者（既往无肝炎病史），不需报告；如为慢性乙肝病例（既往有肝炎病史），必须报告。

(2) 主诊医生作出“乙肝”（急性或慢性）诊断的病例，必须报病。

(3) 乙肝肝硬化（活动/静止期）均需报病

(4) 慢性乙肝复诊病例：如本年度多次在本院就诊，仅需报告一次，可不必重复报告；但跨年度乙肝复诊病例，则应在上年度报告的基础上，本年度需再次报卡。

2、艾滋病/HIV

(1) 初次报告：我院“HIV 抗体初筛试验”呈阳性结果的病例（报告结果为“HIV 抗体待复查”），主诊医生应按“疑似病例”进行艾滋病/HIV 报告。

(2) 订正报告：主诊医生应根据广州市疾病预防控制中心 HIV 抗体确认结果，对初次报卡进行订正操作：

① 确认结果阳性（+）：原报卡病例分类由“疑似病例”订正为“实验室诊断病例”。

② 确认结果阴性（-）：原报卡疾病名称由“艾滋病/HIV”订正为“其它疾病”。

③ 确认结果不确定（需 3 个月后进行复查）：原报卡疾病名称由“艾滋病/HIV”订正为“其它疾病”。

3、肺结核/结核性胸膜炎

- (1) 疑似、临床诊断或确诊的肺结核或结核性胸膜炎病例应进行报告。
- (2) 胸部影像学检查符合活动性肺结核病变征象者应进行报告。
- (3) 肺部或胸膜病变标本病理学诊断为结核病变者应按确诊病例报告。
- (4) 符合静止期或陈旧性肺结核诊断的病例不需报病（诊断时应标注为“静止期或陈旧性”），如不能明确则应进行报告。
- (5) 纤维增殖型肺结核应报告（排除“陈旧性”或“静止期”）。
- (6) 胸内淋巴结结核（I 型肺结核）应报告。
- (7) 结核性胸腔积液/胸膜炎，按“结核性胸膜炎”报告。
- (8) 如患者同时患有肺结核及结核性胸膜炎，应分别进行报告。

4、急性弛缓性麻痹（AFP）病例

所有 15 岁以下出现急性弛缓性麻痹症状的病例和任何年龄临床诊断为脊灰的病例均作为 AFP 病例。

常见的 AFP 病例包括以下疾病：

- (1) 脊髓灰质炎；
- (2) 格林巴利综合征（感染性多发性神经根神经炎，GBS）；
- (3) 横贯性脊髓炎、脊髓炎、脑脊髓炎、急性神经根脊髓炎；
- (4) 多神经病（药物性多神经病，有毒物质引起的多神经病、原因不明性多神经病）；
- (5) 神经根炎；
- (6) 外伤性神经炎（包括臀肌药物注射后引发的神经炎）；
- (7) 单神经炎；
- (8) 神经丛炎；
- (9) 周期性麻痹（包括低钾性麻痹、高钾性麻痹、正常钾性麻痹）；
- (10) 肌病（包括全身型重症肌无力、中毒性、原因不明性肌病）；
- (11) 急性多发性肌炎；
- (12) 肉毒中毒；
- (13) 四肢瘫、截瘫和单瘫（原因不明）；
- (14) 短暂性肢体麻痹。

（十一）疫情报告要求

- 1、外院已诊断的传染病，只要该患者为我院首诊病例都应该报告。
- 2、肺结核或性病等需转专科治疗，转科/院前应报卡。

（十二）疫情报告帐户使用、保密及疫情信息保密制度

1、主诊医生应使用本人专用帐户（工号）登陆医生工作站进行电子传染病报告，严格做好帐户、登陆密码保密工作，并定期更换登陆密码以确保帐户使用安全。疾病预防科网络直报员在开展网络直报时也应做好直报帐户及密码的保密工作，定期更换登陆密码以确保帐户使用安全。

2、各科室及每位医务人员应严格做好传染病患者隐私保密工作，任何人不得泄露传染病患者或其家属个人隐私。

（十三）疫情报告电话

1、疾病预防科

工 作 日：8095（分机）或 87333773

非工作日：13924077210（值班电话）

2、越秀区疾病预防控制中心

工 作 日：83801724

非工作日：83815654

二、传染病辅助检查阳性结果信息反馈

（一）医技科室（包括医学检验部、放射影像科、病理科、超声科等部门）在检出法定报告的传染病阳性结果后，应及时将检查结果信息反馈至送检科室及疾病预防科。

（二）送检科室接到反馈的传染病阳性结果信息后，应结合临床信息及流行病学史尽早做出诊断，符合传染病诊断、报告要求的应按规定的时限、方式和程序进行报告。

三、门诊日志、出入院登记、实验室登记

（一）与传染病诊、治或检验有关的科室（实验室）应当设立门诊日志、出入院或实验室登记簿，并按规定项目进行登记。

登记项目包括：

1、门诊日志：包括姓名、性别、年龄、职业、住址、病名（诊断）、发病日期、就诊日期、诊断时间、初诊或复诊等基本项目。

2、住院登记：包括姓名、性别、年龄、职业、住址、入院日期、入院诊断、出院日期、出院诊断等基本项目。

3、实验室登记：包括送检科室、送检日期、病人姓名、性别、年龄、送检样品、化验项目、化验结果、检验人员、报告日期和交接记录等基本项目。

(二) 疾病预防科设立传染病报告登记簿，对全院上报的传染病病例进行统一登记。

四、传染病疫情自查和奖惩制度

(一) 疾病预防科对全院传染病疫情登记、报告以及传染病预防控制落实情况进行监督管理，定期开展自查：

1、自查内容：迟报、漏报、报告卡填写质量、疫情登记、传染病预防控制措施落实等情况。

2、自查频次：每月1次+不定期。

3、自查范围：门诊就诊病例（查阅门诊日志）、住院病例（住院病例）、医技科室（实验室、放射影像、超声影像、病理科等）辅助检查结果等。

4、经查实为要求报告而未报告的传染病（包括疑似、确诊病例或病原携带者）视为漏报病例；未按法定时限报告（即“报告时间-诊断时间>法定报告时限”）的传染病视为迟报病例；报告卡填写不完整、不准确的视为报告卡填写不合格；系统反馈的“实验室/影像学/病理阳性”病例，应在接到反馈后24小时内报告，未在24小时内报告的实验室反馈传染病视为迟报病例。

(二) 对经查实属于迟报、漏报、谎报、瞒报传染病疫情，报告卡填写质量不合格，没有按规定进行疫情登记，以及没有按规定对传染病采取预防控制措施的科室：

1、疾病预防科及时将疫情信息报告质量自查结果反馈至相关科室。

2、按医院有关规定给予扣科室质控分。

3、院例会进行通报。

4、对违反有关规定而造成传染病传播、流行或者其他严重后果的，依法对有关责任人给予处分，构成犯罪的，依法追究刑事责任。

五、疫情控制

(一) 发现甲类传染病和乙类传染病中的肺炭疽、传染性非典型肺炎、脊髓灰质炎、人感染高致病性禽流感病人、疑似病人或病原携带者时，应立即对其采取隔离治疗措施，隔离期根据医学检查结果确定。拒绝隔离治疗或者隔离期未

满擅自脱离隔离治疗的，主诊医生应及时向科室主任进行汇报，同时报告医务科（周末或节假日时间报告医院行政总值班人员）、疾病预防科，情况紧急时可以直接报告公安机关协助采取强制隔离治疗措施。

（二）发现乙类或者丙类传染病病人、疑似病人，应当根据病情采取必要的治疗和控制传播措施。

（三）为防止医院感染的发生，传染病病人初步处理后应尽早转传染病院进行隔离治疗。重大传染病病人转院应与医务科（周末或节假日时间报告医院行政总值班人员）联系，并由本院专车护送，不得让病人自行离院；不能转院的危重病人，应进行隔离治疗。

（四）接诊传染病的科室被传染病病原体污染的场所、物品以及医疗废物，必须按有关规定进行消毒和无害化处置。

（五）有关科室应积极配合疾病预防控制机构专业人员进行传染病疫情调查、采样与处理。

六、传染病防制知识培训

（一）疾病预防科负责每年对新上岗人员、进修生、研究生等进行传染病防制相关法律法规、疫情报告、预防控制技术 etc 知识岗前培训，经考核合格方可上岗。

（二）定期或不定期组织医务人员参加院内、外传染病（包括鼠疫、霍乱、流感/人禽流感/甲型 H1N1 流感、传染病非典型肺炎、不明原因肺炎、登革热、流脑等重点传染病及新发传染病）防制技术、疫情报告知识培训。

在职人员参加传染病知识的继续教育课程、学术交流活动和院外培训，回科室应组织学习并做好学习记录。

七、本规定由疾病预防科负责解释

八、本规定自发文之日起施行，2007 年 11 月 7 日发布的《中山大学附属第一医院传染病疫情管理规定》（附一办〔2007〕117 号）同时废止。

中山大学附属第一医院突发公共卫生事件 相关信息报告管理工作规范

附一医〔2013〕3号

为进一步加强医院对突发公共卫生事件相关信息报告的管理工作，保障我院报告系统规范、有效运行，根据《国家突发公共卫生事件相关信息报告管理工作规范（试行）》文件精神，结合我院实际，制定本规范。

一、各部门职责

(一) 各科室及医护人员为责任报告科室及责任报告人，负责报告发现的突发公共卫生事件相关信息。

(二) 医院感染管理科/疾病预防科负责对上报的突发公共卫生事件相关信息进行核实，并按属地管理的原则及时报告当地疾病预防控制中心或当地食品药品监督管理局。

(三) 医院感染管理科/疾病预防科负责对突发公共卫生事件相关信息的报告进行指导、培训。

(四) 各科室应配合疾病预防控制机构或卫生监督所开展流行病学调查和标本采集工作。

二、报告范围与标准

突发公共卫生事件相关信息报告范围，包括可能构成或已发生的突发公共卫生事件相关信息：

(一) 传染病

1. 鼠疫：发现1例及以上鼠疫病例。
2. 霍乱：发现1例及以上霍乱病例。
3. 传染性非典型肺炎：发现1例及以上传染性非典型肺炎病例病人或疑似病人。
4. 人感染高致病性禽流感：发现1例及以上人感染高致病性禽流感病例。
5. 炭疽：发生1例及以上肺炭疽病例；或1周内，同一学校、幼儿园、自然村寨、社区、建筑工地等集体单位发生3例及以上皮肤炭疽或肠炭疽病例；或1例及以上职业性炭疽病例。
6. 甲肝/戊肝：1周内，同一学校、幼儿园、自然村寨、社区、建筑工地

等集体单位发生 5 例及以上甲肝/戊肝病例。

7. 伤寒（副伤寒）：1 周内，同一学校、幼儿园、自然村寨、社区、建筑工地等集体单位发生 5 例及以上伤寒（副伤寒）病例，或出现 2 例及以上死亡。

8. 细菌性和阿米巴性痢疾：3 天内，同一学校、幼儿园、自然村寨、社区、建筑工地等集体单位发生 10 例及以上细菌性和阿米巴性痢疾病例，或出现 2 例及以上死亡。

9. 麻疹：1 周内，同一学校、幼儿园、自然村寨、社区、建筑工地等集体单位发生 10 例及以上麻疹病例。

10. 风疹：1 周内，同一学校、幼儿园、自然村寨、社区等集体单位发生 10 例及以上风疹病例。

11. 流行性脑脊髓膜炎：3 天内，同一学校、幼儿园、自然村寨、社区、建筑工地等集体单位发生 3 例及以上流脑病例，或出现 2 例及以上死亡。

12. 登革热：1 周内，一个县（市、区）发生 5 例及以上登革热病例，或首次发现病例。

13. 流行性出血热：1 周内，同一自然村寨、社区、建筑工地、学校等集体单位发生 5 例（高发地区 10 例）及以上流行性出血热病例，或出现 1 例及以上死亡。

14. 钩端螺旋体病：1 周内，同一自然村寨、建筑工地等集体单位发生 5 例及以上钩端螺旋体病病例，或出现 1 例及以上死亡。

15. 流行性乙型脑炎：1 周内，同一乡镇、街道等发生 5 例及以上乙脑病例，或出现 1 例及以上死亡。

16. 疟疾：以行政村为单位，1 个月内，发现 5 例（高发地区 10 例）及以上当地感染的病例；或在近 3 年内无当地感染病例报告的乡镇，以行政村为单位，1 个月内发现 5 例及以上当地感染的病例；在恶性疟流行地区，以乡（镇）为单位，1 个月内发现 2 例及以上恶性疟死亡病例；在非恶性疟流行地区，出现输入性恶性疟继发感染病例。

17. 血吸虫病：在未控制地区，以行政村为单位，2 周内发生 10 例及以上急性血吸虫病病例，或在同一感染地点 1 周内连续发生 5 例及以上急性血吸虫病病例；在传播控制地区，以行政村为单位，2 周内发生 5 例及以上急性血吸虫病病例，或在同一感染地点 1 周内连续发生 3 例及以上急性血吸虫病病例；在传播阻断地区或非流行区，发现当地感染的病人、病牛或感染性钉螺。

18. 流感：1 周内，在同一学校、幼儿园或其他集体单位发生 30 例及以上流感样病例，或 5 例及以上因流感样症状住院病例，或发生 1 例及以上流感样病例死亡。

19. 流行性腮腺炎：1 周内，同一学校、幼儿园等集体单位中发生 10 例及以上流行性腮腺炎病例。

20. 感染性腹泻（除霍乱、痢疾、伤寒和副伤寒以外）：1 周内，同一学校、幼儿园、自然村寨、社区、建筑工地等集体单位中发生 20 例及以上感染性腹泻病例，或出现 1 例及以上死亡。

21. 猩红热：1 周内，同一学校、幼儿园等集体单位中，发生 10 例及以上猩红热病例。

22. 水痘：1 周内，同一学校、幼儿园等集体单位中，发生 10 例及以上水痘病例。

23. 输血性乙肝、丙肝、HIV：医疗机构、采供血机构发生 3 例及以上输血性乙肝、丙肝病例或疑似病例或 HIV 感染。

24. 新发或再发传染病：发现本县（区）从未发生过的传染病或发生本县近 5 年从未报告的或国家宣布已消灭的传染病。

25. 不明原因肺炎：发现不明原因肺炎病例。

(二) 食物中毒：

1. 一次食物中毒人数 30 人及以上或死亡 1 人及以上。

2. 学校、幼儿园、建筑工地等集体单位发生食物中毒，一次中毒人数 5 人及以上或死亡 1 人及以上。

3. 地区性或全国性重要活动期间发生食物中毒，一次中毒人数 5 人及以上或死亡 1 人及以上。

(三) 职业中毒：发生急性职业中毒 10 人及以上或者死亡 1 人及以上。

(四) 其他中毒：出现食物中毒、职业中毒以外的急性中毒病例 3 例及以上。

(五) 环境因素事件：发生环境因素改变所致的急性病例 3 例及以上。

(六) 意外辐射照射事件：出现意外辐射照射人员 1 例及以上。

(七) 传染病菌、毒种丢失：发生鼠疫、炭疽、非典、艾滋病、霍乱、脊灰等菌毒种丢失事件。

(八) 预防接种和预防服药群体性不良反应：

1. 群体性预防接种反应：一个预防接种单位一次预防接种活动中出现群

体性疑似异常反应，或发生死亡。

2. 群体预防性服药反应：一个预防服药点一次预防服药活动中出现不良反应（或心因性反应）10 例及以上，或出现 1 例及以上死亡。

(九) 医源性感染事件：医源性、实验室和医院感染暴发。

(十) 群体性不明原因疾病：2 周内，一个医疗机构或同一自然村寨、社区、建筑工地、学校等集体单位发生有相同临床症状的不明原因疾病 3 例及以上。

(十一) 各级人民政府卫生行政部门认定的其它突发公共卫生事件。

三、报告方式、时限和程序

(一) 获得突发公共卫生事件相关信息的医务人员，应当向所在科室的负责人报告，并在 2 小时内电话报告医院感染管理科/疾病预防科，同时按要求填写《突发公共卫生事件相关信息报告卡》（报告卡可到医院感染管理科/疾病预防科领取或复印有效，具体内容详见附件），报送医院感染管理科/疾病预防科。

(二) 医院感染管理科/疾病预防科接到突发公共卫生事件相关信息报告后应对事件信息进行核实，并及时向医院领导汇报。对符合突发公共卫生事件报告标准的，医院感染管理科/疾病预防科应以电话或传真等方式报告越秀区疾病预防控制中心（传染病、环境因素事件、意外辐射照射事件、传染病菌/毒种丢失、预防接种和预防性服药群体性不良反应、医源性感染事件、职业中毒及除食物中毒外的其他急性中毒事件、食物中毒事件、群体性不明原因疾病类突发公共卫生事件信息）或越秀区食品药品监督管理局（食物中毒事件信息），并做好事件登记。

四、本规定中相关用语的含义

(一) 流感样病例：发热（体温 $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ），伴咳嗽或咽痛之一。

(二) 不明原因肺炎病例：发热肺炎查因病例中经本院重大传染病诊治专家组会诊，尚不能作出明确诊断的病例。

(三) 发热肺炎查因病例：同时具备以下 4 条，不能明确诊断为其它疾病的肺炎病例：

1. 发热（腋下体温 $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ）；
2. 具有肺炎的影像学特征；
3. 发病早期白细胞总数降低或正常，或淋巴细胞分类计数减少；
4. 经抗菌药物治疗 3-5 天，病情无明显改善或呈进行性加重。

五、报告电话

(一) 中山大学附属第一医院医院感染管理科/疾病预防科

1. 87333773（兼传真）或 8095（分机）

2. 值班手机（24 小时）：13924077210

(二) 越秀区疾病预防控制中心

1. 传染病、传染病菌（毒）种丢失、群体性不明原因疾病类突发公共卫生事件：83801724

2. 职业中毒以及除食物中毒外的其他急性中毒事件：83832857

3. 预防接种和预防性服药群体性不良反应事件：83833792

4. 意外辐射照射事件：83832857

5. 食物中毒事件：83833496

6. 24 小时值班电话：83815654

(三) 越秀区食品药品监督管理局

食物中毒事件：83825706 或 13332830042

（注：食物中毒事件需同时向越秀区疾病预防控制中心及越秀区食品药品监督管理局报告）

六、本规范由医务处医院感染管理科/疾病预防科负责解释。

七、本规范自发文之日起实施，原《中山大学附属第一医院突发公共卫生事件相关信息报告工作规范》（附一医〔2006〕24 号）同时废止。各院区可参照制定相关规范或参照执行。

附件：《突发公共卫生事件相关信息报告卡》

附件:

突发公共卫生事件相关信息报告卡

☐初步报告 ☐进程报告 (次) ☐结案报告

填报单位 (盖章): _____ 填报日期: _____ 年 ____ 月 ____ 日

报告人: _____ 联系电话: _____

事件名称: _____

信息类别: 1、传染病; 2、食物中毒; 3、职业中毒; 4、其它中毒事件; 5、环境卫生; 6、免疫接种

7、群体性不明原因疾病; 8、医疗机构内感染; 9、放射性卫生; 10、其它公共卫生

突发事件等级: 1、特别重大; 2、重大; 3、较大; 4、一般; 5、未分级; 6、非突发事件

初步诊断: _____ 初步诊断时间: _____ 年 ____ 月 ____ 日

订正诊断: _____ 订正诊断时间: _____ 年 ____ 月 ____ 日

确认分级时间: _____ 年 ____ 月 ____ 日 订正分级时间: _____ 年 ____ 月 ____ 日

报告地区: _____ 省 _____ 市 _____ 县 (区)

发生地区: _____ 省 _____ 市 _____ 县 (区) _____ 乡 (镇)

详细地点: _____

事件发生场所: 1、学校; 2、医疗卫生机构; 3、家庭; 4、宾馆饭店写字楼; 5、餐饮服务单位; 6、交通运输工具; 7、菜场、商场或超市; 8、车站、码头或机场; 9、党政机关办公场所; 10、企事业单位办公场所; 11、大型厂矿企业生产场所; 12、中小型厂矿企业生产场所 13、城市住宅小区; 14、城市其它公共场所; 15、农村村庄; 16、农村农田野外; 17、其它重要公共场所; 18、如是医疗卫生机构, 则: (1) 类别: ①公办医疗机构; ②疾病预防控制中心; ③采供血机构; ④检验检疫机构; ⑤其它及私立机构; (2) 感染部门: ①病房; ②手术室; ③门诊; ④化验室; ⑤药房; ⑥办公室; ⑦治疗室; ⑧特殊检查室; ⑨其他场所; 19、如是学校, 则类别: (1)托幼机构; (2) 小学; (3) 中学; (4) 大、中专院校; (5) 综合类学校; (6) 其它

事件信息来源: 1、属地医疗机构; 2、外地医疗机构; 3、报纸; 4、电视; 5、特服号电话 95120; 6、互联网; 7、市民电话报告; 8、上门直接报告; 9、本系统自动预警产生; 10、广播; 11、填报单位人员目睹; 12、其它

事件信息来源详细: _____

事件波及的地域范围: _____

新报告病例数: _____ 新报告死亡数: _____ 排除病例数: _____

累计报告病例数: _____ 累计报告死亡数: _____

事件发生时间: _____ 年 ____ 月 ____ 日 ____ 时 ____ 分

接到报告时间: _____ 年 ____ 月 ____ 日 ____ 时 ____ 分

首例病人发病时间: _____ 年 ____ 月 ____ 日 ____ 时 ____ 分

末例病人发病时间: _____ 年 ____ 月 ____ 日 ____ 时 ____ 分

主要症状: 1、呼吸道症状; 2、胃肠道症状; 3、神经系统症状; 4、皮肤粘膜症状; 5、精神症状; 6、其它 (对症状的详细描述可在附表中详填)

主要体征: (对体征的详细描述可在附表中详填)

主要措施与效果: (见附表中的选项)

附表: 传染病、食物中毒、职业中毒、农药中毒、其他化学中毒、环境卫生事件、群体性不明原因疾病、免疫接种事件、医疗机构内感染、放射卫生事件、其他公共卫生事件相关信息表

注: 请在相应选项处划“○”

《突发公共卫生事件相关信息报告卡》填卡说明

填报单位（盖章）：填写本报告卡的单位全称

填报日期：填写本报告卡的日期

报告人：填写事件报告人的姓名，如事件由某单位上报，则填写单位

联系电话：事件报告人的联系电话

事件名称：本起事件的名称，一般不宜超过 30 字，名称一般应包含事件的基本特征，如发生地，事件类型及级别等

信息类别：在作出明确的事件类型前画“○”

突发事件等级：填写事件的级别，未经过分级的填写“未分级”，非突发事件仅适用于结案报告时填写

确认分级时间：本次报告级别的确认时间

初步诊断及时间：事件的初步诊断及时间

订正诊断及时间：事件的订正诊断及时间

报告地区：至少填写到县区，一般指报告单位所在的县区

发生地区：须详细填写到乡镇（街道），如发生地区已超出一个乡镇范围，则填写事件的源发地或最早发生的乡镇（街道），也可直接填写发生场所所在的地区

详细地点：事件发生场所所处的详细地点，越精确越好。

事件发生场所：在作出明确的事件类型前画“○”

如是医疗机构，其类别：选择相应类别，并选择事件发生的部门。

如是学校，其类别：选择学校类别，如发生学校既有中学，又有小学，则为综合类学校，余类似

事件信息来源：填写报告单位接收到事件信息的途径

事件信息来源详细：填写报告单位接收到事件信息的详细来源，机构需填写机构详细名称，报纸注明报纸名称，刊号、日期、版面；电视注明哪个电视台，几月几日几时哪个节目；互联网注明哪个 URL 地址；市民报告需注明来电号码等个人详细联系方式；广播需注明哪个电台、几时几分哪个节目

事件波及的地域范围：指传染源可能污染的范围

新报告病例数：上次报告后到本次报告前新增的病例数

新报告死亡数：上次报告后到本次报告前新增的死亡数

排除病例数：上次报告后到本次报告前排除的病例数

累计报告病例数：从事件发生始到本次报告前的总病例数

累计报告死亡数：从事件发生始到本次报告前的总死亡数

事件发生时间：指此起事件可能的发生时间或第一例病例发病的时间

接到报告时间：指网络报告人接到此起事件的时间

首例病人发病时间：此起事件中第一例病人的发病时间

末例病人发病时间：此起事件中到本次报告前最后一例病例的发病时间

主要症状体征：填写症状的分类

主要措施与效果：选择采取的措施与效果

附表：填写相关类别的扩展信息

附表1 传染病相关信息表

填报单位（盖章）：_____	填报日期：_____ 年__月__日
事件名称：_____	
传染病类别： 1、甲类传染病； 2、乙类传染病； 3、丙类传染病； 4、其它	
初步诊断：	
1、甲类：（1）鼠疫；（2）霍乱。	
2、乙类：（1）传染性非典型肺炎；（2）艾滋病；（3）病毒性肝炎（ ☐ 甲型、 ☐ 乙型、 ☐ 丙型、 ☐ 戊型、未分型）；（4）脊髓灰质炎；（5）人感染高致病性禽流感；（6）麻疹；（7）流行性出血热；（8）狂犬病；（9）流行性乙型脑炎；（10）登革热；（11）炭疽（ ☐ 肺炭疽、 ☐ 皮肤炭疽、 ☐ 未分型）；（12）痢疾（ ☐ 细菌性、 ☐ 阿米巴性）；（13）肺结核（ ☐ 涂阳、 ☐ 仅培阳、 ☐ 菌阴、 ☐ 未痰检）；（14）伤寒（ ☐ 伤寒、 ☐ 副伤寒）；（15）流行性脑脊髓膜炎；（16）百日咳；（17）白喉；（18）新生儿破伤风；（19）猩红热；（20）布鲁氏菌病；（21）淋病；（22）梅毒（ ☐ I期、 ☐ II期、 ☐ III期、 ☐ 胎传、 ☐ 隐性）；（23）钩端螺旋体病；（24）血吸虫病；（25）疟疾（ ☐ 间日疟、 ☐ 恶性疟、 ☐ 未分型）。	
3、丙类：（1）流行性感冒；（2）流行性腮腺炎；（3）风疹；（4）急性出血性结膜炎；（5）麻风病；（6）流行性和地方性斑疹伤寒；（7）黑热病；（8）包虫病；（9）丝虫病；（10）除霍乱、细菌性和阿米巴性痢疾、伤寒和副伤寒以外的感染性腹泻病。	
4、其它：_____	
致病因素：	
1、细菌性：（1）沙门氏菌；（2）变形杆菌；（3）致泻性大肠埃希氏菌；（4）副溶血性弧菌；（5）肉毒梭菌；（6）葡萄球菌肠毒素；（7）蜡样芽胞杆菌；（8）链球菌；（9）椰毒假单胞菌酵米面亚种菌；（10）伤寒杆菌；（11）布鲁氏菌；（12）志贺氏菌属；（13）李斯特氏菌；（14）空肠弯曲杆菌；（15）产气荚膜梭菌；（16）霍乱弧菌；（17）肠球菌；（18）气单胞菌；（19）小肠结肠炎耶尔森氏菌；（20）类志贺邻单胞菌；（21）炭疽杆菌；（22）其他致病细菌	
2、病毒性：（1）甲型肝炎病毒；（2）乙型肝炎病毒；（3）丙型肝炎病毒；（4）戊型肝炎病毒等；（5）SARS病毒；（7）其他病毒	
3、依原体支原体：（1）肺炎依原体；（2）其他依原体支原体	
4、霉菌性：（1）真菌毒素；（2）其他霉菌。	
5、其他新发或不明原因：（1）SARS；（2）禽流感病毒；（3）其他	
事件发生原因：	
1、饮用水污染； 2、食物污染； 3、院内感染； 4、医源性传播； 5、生活接触传播； 6、媒介动植物传播； 7、原发性； 8、输入性； 9、不明； 10、其它	
病人处理过程：	
1、对症治疗； 2、就地观察； 3、就地治疗； 4、公安机关协助强制执行； 5、免费救治； 6、医学观察； 7、转送定点医院； 8、隔离观察； 9、特异性治疗； 10、明确诊断； 11、采样检验； 12、就地隔离； 13、其他	
事件控制措施：	
1、隔离传染病病人； 2、区域实行疫情零报； 3、开展流行病学调查； 4、筹资免费救治 5、多部门协作，群防群治； 6、落实各项公共卫生措施； 7、政府成立专项工作组织； 8、区域实行疫情日报； 9、国家卫生部已公布该事件信息； 10、启动本县区级应急预案； 11、预防性服药； 12、启动本省级应急预案； 13、启动全国应急预案； 14、专家评估； 15、上级督察和指导； 16、针对新病种出台新方案； 17、调拨贮备急需物资药品； 18、宣传教育； 19、消毒； 20、疫苗接种； 21、疫点封锁； 22、医疗救护； 23、现场救援； 24、群体卫生防护； 25、其他	
注：请在相应选项处划“○”。	

附表2 食物中毒事件相关信息表

填报单位（盖章）：_____	填报日期：_____ 年__月__日
事件名称：_____	
食物中毒类别：1、动物性 2、植物性 3、其它 4、不明	
初步诊断：1、伤寒；2、霍乱；3、菌痢；4、甲肝；5、腹泻；6、中毒；7、皮肤病；8、神经系统疾病；9、其他疾病；10、环境生物效应；11、其他	
致病因素：	
1、生物性：（1）肉毒梭菌；（2）椰毒假单胞菌酵；（3）志贺氏菌属；（4）霍乱弧菌；（5）类志贺邻单胞菌；（6）牛绦虫、猪绦虫；（7）变形杆菌；（8）葡萄球菌肠毒素；（9）米面亚种菌；（10）李斯特氏菌；（11）肠球菌；（12）炭疽杆菌；（13）溶组织阿米巴；（14）致泻性大肠埃希氏菌；（15）蜡样芽胞杆菌；（16）真菌毒素；（17）空肠弯曲杆菌；（18）气单胞菌；（19）甲型、戊型肝炎病毒；（20）布鲁氏菌；（21）副溶血性弧菌；（22）链球菌；（23）伤寒杆菌；（24）产气荚膜梭菌；（25）小肠结肠炎耶尔森氏菌；（26）旋毛线虫；（27）沙门氏菌；（28）其他细菌微生物	
2、农药及化学性：（1）有机磷类；（2）除草剂类；（3）杀鼠剂类；（4）杀虫剂类；（5）氨基甲酸酯类；（6）菊酯类；（7）其他农药及化学物	
3、有毒动植物：（1）菜豆；（2）白果；（3）高组胺鱼类河豚鱼；（4）发芽马铃薯；（5）含氰甙类植物；（6）鱼胆；（7）毒蘑菇；（8）大麻油；（9）有毒贝类；（10）曼陀罗；（11）桐油；（12）动物甲状腺；（13）毒麦；（14）他有毒动植物	
4、其他	
事件发生原因：1、食物污染或变质；2、原料污染或变质；3、加热温度不够；4、生熟交叉污染；5、熟食储存（温度/时间）不当；6、误服有毒品；7、加工人员污染；8、用具容器污染；9、投毒；10、不明；11、其他。	
引发中毒食物：1、果蔬类；2、腌肉制品；3、豆及豆制品类；4、鲜活肉制品；5、腌菜制品；6、其他	
责任单位：1、食品加工厂；2、批发零售单位；3、饮食服务单位；4、集体食堂；5、食品摊贩；6、家庭；7、其他	
病人处理过程：1、催吐导泄；2、明确诊断；3、对症治疗；4、抗生素治疗；5、使用解药药物；6、抢救病人；7、采样检验；8、中毒情况调查；9、特异性治疗；10、其他。	
事件控制措施：1、封存可疑食品；2、抢救中毒病人；3、宣传教育；4、检验可疑食品；5、追查事件原因；6、加强食品卫生安全管理；7、其他。	
注：请在相应选项处划“○”。	

附表3 职业中毒事件相关信息表

填报单位（盖章）：_____	填报日期：_____ 年__月__日
事件名称：_____	
现场初步急救措施：1、有； 2、无	
职业病报告：1、有 2、无	
引发中毒事件毒物名称：_____	
责任单位：_____	
致病因素：1、偏二甲基肼；2、有机锡；3、羰基镍；4、苯；5、甲苯；6、二甲苯；7、正己烷；8、汽油；9、一甲胺；10、有机氟聚合物单体及其热裂解物；11、二氯乙烷；12、氮氧化合物；13、四氯化碳；14、氯乙烯；15、三氯乙烯；16、氯丙烯；17、氯丁二烯；18、苯的氨基及硝基化合物（不包括三硝基甲苯）；19、三硝基甲苯；20、甲醇；21、酚；22、五氯酚（钠）；23、一氧化碳；24、甲醛；25、硫酸二甲酯；26、丙烯酰胺；27、二甲基甲酰胺；28、有机磷农药；29、氨基甲酸酯类农药；30、杀虫脒；31、溴甲烷；32、拟除虫菊酯类农药；33、职业性中毒性肝病；34、二硫化碳；35、铅及其化合物（不包括四乙基铅）；36、汞及其化合物；37、锰及其化合物；38、镉及其化合物；39、铍病；40、铊及其化合物；41、钡及其化合物；42、钒及其化合物；43、磷及其化合物；44、硫化氢；45、砷及其化合物；46、砷化氢；47、氯气；48、二氧化硫；49、光气；50、氨；51、磷化氢/磷化锌/磷化铝；52、工业性氟病；53、氰及腈类化合物；54、四乙基铅；55、其他	
事件发生原因：1、无“三同时”；2、无卫生防护设备或效果不好；3、设备跑、冒、滴、漏；4、无个人防护用品或使用不当；5、无或违反安全操作规程；6、违章指挥、违章操作；7、无职业卫生教育和危害告知；8、产品包装或作业岗位无警示标志；9、首次使用，未报送毒性鉴定资料和注册登记；10、其他	
病人处理过程：1、对症治疗；2、特异性治疗；3、医学观察；5、明确诊断；6、采样检验；7、其他	
事件控制措施 1、停业整顿；2、追查责任；3、宣传教育；4、更新设备；5、改善生产环境；6、严格制度；7、其他	
注：请在相应选项处划“○”。	

附表4 农药中毒事件相关信息表

填报单位（盖章）：_____	填报日期：_____ 年__月__日
事件名称：_____	
中毒类型：1、生产型； 2、非生产型	
引发事件农药：1、敌敌畏；2、呋喃丹；3、灭多威；4、其他氨基甲酸酯；5、杀虫脒；6、杀虫双；7、有机氯类；8、其他杀虫剂；9、杀菌剂；10、毒鼠强；11、氟乙酰胺等；12、甲胺磷；13、抗凝血；14、其他杀鼠剂；15、百草枯；16、其他除草剂；17、混合制剂；18、1605（含甲基 1605）；19、.氧化乐果（含乐果）；20、敌百虫；21、水胺硫磷；22、其他有机磷；23、溴氰菊酯；24、其他菊酯类；25、其他农药	
致病因素：1、同引发事件农药；2、其他	
事件发生原因：1、生产性； 2、误服（用）； 3、自杀； 4、投毒； 5、其它	
病人处理过程：1、排毒治疗；2、对症治疗；3、特异性治疗；4、急症抢救；5、明确诊断；6、采样检验；7、其他处理	
事件控制措施：1、宣传教育；2、加强管理；3、限制生产销售；4、研究解药；5、救援防护；6、维护现场人员安全；7、急救处理病人；8、其他	

注：请在相应选项处划“○”。

附表5 其他化学中毒事件相关信息表

填报单位（盖章）：_____ 填报日期：_____ 年___月___日

事件名称：_____

致病因素：_____

事件发生原因：_____

中毒类型：1、生产型； 2、非生产型

病人处理过程：_____

注：请在相应选项处划“○”。

附表6 环境卫生事件相关信息表

填报单位（盖章）：_____	填报日期：_____ 年__月__日
事件名称：_____	
环境卫生事件类别：1、空气污染 2、水污染 3、土壤污染	
致病因素：	
1、空气：（1）氯；（2）氨；（3）一氧化碳；（4）硫化物	
2、水污染：（1）生活污水；（2）医院污水；（3）农药	
3、土壤	
4、其他	
事件发生原因：	
1、室内装修；2、违章操作；3、设备故障；	
4、其他生物性污染：（1）污水排放；（2）设备故障；（3）下水堵塞；（4）无消毒措施	
5、其他室内污染：（1）煤气中毒；（2）室内养殖	
6、其他工业污染：（1）工业三废	
7、其他原因	
引发事件污染物：1、氯；2、氨；3、煤气；4、硫化物；5、生活污水；6、医院污水；7、农药；8、其他	
被污染环境：1、大气；2、室内空气；3、自来水管网；4、二次供水；5、自来水源；6、分散供水源；	
7、土壤；8、河流；9、其他	
责任单位：_____	
病人处理过程：1、集中收治；2、特异性治疗；3、对症治疗；4、其他处理；5、明确诊断；6、采样检验；7、其他	
事件控制措施：1、发布新的规章制度；2、现场防护措施；3、严格操作程序；4、综合治理污染源；5、宣传教育；6、恢复被污染环境；7、救助受害人员；8、毒物鉴定分析；9、样本采集分析；10、其他	
注：请在相应选项处划“○”。	

附表 7 群体性不明原因疾病相关信息表

填报单位（盖章）：_____	填报日期：_____ 年__月__日
事件名称：_____	
引发事件可疑污染物：	
事件发生原因：	
危害因素：	
病人处理过程：	
事件控制措施：	

注：请在相应选项处划“○”。

附表8 免疫接种事件相关信息表

填报单位（盖章）：_____	填报日期：_____ 年__月__日
事件名称：_____	
致病因素：1、麻疹疫苗；2 百白破混合制剂；3、乙肝疫苗；4、脊髓灰质炎糖丸；5、狂犬疫苗；6、流行性感 冒疫苗；7、风疹疫苗；8、水痘疫苗；9、流行性出血热疫苗；10、流行性腮腺炎疫苗；11、甲肝疫苗；12、 伤寒疫苗；13、A 群流脑多糖菌苗；14、白破二联类毒素；15、乙型脑炎疫苗；16、卡介苗；17、轮状病毒疫苗；18、碘油胶丸；19、其他	
事件发生原因：1、心因性反应； 2、不良反应； 3、异常反应； 4、偶合反应； 5、不规范接种； 6、其它	
病人处理过程：1、对症治疗； 2、特异性治疗； 3、安慰剂治疗； 4、居家休息； 5、医学观察； 6、心理治疗； 7、明确诊断； 8、采样检验； 9、其它	
事件控制措施：1、宣传教育 2、暂停接种 3、规范制度 4、停课放假 5、其它	
接种时间：_____年_____月_____日_____时_____分	

注：请在相应选项处划“○”。

附表 9 医院内感染事件相关信息表

[illegible]

注：请在相应选项处划“○”。

附表 10 放射性卫生事件相关信息表

填报单位（盖章）：_____	填报日期：_____ 年__月__日
事件名称：_____	
核和辐射事件类别：1、放射性同位素 2、射线装置 3、核设施	
辐射源名称：_____	
辐射源活度（Bq）：_____	
集体剂量当量：（Gy）：	
最大受照剂量：（Gy）：	
直接经济损失：（万元）：	
责任单位：1、使用单位；2、保管单位；3、其他	
事件发生原因：1、丢失；2、泄漏；3、被盗；4、流散；5、其他	
病人处理过程：1、住院观察；2、对症治疗；3、特异性治疗；4、明确诊断；5、采样检验；6、其他处理	
事件控制措施：1、控制放射源；2、公共安全警报；3、疏散人员；4、其他	

注：请在相应选项处划“○”。

附表 11 其它公共卫生事件相关信息表

填报单位（盖章）：_____	填报日期：_____ 年__月__日
事件名称：_____	
引发事件可疑污染物：	
事件发生原因：	
危害因素：	
病人处理过程：	
事件控制措施：	
报告单位领导签字：_____	
注：请在相应选项处划“○”。	

中山大学附属第一医院病原微生物 实验室生物安全事件应急预案

附一医〔2013〕5号

为加强病原微生物实验室生物安全管理，提高处置病原微生物实验室生物安全事件的能力，最大限度地预防和减少实验室生物安全事件及其危害，保障医务人员和公众健康，根据《中华人民共和国传染病防治法》、《病原微生物实验室生物安全管理条例》、《人间传染的病原微生物名录》、《广东省卫生厅关于一、二级病原微生物实验室生物安全的管理规定》、《广州市突发公共卫生事件应急预案》、《广州地区卫生系统病原微生物实验室生物安全事件应急预案》及其他有关法律法规和文件精神，结合我院实际，制定本预案。

一、定义

本预案中病原微生物实验室生物安全事件是指病原微生物感染性材料在病原微生物实验室操作、运送、储存等活动中，因工作人员违反操作规程（非蓄意破坏）或因自然灾害、意外事故等造成人员感染或暴露，和（或）造成感染性材料向病原微生物实验室外扩散的事件。

二、组织管理

成立病原微生物实验室生物安全事件应急处理领导小组和应急技术指导小组。

（一）应急处理领导小组：负责病原微生物实验室生物安全监管，防止病原微生物实验室生物安全事件发生；组织应急准备工作，对病原微生物实验室生物安全事件进行统一组织、协调和指挥等。

组 长：王深明

副组长：颜楚荣 谢灿茂

成 员（按姓名笔画排）：

刘大钺 刘少喻 刘 敏 张武军 陈 孝

陈 虹 周列民 周庆权 钟庆文 詹中兴

谭妙莲 黎湛兴

（二）应急技术指导小组：指导病原微生物实验室生物安全事件的信息报告、现场消毒隔离和个人防护措施、医疗救治等工作，配合卫生行政部门、疾病预

防控制机构及公安部门等相关部门开展事件的调查和处置。

组 长：谢灿茂

副组长：陈 虹 刘大钺 刘 敏

成 员（按姓名笔画排）：

冉 炜 孙艳虹 杨永洁 张武军 陈渡波

钟庆文 姜 毓 徐鸿绪 黄美清 崔颖鹏

谭妙莲 黎湛兴

三、部门职责与分工

各有关部门应按照本预案的分工和要求，并在病原微生物实验室生物安全事件应急处理领导小组的统一指挥下，各司其职，密切协作，共同应对病原微生物实验室生物安全事件。

（一）医学检验部及各实验室：建立健全并落实本实验室生物安全管理制度、操作规范和生物危害评估，做好日常质控和生物安全设备的维护，配备必要的防护用品；确保所从事的实验活动应与本实验室生物安全防护级别相适应；指定专人负责实验室生物安全管理工作，加强实验室生物安全防护执行力度，预防控实验室感染；对实验室工作人员开展生物安全知识培训；发现病原微生物实验室生物安全事件应迅速采取措施控制事件蔓延，并立即向有关部门报告；对发生病原微生物泄漏现场及污染物进行清洁消毒等。

（二）医务处：组织实施医疗救治及预防控制等卫生应急工作。

1. 医务科：组织对感染人员进行医疗救治。

2. 医院感染管理科/疾病预防科：加强对病原微生物实验室生物安全防护的监督管理；指导生物安全事件的信息报告，主动核实生物安全事件性质并向领导小组报告，并按规定向卫生行政部门及疾病预防控制机构报告；指导污染现场及污染物的消毒、隔离和医务人员个人防护，防止病原微生物进一步扩散和人员感染；组织医务人员参加实验室生物安全防护及与病原微生物有关的传染病防治知识培训和演练；协助上级卫生部门做好事件调查和控制工作。

（三）保卫科：做好病原微生物实验室日常安全保卫工作；组织人员对事件现场进行封锁和隔离，控制人员出入；按规定向公安部门报告。

（四）后勤处：负责统一协调应急物资以及设备的储备、调拨和紧急供应；协助做好污染场所和污染物的清洁、消毒及废弃物处置工作。

1. 供应科：负责应急所需的必备物资储备和及时供应，包括口罩、防护

衣和防护服等防护用品。

2. 爱卫会：负责协助做好污染场所和污染物的清洁、消毒及废弃物处置工作。

(五) 设备科：负责做好应急所需消毒设备的储备和及时供应，包括消毒用喷雾器等。

(六) 药学部：负责应急所需的药品、疫苗及消毒用品的储备和及时供应。

(七) 保健体检中心：负责对暴露人员和密切接触者进行医学观察、预防用药或紧急预防接种。

四、保障措施

(一) 应急技术队伍

由医院感染管理科/疾病预防科、医学检验部及各相关实验室等组成应急技术队伍，接受生物安全培训，熟悉病原微生物实验室生物安全事件报告程序和处置方法。

(二) 应急物资和装备

按照部门职责与分工，做好病原微生物实验室生物安全事件应急物资和装备的储备与及时到位，包括个人防护用品、消毒设备、消毒剂、药品和疫苗等。

(三) 应急演练与培训

按照部门职责与分工，定期组织实验室工作人员等相关工作人员进行病原微生物实验室生物安全相关知识与技能专题培训和应急演练，内容包括：病原微生物实验室生物安全相关法规、应急程序和工作要求、生物安全防护知识和安全保障措施等，使相关医务人员熟练掌握应急处置技术，提高应急处置能力。

(四) 资金保障

按照部门职责与分工，做好病原微生物实验室生物安全事件应急保障的经费预算，用于人才培养、应急物资配备与更新、培训与演练、应急医疗救治等，以确保卫生应急所需资金到位。

五、事件分类与应急处置

病原微生物实验室生物安全事件发生后，有关实验室及人员应立即采取措施防止污染扩散和人员感染，在第一时间按信息报告要求开展事件报告，并在应急处理领导小组的统一指挥下安全、科学、有序地开展应急处置，同时积极协助公安部门、卫生行政部门和疾病预防控制机构做好污染控制和医疗救治等工作。

(一) 事件分类

根据病原微生物实验室生物安全事件的性质、危害程度和涉及范围，将病原微生物实验室生物安全事件分为重大生物安全事件、一般生物安全事件和生物恐怖事件。

1. 重大病原微生物实验室生物安全事件，是指病原微生物实验室工作人员疑似或确诊感染第一类、第二类病原微生物；第一类、第二类病原微生物菌（毒）种样本丢失或泄漏，并有可能进一步扩散，造成人员感染。

2. 一般病原微生物实验室生物安全事件，是指病原微生物实验室工作人员疑似或确诊感染第三类病原微生物，并造成传播，有可能进一步扩散；第三类病原微生物菌（毒）种样本丢失，并有可能进一步扩散，造成人员感染。

3. 生物恐怖事件，是指病原微生物实验室设施或菌（毒）种库（或保藏设备）被蓄意破坏；高致病性菌（毒）种或样本及其他感染性材料被盗、被抢；在病原微生物实验室内故意播撒高致病性病原微生物菌（毒）种或样本；病原微生物实验室出现不明原因或人为造成的火灾、断电、爆炸事故；在敏感时间、敏感地点、敏感人群中发生的蓄意投放病原微生物事件及其它可能涉及生物恐怖的事件。

(二) 信息报告

1. 发现病原微生物实验室生物安全事件的工作人员应在第一时间报告本实验室生物安全管理员和实验室负责人；所在实验室应立即将事故发生的性质、时间、地点、范围及人员感染等情况报告医院感染管理科/疾病预防科（电话：8095，13924077210）和保卫科（电话：8033，13922107022）。

2. 医院感染管理科/疾病预防科、保卫科接到实验室报告后，应主动核实事件情况，初步确定为病原微生物实验室生物安全事件的，应迅速向应急处理领导小组报告，并在2小时内按规定向越秀区卫生局、越秀区疾病预防控制中心及越秀区公安局报告；确定对重大病原微生物实验室生物安全事件的，应同时报告广州市卫生局。

发生传染病菌（毒）种丢失或泄漏事件应同时按照《中山大学附属第一医院突发公共卫生事件相关信息报告工作规范》（附一医〔2013〕3号）中“传染病菌、毒种丢失”处理要求进行报告。

(三) 现场调查与处置

1. 领导小组接到报告后，立即指挥相关成员赶赴现场开展指挥、技术指

导及医学救援等工作，相关部门在相应职责范围内开展应急工作。

2. 技术指导小组立即组织人员对事件进行确认，并对事件性质及扩散范围进行充分评估。

3. 立即关闭事件发生的病原微生物实验室；保卫部门立即组织警戒人员，根据技术指导小组意见对周围已经污染或可能污染的环境进行封闭、隔离，控制人员出入，警戒人员活动区域在污染区外围，不得进入污染区。必要时请公安人员协助进行警戒隔离。

4. 对造成污染的工作环境及污染物进行消毒，消毒要求参见《病原微生物实验室生物安全事件现场消毒要求》（详见附件1）。

5. 医疗救护

(1) 领导小组下达医疗救护指令后，医务科应立即派遣应急医疗队对感染者开展紧急救治，确保受害人员得到及时有效治疗。

(2) 重大病原微生物实验室生物安全事件感染者统一转送到广州市第八人民医院救治，其他感染者根据需要转送至指定隔离病房救治。

6. 医学观察：核实疑似感染人员及密切接触者名单，并安排在指定地点集中医学观察，必要时给予预防性用药或预防接种，医学观察人员判定标准与工作要求参见《病原微生物实验室生物安全事件医学观察人员判定标准及工作要求》（详见附件2）。

7. 应急人员防护

(1) 应急技术指导小组及有关专家应对参与应急处置的人员进行防护指导。

(2) 所有应急人员应按要求做好个人防护措施才能进入现场开展应急救援，离开现场时，必须脱去防护用品并进行严格的手消毒，不得将污染、可疑污染物带离控制区域，消除污染扩散可能性。

8. 各有关科室应配合卫生、公安等有关部门开展调查和控制措施。

六、责任与奖惩

不按规定程序和时限报告或者阻挠、干扰有关部门或科室执行职责的，对有关责任科室和责任人追究行政责任；造成重大损失的，报请公安机关追究治安或刑事责任。

七、相关定义

高致病性病原微生物是卫生部规定的第一类、第二类病原微生物统称。

第一类病原微生物：是指能够引起人类或者动物非常严重疾病的微生物，以及我国尚未发现或者已经宣布消灭的微生物，如埃博拉病毒、拉沙热病毒、马尔堡病毒、黄热病毒等（详见《人间传染的病原微生物名录》）。

第二类病原微生物，是指能够引起人类或者动物严重疾病，比较容易直接或者间接在人与人、动物与人、动物与动物间传播的微生物，如口蹄疫病毒、汉坦病毒、高致病性禽流感病毒、艾滋病毒（I型和II型）、乙型脑炎病毒、西尼罗病毒、炭疽芽孢杆菌、结核分枝杆菌、鼠疫耶尔森菌等（详见《人间传染的病原微生物名录》）。

第三类病原微生物：是指能够引起人类或者动物疾病，但一般情况下对人、动物或者环境不构成严重危害，传播风险有限，实验室感染后很少引起严重疾病，并且具备有效治疗和预防措施的微生物，如急性出血性结膜炎病毒、腺病毒、肠道病毒、甲型肝炎病毒、乙型肝炎病毒、麻疹病毒、金黄色葡萄球菌、伤寒沙门菌等（详见《人间传染的病原微生物名录》）。

八、本预案由医务处医院感染管理科/疾病预防科负责解释。

九、本预案自发文之日起实施，原《中山大学附属第一医院高致病性病原微生物泄露应急处理预案》（附一医〔2006〕27号）及原《实验室生物安全应急预案》（附一办〔2008〕21号）同时废止。各院区可参照执行或根据院区实际参照制定相关预案。

附件：

1. 病原微生物实验室生物安全事件现场消毒要求
2. 病原微生物实验室生物安全事件医学观察人员判定标准及工作要求

附件 1:

病原微生物实验室生物安全事件 现场消毒要求

一、事件现场消毒要求

(一) 根据事件现场情况划定污染局限区域, 设置控制区, 进行封闭式管理。

(二) 根据事件污染环境特点确定消毒、隔离防护方式, 选择消毒器械设备。

(三) 常压、密闭环境室内空气污染处理方法

1. 消毒剂及消毒方法: 用 0.2%~0.5%过氧乙酸溶液超低容量喷雾消毒, 8ml~10ml/m³, 密闭 30 分钟以上; 或用过氧乙酸熏蒸消毒, 过氧乙酸 1g~3g/m³, 密闭 120 分钟; 若室内有不耐腐蚀设备, 可选用福尔马林熏蒸消毒, 福尔马林原液 100ml/m³, 密闭 360 分钟。消毒结束后开窗通风彻底排除残余气体。

2. 消毒设备: 喷雾设备选用超低容量喷雾器。熏蒸设备选用可定时电磁炉、烧杯或烧瓶。

(四) 表面污染处理方法

1. 消毒剂及消毒方法: 处理表面遗存污染物, 用有效氯含量 0.5%~1.0% 的消毒液覆盖、浸泡消毒, 消毒作用 60 分钟以上。消毒结束后由穿用防护装的专业人员对处理后物品进行收集, 放入医疗废物专用包装袋中, 密封包装, 在传递至污染区外时再次消毒外包装并加第二层包装。处理污染表面用有效氯含量 0.04%~0.07% 的消毒液擦拭消毒, 消毒作用 10~30 分钟。

2. 处理用具: 覆盖、擦拭用抹布、卫生洁具, 使用后按照污染物等同处理。

二、废弃物处理

(一) 利器必须装入利器盒。

(二) 所有污染物均必须就地消毒祛除污染后, 按照医疗废物处置程序交医疗废物集中处置部门处置。

(三) 按照医疗废物处置程序对医疗废物运送工具进行消毒处理。

三、运输工具消毒

(一) 适用范围: 被污染的车辆

(二) 处理方法: 处理车辆被污染的表面, 用有效氯含量 0.04%~0.07% 的消

毒液喷洒、擦拭消毒，消毒作用 10 ~ 30 分钟；或用 0.5%过氧乙酸溶液超低容量喷雾消毒， $8\text{ml} \sim 10\text{ml}/\text{m}^3$ ，密闭 30 分钟以上；或用过氧乙酸熏蒸消毒，过氧乙酸 $1\text{g} \sim 3\text{g}/\text{m}^3$ ，密闭 120 分钟；若有不耐腐蚀设备，可选用福尔马林熏蒸消毒，福尔马林原液 $100\text{ml}/\text{m}^3$ ，密闭 360 分钟。消毒结束后打开车门、车窗通风彻底排除残余气体。

附件 2:

病原微生物实验室生物安全事件 医学观察人员判定标准及工作要求

一、医学观察人员判定标准

(一) 病原微生物实验室生物安全事件暴露人员：从事直接接触高致病性病原微生物菌（毒）株及样本工作的有关人员或接触泄漏的菌（毒）株及样本的相关人员。

(二) 病原微生物实验室生物安全事件暴露人员的密切接触者：与病原微生物实验室生物安全事件暴露人员共同生活、居住、工作或直接接触过病原微生物实验室生物安全事件暴露人员的分泌物、排泄物和体液的人员。

(三) 在没有防护措施的情况下，对可能被高致病性病原微生物污染的物品进行采样、标本处理、检测等实验室操作或者违反病原微生物实验室生物安全操作规程的工作人员。

(四) 现场流行病学调查人员根据调查情况确定的其他密切接触者。

二、医学观察工作要求

(一) 根据密切接触者数量、接触程度等可采取集中医学观察或自我医学观察的措施。

(二) 医学观察期间，负责医学观察的医护人员每日了解观察对象身体健康状况，做好个案登记。观察对象出现相应临床症状时，应及时救治并开展流行病学调查。

(三) 观察期限根据病原微生物致病最长潜伏期确定。

(四) 医学观察期间，发现新感染者应立即报告。

中山大学附属第一医院

重大传染病防治应急预案（修订版）

附一医〔2013〕7号

为及时、高效、科学、有序地处置传染性非典型肺炎、人禽流感等重大传染病疫情，增强医院应急处理能力，防止疫情扩散和蔓延，保障病人和医务人员的身心健康和生命安全，根据《中华人民共和国传染病防治法》、《医院感染管理办法》、《广州市突发公共卫生事件应急预案》、《广东省人禽流感防治应急预案》、《广州市防治传染性非典型肺炎应急预案》和《广州市卫生系统手足口病应急预案》等，结合我院实际，特制定本预案。

一、适用范围

本预案适用于以下重大传染病疫情的应急处置：

(一) 鼠疫、霍乱、传染性非典型肺炎、人感染高致病性禽流感、脊髓灰质炎、肺炭疽等甲类或按甲类管理的传染病。

(二) 流感、流脑、登革热、手足口病等传染病暴发、流行。

(三) 不明原因疾病暴发。

(四) 根据公共卫生需要，需列入重大传染病管理的其他传染病。

二、组织管理

成立重大传染病防治应急处理领导小组、医疗救护及疫情防控技术指导小组。

(一) 应急处理领导小组：负责全院重大传染病防治工作的领导、指挥、组织和协调，组织开展应急演练等。

组 长：王深明 颜楚荣

副组长：谢灿茂

成 员（按姓名笔画排）：

刘少喻 周列民 陈 虹 周庆权 陈 孝

成守珍 金玉善 张武军 彭丹心 刘大钺

詹中兴 黎湛兴 谭妙莲 钟庆文

(二) 医疗救护及疫情防控技术指导小组：负责病例诊断、医疗救护、转科（院）、标本送检、疫情报告及医院感染防控工作的技术指导，开展对医务人

员的业务培训等。

组 长：谢灿茂

副组长：曾志荣 廖晓星 管向东

组 员（按姓名笔画排）：

马中富	詹 红	钟碧慧	周燕斌	曾 勉
陈泽雄	成守珍	曾进胜	唐 雯	丘小汕
庄思齐	罗学群	李子平	李小金	杨有优
陈应明	冉 炜	刘大钺	杨永洁	黄美清
谭妙莲	张常然	黄艺仪	钟庆文	

三、部门职责与分工

各有关部门应按照本预案要求，并在重大传染病防治应急处理领导小组的统一领导下，各司其职，密切协作，共同做好重大传染病防治及应急处置工作。

（一）医务处：负责组织重大传染病的医疗救治、疫情防控等工作。

1. 医务科：负责组织重大传染病会诊、医疗救治；协调病人转科（院）、标本送检及尸体解剖；必要时预留和启动隔离病房，做好扩大收治准备；组织开展重大传染病诊疗技术培训；向卫生行政部门及时报送医疗救治信息。

2. 医院感染管理科/疾病预防科：负责开展疫情监测，指导疫情报告并进行网络直报；密切关注疫情动态，及时通报疫情信息；对消毒、隔离和医务人员个人防护等医院感染防控措施进行指导和监管；对院内密切接触者开展调查；组织开展传染病预防控制技术培训；组织开展卫生宣传教育工作；协助疾病预防控制机构开展流行病学调查。

（二）门诊办公室：负责组织做好门、急诊传染病预检分诊工作。

（三）护理部：负责组织协调重大传染病医疗护理工作，组织各科室落实消毒、隔离等各项医院感染防控措施；组织开展传染病护理、消毒、隔离和个人防护等知识培训；做好重大传染病防治知识的健康教育。

（四）保健体检中心

1. 保健门诊：对密切接触者（仅限医院医务人员）进行医学观察、预防用药或应急接种，每日向医院感染管理科、医务处报告。

2. 北（东）校区门诊部：分别负责北（东）校区师生员工的预防保健工作；设置发热门诊，开展发热病人预检分诊工作；发现重大传染病病例立即转送急诊科诊治，并向学校医院管理处报告；落实对确诊或疑似重大传染病病例

所在宿舍的消毒；对密切接触者进行医学观察，每日向医院感染管理科和医院管理处报告医学观察情况。

(五) 药学部：负责重大传染病治疗及预防性药物（包括金刚烷胺、金刚乙胺、达菲等）、应急用疫苗（如流感、流脑等）和消毒剂的储备并保证及时供应。

(六) 后勤处：负责应急物资与设备的储备、调拨及紧急供应；对公共场所进行清洁、消毒和杀虫等后勤保障工作。

1. 爱卫会：负责院内公共场所的环境卫生清洁、消毒和杀虫工作，做好传染病医疗废物运送，对医院污水定期消毒和监测。

2. 供应科：负责医疗必须用品及个人防护用品（包括防护服、口罩、防护眼罩等）的储备和紧急供应。

3. 总务科：负责病例转运和标本送检；供应隔离病区工作人员的营养饮食。

(七) 设备科：负责抢救设备、消毒设备的储备和紧急调用。

(八) 保卫科：负责隔离病区的安全保卫工作，控制人员出入；必要时向公安机关报告。

四、保障措施

(一) 人员保障

人事、医务及护理等部门应做好应急专业技术队伍建设和储备，确保重大传染病应急医疗救护工作的顺利开展。

(二) 技术保障

加强业务培训、医学继续教育和应急演练，提高重大传染病应急处置能力。医疗救护专家技术指导小组加强对医务人员重大传染病诊治和护理知识培训，提高医务人员早期发现病人的意识、能力和诊疗水平；预防控制专家技术指导小组加强对医务人员消毒、隔离、个人防护及有关生物安全知识培训，提高医务人员医院感染防控意识和能力。定期组织开展重大传染病防治应急演练，使相关人员明确应急程序和工作要求、掌握应急处置技术、提高应急能力，不断修改和完善预案内容。

(三) 物资保障

供应科、设备科、药学部等部门应做好重大传染病应急物资、设备、药物的储备，包括防护用品、治疗及预防性药物、消毒物品和药械等，以保证临床

一线的需要。感染性疾病科做好收治隔离病床准备，加强 ICU 病房及相应救治设备的配置，提升 ICU 救治能力。

（四）资金保障

有关部门应做好重大传染病应急保障的经费预算，用于人才培养、应急物资配备与更新、培训与演练、医疗救治、疫情控制、个人防护等，以确保重大传染病防治所需资金到位。

五、疫情控制

各部门及全体医务人员应提高警觉，强化防范重大传染病的意识和防控措施的有效落实；一旦发现重大传染病疫情，应严格遵照本预案要求，并在应急领导小组的统一指挥下，各司其职、加强部门协作与联合运作，科学、有序、迅速地采取各项防控措施，切实做到重大传染病的“早发现、早报告、早隔离、早治疗”。

（一）疫情监测

发热门诊、内科门诊、儿科门诊、急诊科、校区门诊部等监测哨点科室应按要求认真开展流感、发热病人和肺炎病人监测工作；医院感染管理科/疾病预防科及时对监测结果进行分析、预测和预警；重大传染病疫情期间，医院根据疫情防控需要开展必要的应急监测，评估疫情控制效果等。

（二）传染病预检分诊

门（急）诊科室应认真执行传染病预检分诊制度，对发热或腹泻病人应安排在预检分诊点进行传染病甄别，并按要求做好门诊日志登记工作。

（三）病例确认

1. 各级医务人员对重大传染病应保持高度的警惕性，发现可疑病例应严格按照《重大传染病院内会诊管理规定》（附一医〔2005〕70号）进行排查确认。

2. 院内专家组按有关传染病诊断标准进行诊断，人禽流感、传染性非典型肺炎等重大呼吸道传染病病例确认参照《中山大学附属第一医院不明原因肺炎病例监测、排查和管理规定》（附一医〔2007〕122号）执行。

3. 需采集标本检测以进一步明确诊断的，由病区负责采集标本后送相关部门检测，标本采集、包装及运送参照有关技术规范执行。

（四）疫情报告

1. 根据院内专家组会诊意见，符合重大传染病的，主诊科室应立即向医

院感染管理科/疾病预防科报告，医院感染管理科/疾病预防科报告核实后应立即向医务处及应急处理领导小组进行报告。

2. 各科室应严格按照《突发公共卫生事件相关信息报告工作规范》（附一医〔2013〕3号）、《中山大学附属第一医院传染病疫情管理规定》（附一医〔2010〕14号）及《中山大学附属第一医院不明原因肺炎病例监测、排查和管理规定》（附一医〔2007〕122号）规定的内容、方式、时限及程序进行报告。北（东）校区门诊部应同时向医院感染管理科/疾病预防科、学校医院管理处及校区负责人进行报告。

3. 根据上级卫生行政部门要求，开展疫情及病例收治情况日报告等。

（五）医疗救治

1. 对诊断为疑似或确诊的重大传染病病例，按就近隔离治疗的原则，立即转送到指定的隔离病区或广州市卫生行政部门指定的定点收治医院进行隔离诊治。需向外院转送的，由医院派出专门救护车转送。

2. 收治重大传染病病人的科室应根据医疗救治专家指导小组提出的治疗原则，拟出最佳救治方案，尽最大努力救治重症病例，减少死亡病例发生。

（六）医院感染控制

1. 疫情控制专家指导小组对重大传染病医院感染防控措施提出建议和指导，并提出医院感染控制方案。

2. 接诊、收治、转送重大传染病病人以及运送、检测重大传染病病例标本的医务人员应严格做好个人防护，做好医疗器械、物品、实验标本和医疗废物的消毒灭菌处理，加强隔离病区通风及环境消毒杀虫，防止院内感染发生。

3. 发生医院感染暴发，按《医院感染暴发报告流程与处置预案》（附一医〔2013〕6号）执行。

4. 必要时，应关闭重大传染病发生科室，暂停接收病人等，防止疫情扩散。

（七）医学观察及高危人群预防性用药

1. 密切接触者医学观察：接到疑似或确诊重大传染病疫情报告后，疾病预防科立即开展密切接触者调查，保健体检中心对密切接触者在指定地点进行集中医学观察，必要时给予预防性用药或应急预防接种，密切接触者判定和处理要求参照有关标准执行。

2. 高危人群预防性用药：对现场处理疫情及诊治病例的医务人员，可给

予应急接种疫苗或预防性用药，具体服用范围、剂量和服用时间参照有关技术标准执行。

(八) 根据病例收治情况，必要时报请应急领导小组同意，暂停部分非医疗服务，调配医疗资源做好重大传染病门诊和收治工作，同时预留适当的隔离病房，做好扩大收治准备。

(九) 各有关科室应配合疾病预防控制机构开展流行病学调查和疫情控制。

六、本规定由医务处医院感染管理科/疾病预防科负责解释。

七、本规定自发文之日起施行，各院区可参照本规定制定相关规定或参照执行。原《中山大学附属第一医院非典型肺炎防治预案》（附一办〔2003〕11号）、《中山大学附属第一医院人禽流感防治应急预案（试行）》（附一医〔2004〕4号）及《中山大学附属第一医院重大传染病防治应急预案》（附一医〔2008〕3号）同时废止。

中山大学附属第一医院

人感染 H7N9 禽流感防治应急预案

附一医〔2013〕22 号

为做好人感染 H7N9 禽流感防控工作,提高疫情应急处置和医疗救治能力,及时、迅速、高效、有序地采取各项防控措施,有效控制疫情蔓延扩散,根据《中华人民共和国传染病防治法》、卫生部《人感染 H7N9 禽流感疫情防控方案(第一版)》、《人感染 H7N9 禽流感诊疗方案(2013 年第 1 版)》和《人感染 H7N9 禽流感医院感染预防与控制技术指南(2013 年版)》等法律法规要求,结合我院实际,制定本预案。

一、组织架构

成立人感染 H7N9 禽流感防治应急领导小组、医疗救治及预防控制专家小组。

(一) 应急领导小组:负责全院人感染 H7N9 禽流感防治工作指挥、组织、协调和部署。

组 长:王深明

副组长:颜楚荣 谢灿茂

成 员(按姓名笔画排):

匡 铭 成守珍 刘少喻 张武军 陈 孝

陈 虹 周列民 周庆权 钟庆文 彭丹心

葛 辉 詹中兴 黎湛兴

(二) 医疗救治及预防控制专家小组:负责病例诊断、医疗救护、转科(院)、标本送检、疫情报告及医院感染防控工作的技术指导,开展对医务人员的业务培训等。

组 长:谢灿茂

副组长:管向东 廖晓星 曾 勉

成 员(按姓名笔画排):

刘 敏 刘大钺 李子平 杨永洁 张常然

陈 娟 陈应明 陈泽雄 陈莉芬 周燕斌

柯志勇 钟碧慧 郭禹彪 唐 雯 黄柳一

黄美清 蒋小云 詹 红 谭妙莲

二、部门职责及分工

各有关部门应按照本预案要求，在人感染 H7N9 禽流感防治应急领导小组的统一领导下，各司其职，密切协作，共同做好人感染 H7N9 禽流感应急处置工作。

(一) 医务处：组织实施医院医疗救治工作，并监督预防控制措施的执行情况。

1. 医务科：组织医院诊治专家小组进行会诊，指导和评估临床治疗病人；协调病人转科（院）工作；指导尸体组织送检及尸体解剖；组织诊疗技术培训。

2. 医院感染管理科/疾病预防科：做好疫情监测，指导疫情报告工作并进行网络直报；密切关注疫情动态，及时通报相关疫情信息；指导医院消毒隔离工作和医务人员个人防护等院内感染控制措施，防止医源性感染的发生；对院内密切接触者进行调查；指导临床标本送检；组织预防控制的培训；协助疾控机构开展流行病学调查；组织开展卫生宣传教育工作。

(二) 护理部：组织实施病例护理工作，组织各科室落实消毒隔离、预防控制措施；负责落实传染病护理工作培训和消毒隔离、个人防护知识培训；做好健康教育和普及人感染 H7N9 禽流感防治知识工作，提高群众卫生防病意识和自我保健能力。

(三) 门诊办公室：组织做好发热病人预检分诊工作。

(四) 保健体检中心

1. 保健门诊：对医院医务人员密切接触者进行医学观察、预防用药。

2. 校区门诊部：负责校区师生员工的预防保健工作；发现人感染 H7N9 禽流感确诊或疑似病例向学校和医院报告疫情；落实对确诊或疑似病例的宿舍进行消毒、对密切接触者进行隔离；派医生到隔离宿舍查房，并按时向学校和医院报告医学观察情况。

(五) 药学部：负责储备人感染 H7N9 禽流感治疗药物（如达菲等）和密切接触者预防药物，以及消毒剂。

(六) 后勤处：负责应急物资、设备的储备和供应；对公共场所环境进行清洁和消毒。

1. 供应科：负责医疗必须用品及个人防护用品（防护服、口罩、防护眼罩等）的储备和紧急供应。

2. 总务科：负责病例转运和标本送检；供应隔离病区工作人员的营养饮食。

3. 爱卫会：负责院内公共场所的环境卫生清洁、消毒和杀虫工作，做好传染病医疗废物运送，对医院污水定期消毒和监测。

(七) 设备科：负责抢救设备、消毒设备的储备和调用。

(八) 保卫科：负责隔离病区的安全保卫工作，控制人员出入；必要时向公安机关报告。

三、疫情防控

(一) 监测病例定义

同时具备以下 4 项条件的病例：

1. 发热(腋下体温 $\geq 38^{\circ}\text{C}$)；
2. 具有肺炎的影像学特征；
3. 发病早期白细胞总数降低或正常，或淋巴细胞分类计数减少；
4. 不能从临床或实验室角度诊断为常见病原所致肺炎。

(二) 病例确认

各级医生应对人感染 H7N9 禽流感保持高度警惕，发现疑似病例按以下程序处理：

1. 请本病区副高以上职称医生或三值会诊排查，发现疑似病例或不能排除人感染 H7N9 禽流感病例时，立即报告医务科（正常上班时间）或医院行政总值班人员（非正常上班时间，下同）。

2. 医务科或医院行政总值班人员组织院内专家组进行会诊排查。

3. 院内专家组认为病例需送标本检测以进一步确诊是否为人感染 H7N9 禽流感时，由病区负责采集标本，统一由医院安排将标本送至广州市疾病预防控制中心检测。

(三) 医疗救治

人感染 H7N9 禽流感病例临床诊疗参照卫生部颁发的《人感染 H7N9 禽流感诊疗方案（2013 年第 1 版）》执行。

(四) 标本的采集、保存和运送

1. 样本种类：临床标本包括病人的上呼吸道标本（包括咽拭子、鼻拭子、鼻咽抽取物、咽漱液和鼻洗液）、下呼吸道标本（如气管吸取物、肺洗液、肺组织标本）和血清标本等。应当尽量采集病例发病早期的呼吸道标本（尤其是

下呼吸道标本)和发病 7 天内急性期血清以及间隔 2-4 周的恢复期血清。为避免标本反复冻融,保证标本检测质量,采集的呼吸道标本每份分为 3 管,每管不少于 1ml。血清标本每份分为 2 管,每管不少于 0.5ml,并填写《中山大学附属第一医院不明原因肺炎病人标本送检登记表》(详见附件)。

2. 样本采集与运送要求:标本应放在大小适合的带螺旋盖、内有垫圈、耐冷冻的采集管中,并拧紧。标明样品编号、种类、姓名和采样日期,并附送病例的基本情况和简要诊疗信息。标本 4℃ 保存,当天尽快送至市疾控中心检测。

3. 医务人员在标本采集、包装、运送、交接登记时应规范操作并严格做好个人防护,具体要求参照《中山大学附属第一医院传染病类生物标本院外送检指引》执行。

(五) 疫情报告

1. 发现符合监测定义的病例后,须于 24 小时内进行网络直报;发现人感染 H7N9 禽流感疑似病例、确诊病例后,应当于 2 小时内进行网络直报。报告疾病类别选择“其他传染病”,并在备注栏中注明“人感染 H7N9 禽流感监测病例或疑似病例、确诊病例”。

2. 各科室应严格按照《中山大学附属第一医院传染病疫情管理规定》(附一医〔2010〕14 号)及《中山大学附属第一医院突发公共卫生事件相关信息报告管理工作规范》(附一医〔2013〕3 号)规定的报告内容、方式、时限及流程等进行报告,不得迟报、漏报、瞒报疫情信息。

3. 根据上级卫生行政部门要求,做好其他相关医疗救治信息的上报工作。

(六) 医院感染预防与控制

1. 接诊和收治病人的科室应按卫生部《人感染 H7N9 禽流感疫情防控方案(第一版)》和《人感染 H7N9 禽流感医院感染预防与控制技术指南(2013 年版)》的要求,认真做好病例隔离、病房管理、病区环境、设备消毒以及医务人员个人防护,防止发生医院感染。

2. 急诊科、发热门诊、呼吸内科、感染性疾病科、儿科、重症医学科等医务人员在诊疗工作中应当遵循标准预防原则,进行个人防护和诊疗环境的管理。接触所有患者时均应当戴外科口罩,接触疑似患者或确诊患者时应当戴医用防护口罩,严格执行手卫生等措施。

3. 收治疑似或确诊人感染 H7N9 禽流感感染患者的病区(房)的医护人员在实施标准预防的基础上,采取飞沫隔离和接触隔离等措施。

(七) 各科室在诊治人感染 H7N9 禽流感病例的同时,应配合疾控机构人员进行流行病学调查。

四、本规定由医务处医院感染管理科/疾病预防科负责解释。

五、本规定自发文之日起施行。

附件:《中山大学附属第一医院不明原因肺炎病人标本送检登记表》

附件:

中山大学附属第一医院
不明原因肺炎病人标本送检登记表

No. _____

一、患者基本情况					
姓名		性别		年龄	
发病日期		流行病学史	1. 有 2. 无		
临床表现	1. 白细胞数:		2. 体温:		
二、标本情况					
标本编号	标本类型	标本数量	采样日期	检测结果	
送检单位			送检日期		
联系人			联系电话		
收检单位			收检人		

中山大学附属第一医院辐射事故 处理应急预案

附一医〔2011〕4号

为及时、有效、规范地应对辐射事故，最大程度地减少事故造成的人员伤亡，减轻事故造成的不良后果，根据《放射性同位素与射线装置放射防护条例》、《卫生部核事故和辐射事故卫生应急预案》、《广东省核与放射事故医学应急预案》、《广州市核与放射事件医疗卫生救援应急预案》，及其他有关法律、法规的规定，结合我院实际，制定本预案。

一、辐射事故的定义

是指放射源丢失、被盗、失控，或者放射性同位素和射线装置失控导致工作人员或者公众受到异常照射。

二、组织管理

成立辐射事故应急处理领导小组和技术指导小组。

（一）应急处理领导小组：负责监督检查辐射安全工作，防止辐射事故的发生；组织应急准备工作，调度人员、设备、物资等，指挥相关成员迅速赶赴现场开展工作；对辐射事故现场进行组织协调，指挥应急救援行动；组织开展辐射事故应急演练等。

组 长：谢灿茂

副组长：何晓顺 周灿权 陈 虹 周庆权

成员(按姓名笔画排)：

文碧秀 冉 炜 冯崇锦 刘洪宁 刘大钺 匡 铭 张祥
松 李子平 杜志民 杨建勇 陈 伟 陈 孝 姜 毓
钟庆文 黄芳英 彭丹心 彭玉峰 温 杰 程思红 詹中
兴 谭妙莲 黎湛兴

秘 书：聂大红 刘建明

领导小组下设办公室，设于疾病预防科

（二）应急技术指导小组：组织并参与辐射事故医学应急预案的制定及修订；提供辐射事故卫生应急准备和响应建议；组织并参与对辐射防护、医疗救治等相关技术人员的指导与培训；组织并参与指导辐射事故现场放射防护及医

学应急救援。

组 长：谢灿茂

副组长：杨建勇 廖晓星

组 员(按姓名笔画排)：

文碧秀 王振宇 刘旭盛 张祥松 李子平

李 娟 杜志民 陈 伟 聂大红 詹 红

三、部门职责与分工

各有关部门应在辐射事故应急处理领导小组的统一领导下，各司职责，密切协作，做好应对辐射事故的应急处理。

(一) 医务处 负责组织应急医疗救援及辐射防护等卫生应急工作。

1、医务科 负责组建应急救援医疗队，组织对受辐射损伤人员进行现场医疗救助及伤员转送，做好医疗救护信息记录及报告。

2、疾病预防科 负责组织医务人员参加辐射防护技术培训；主动核实事故性质并向领导小组进行报告；按规定向越秀区卫生局、越秀区疾病预防控制中心报告，并协助上级辐射防护专家开展事故调查和辐射防护工作。

(二) 后勤处 负责统一协调应急物资、设备的储备、调拨和紧急供应，确保事故应急物资及时到位；按规定向越秀区环境保护局上报辐射污染事故。

1、供应科 负责辐射事故应急物资储备及供应，包括口罩、防护衣等医疗用品等，保证应急物资供应渠道畅通、及时到位。

2、设备科 负责辐射事故应急辐射防护用品、防护设备的供应。

3、爱卫会 协助环保部门开展现场放射性污染处理，监督诊疗科室对污染废物进行正确处置，及时切断污染环节。

(三) 财务处 负责应急保障经费预算，确保卫生应急所需资金到位。

(四) 保卫科 负责撤离和疏散辐射事故现场人员，封锁和保护事故现场；按规定向越秀区公安局报告涉及放射源丢失或被盗事件，并协助事故调查；加强放射源、放射诊疗及放射防护设备的防盗安全检查。

(五) 工会 负责参与辐射事故的调查和善后处理。

(六) 保健体检中心 负责对辐射事故中参与应急医学救援或受辐射损伤的医务人员进行医学随访。

(七) 临床科室 急诊、血液、烧伤、核医学等科室负责参与辐射事故现场医学救援；定期参加医学救援、辐射防护培训及应急演练，确保及时、科学、

安全开展现场医学救援。

(八) 放射诊疗科室 认真贯彻落实放射诊疗安全操作规程及技术规范，做好日常质量控制，加强放射安全防护执行力度，提高预防突发事件发生的意识及应对能力；发生辐射事故迅速采取措施控制事故蔓延，及时报告有关部门；配备必要的放射防护用品及设备，核医学科应配备应急箱，应急箱应包括鞋套、手套等防护服、人员去污材料、用于场所去污的材料、警告标识、便携式监测设备及废物带等。

四、应急准备

(一) 应急物资和装备

有关部门及科室应做好辐射事故应急物资和装备准备，包括：个人剂量计、个人防护设备（铅防护服、铅眼镜、铅围脖、防护靴等）、辐射应急监测仪器（表面污染监测仪）等，并及时更新和维护。

(二) 培训与演练

针对医院开展核技术应用的实际情况和需要，定期组织开展辐射应急培训与应急演练，对辐射事故应急技术人员和管理人员进行国家有关法规和应急专业知识培训和继续教育，使应急救援人员熟练掌握放射损伤医疗救治、应急处置、放射防护等知识，不断提高应急反应及救援能力，确保在突发辐射事故时能够及时、安全、有效开展卫生应急工作。

(三) 资金保障

有关部门应做好辐射事故应急保障经费预算，用于人才培养、应急物资配备与更新、培训与演习，以确保辐射事故卫生应急所需资金到位。

五、事故分级及应急处置

辐射事故发生后，有关科室及人员必须立即采取措施防止事故继续发生和蔓延扩大危害范围，并在第一时间开展事故报告，在辐射事故应急处理领导小组的统一指挥下安全、科学、有序地开展应急处置，并积极协助各级环境保护行政主管部门、公安部门、卫生行政部门和疾病预防控制中心，做好辐射控制及医疗救治。

(一) 应急响应分级

根据辐射事故的性质、严重程度、可控性及影响范围等因素，将辐射事故分为特别重大辐射事故（Ⅰ级）、重大辐射事故（Ⅱ级）、较大辐射事故（Ⅲ级）和一般辐射事故（Ⅳ级）四个等级。

1、特别重大辐射事故（Ⅰ级），是指Ⅰ类、Ⅱ类放射源丢失、被盗、失控造成大范围严重辐射污染后果，或者放射性同位素和射线装置失控导致3人以上（含3人）急性死亡（或受到全身照射剂量大于8戈瑞）。

2、重大辐射事故（Ⅱ级），是指Ⅰ类、Ⅱ类放射源丢失、被盗、失控，或者放射性同位素和射线装置失控导致2人以下（含2人）急性死亡（或受到全身照射剂量大于8戈瑞），或者10人以上（含10人）急性重度放射病、局部器官残疾。

3、较大辐射事故（Ⅲ级），是指Ⅲ类放射源丢失、被盗、失控，或者放射性同位素和射线装置失控导致9人以下（含9人）急性重度放射病、局部器官残疾。

4、一般辐射事故（Ⅳ级），是指Ⅳ类、Ⅴ类放射源丢失、被盗、失控，或者放射性同位素和射线装置失控导致人员受到超过年剂量限值的照射。

（二）辐射事故报告

1、发现事故的工作人员应在第一时间报告科室负责人；发生辐射事故的科室应立即将事故发生的性质、时间、地点及人员伤亡等情况报告疾病预防科（24小时值班电话：13924077210）和保卫科（24小时值班电话：13922107022）。

2、疾病预防科、保卫科接报告后，应主动核实事故情况，对初步确定为放射事故，应迅速向辐射事故应急处理领导小组报告，并在2小时内填写《辐射事故初始报告表》（见附件1），分别向越秀区环境保护局、公安机关、卫生局和疾病预防控制中心报告。

（三）应急处置

领导小组接到报告后，应指挥相关成员迅速赶赴现场开展指挥、技术指导及医学救援工作，相关部门在相应职责范围内开展工作，积极采取措施保护工作人员和患者的生命安全，保护环境不受污染，最大限度控制事态发展。

1、立即撤离有关工作人员和群众。

2、由专业检测人员迅速确定现场辐射强度及影响范围，划出禁区，防止外照射危害，并封锁现场。

3、发生放射源丢失或被盗，相关部门应认真配合公安机关、卫生行政部门查找丢失或被盗放射源；放射性同位素污染工作场所，应由专业技术人员彻底清除污染，及时切断污染环节，必要时应关闭通风设备。

4、现场医疗救治

领导小组下达医疗救治任务后，医务科应立即派遣应急医疗队赴现场开展救护。

(1)原则 第一时间将伤员撤离到相对安全区域，再进行检伤分类、洗消和救治。遵循快速有效、边发现边抢救、先重后轻、危重病人先抢救后去污、保护抢救者和被抢救者的原则。

(2)对危及生命的损伤如出血、休克、烧伤等情况的伤员，应立即进行现场急救处理。

(3)为避免继续受到辐射照射，救护人员及伤员应尽快撤离事故现场。

(4)放射性污染事件中，应对可能或已经受到放射性污染人员进行去污处理(参照附件 2)，防止污染扩散。

(5)伤员应转往专用隔离病房救治，并进行白细胞计数和淋巴细胞计数检测；事故中受超剂量照射需转送到指定救治基地进行救治观察者，应及时由救护车转送。

①广东省职业病防治院、广东省第二人民医院为指定的广东核与放射事故医疗救治机构，南方医院为省级后备机构。

②广州市第十二人民医院为广州市核与放射事件医疗救援基地。

5、应急人员防护

(1)所有应急人员应按要求做好个人放射防护措施才能进入现场开展应急救援，包括采取呼吸道防护及体表防护，佩带个人剂量计，正确穿戴防护服、防护面具或口罩等。

(2)根据现场救援工作的实际情况，尽量提高救援行动速度，缩短受辐射照射时间，必要时采用轮换人员作业方法。

(3)对已受到或可疑体表放射性污染时，应及时进行去污处理，包括用水淋浴及将受污染的衣服、鞋、帽等脱下存放后按放射性废物进行处理，以减少放射性污染，力求把应急受照剂量降至最低。

(4)应急救援人员应熟练掌握应急人员通用防护导则（见附件 3）和应急响应救援人员防护措施（见附件 4）。

6、医学随访

参加辐射事故处理人员应及时安排进行体格检查及医学随访。

(四) 责任与奖惩

不按规定程序和时限及时报告或者阻挠、干扰有关部门或科室执行职责

的，对有关责任科室和责任人员追究行政责任；造成重大损失或重、特大事故的，将报请公安机关追究责任科室和责任人的治安或刑事责任。

六、本预案由医务处疾病预防科负责解释。

七、本规定自下发之日起施行，各院区可参照本规定制定相关规定或参照执行。我院 2005 年下发的《放射事故处理应急预案》（附一医[2005]49 号）同时废止。

- 附件：
- 1、辐射事故初始报告表
 - 2、放射性污染人员去污导则
 - 3、应急人员通用防护导则
 - 4、应急响应救援人员防护措施

附件 1:

辐射事故初始报告表

事故单位名称	(公章)					
法定代表人		地 址				邮 编
电 话			传 真		联系人	
许可证号			许可证审批机关			
事 故 发生时间			事故发生地点			
事 故 类 型	☐ 人员受照 ☐ 人员污染		受照人数			
	☐ 丢失 ☐ 被盗 ☐ 失控		事故源数量			
	☐ 放射性污染		污染面积(m ²)			
序号	事故源核素名称	出厂活度 (Bq)	出厂日期	放射源编码	事故时活度 (Bq)	非密封放射性物质状态 (固/液态)
序号	射线装置名称	型 号	生产厂家	设备编号	所在场所	主要参数
事故经过情况						
报告人签字		报告时间	年 月 日 时 分			

注：射线装置的“主要参数”是指 X 射线机的电流 (mA) 和电压 (kV)、加速器线束能量等主要性能参数。

附件 2:

放射性污染人员去污导则

去污点	方法	去污要点
皮肤、手、全身	①肥皂和温水(约 40℃)。 ②肥皂、软刷和温水，干研磨剂（如谷物粉）。 ③肥皂粉或类似去污剂，标准工业皮肤清洁洗剂。	①洗 2-3 分钟后检查放射性水平，重复洗 2 次。 ②用发泡剂轻轻按洗，洗 3 次，每次 2-3 分钟，冲洗后监测，注意不要损蚀皮肤。 ③做成膏剂，加少许水轻轻擦洗，注意不要损蚀皮肤。
眼，耳，口	冲洗	眼：翻开眼皮，用无菌洗眼液轻冲。 耳：用棉球轻洗耳轮 口：漱口（不能咽）
头发	①肥皂和温水（约 40℃） ②肥皂、软刷和温水。 ③剪去头发。	①用发泡剂轻轻按洗，洗 3 次，每次 2-3 分钟，冲洗后监测 ②做成膏剂，加少许水轻轻擦洗，注意不要损蚀皮肤。 ③剪去头发。用皮肤去污方法对头发去污。

- 注：1、先用第一种方法，如有需要依次试用后面的方法，去污时先从边沿开始。渐向中心。
- 2、不要对伤口去污，伤口由有经验的医务人员处理。
- 3、去污现场禁止吃、喝和吸烟。
- 4、去污用的肥皂、刷子、棉球等物品在去污过程中都会补污染，用过的物品和冲洗用水应妥善处理。

附件 3:

应急人员通用防护导则

一、一般的防护要求

- 1、进入现场前必须按要求穿戴个人防护用具
- 2、佩带个人剂量计，包括报警式或直读式个人剂量计
- 3、按照上级指示服用稳定性碘
- 4、永远牢记进入现场的危险并注意防范
- 5、通过缓冲区进入污染区
- 6、全部活动都应在照射尽可能合理的低的原则下进行
- 7、知晓应急人员返回水平
- 8、不要在剂量率超过 1mSv/h 的地方逗留
- 9、进入剂量率大于 10mSv/h 的地区要小心
- 10、非得到环境分析/辐射评价负责人的许可，不应进入剂量率大于 100mSv/h 的地区
- 11、注意采取时间、距离和屏蔽手段防护自己
- 12、进入高剂量率的地方与你的主管一起制定预案
- 13、不要在污染区吃、喝、抽烟、揉眼睛和使用化妆品
- 14、有疑问时向小组领导或同事咨询
- 15、离开污染区时，接受体表和衣服的污染监测
- 16、处理沾染人员的工作人员应进行沾染监测，做好换衣服和洗消或沐浴的准备
- 17、由污染区携出的物品、设备必须在缓冲区经过检查和处理，达到去污标准后，才能带入清洁区

二、甲状腺防护

按照上级指示服用稳定性碘片。如果放射性污染将持续几天，应服用第二片。一年中服用稳定性碘总剂量不应超过 10 片。服用稳定性碘片不能代替其他呼吸器官防护措施。

三、应急响应人员返回剂量导则预置值

任务	返回剂量导则预置值 (EWG) (mSv/h 值)
I 类: 抢救生命行动	< 500
II 类: 防止严重损伤 避免大的集体剂量 场外周围剂量率监测	< 100
III 类: 短期恢复活动 执行紧急防护行动 环境采样	< 50
IV 类: 长期恢复活动 与事件无直接联系的工作	职业照射导则

附件 4:

应急响应救援人员的防护措施

1、应急响应救援人员应熟知减少受照剂量的原则，配备能进行报警的辐射探测仪和个人剂量计，配备必要的个人防护用具，减轻或防止放射污染，熟悉并遵守应急响应救援人员通用防护导则。

2、正确使用个人防护装备

个人防护装备包括直读式剂量计（个人剂量报警仪），累积剂量计（热释光剂量计），防护服、呼吸器、防护靴，防护手套等。

常规个人剂量计用于个人剂量测量。直读式剂量计用于 γ 射线外照射剂量的测量。专用剂量计应佩带在可能受高剂量照射的人员身上。中子剂量计用于估计人员的中子剂量。

防护服、防护面罩/口罩、防护靴和手套等用于防止救援人员的放射性污染。防护用品的穿戴方和去除顺序如下：

穿衣顺序：鞋套→裤子→防护服→用带子绑住防护服开口→在防护服外加标签→防护帽和口罩→内层手套→密闭的手套和有带子的防护服袖→剂量计→外层手套。

脱衣顺序：从防护服脱去带子→外手套→解除内层手套的带子→剂量计→防护服脱裤至膝盖下→坐在放在边界线清洁侧处的椅子上→脱下裤子→防溅物→口罩→鞋的遮盖物→内层手套。

3、对作业现场进行辐射测量，尽量避免进入辐射区受照射。

医院感染管理工作制度

为加强医院感染管理，有效预防和控制医院感染的发生，保障医疗安全，提高医疗质量，根据《中华人民共和国传染病防治法》、《突发公共卫生事件应急条例》、《医院感染管理办法》和《消毒管理办法》等法律、法规的要求，制定本制度。

一、组织管理

建立健全医院感染三级管理网络。

1、医院感染管理委员会：由医务处医院感染管理科、医务科、护理部、后勤处、设备科、检验医学部、药学部、手术室、消毒供应中心及各临床科室主要负责人组成，主任委员由主管医疗工作的副院长担任（《关于调整各类委员会和领导小组名单的通知》附一办[2010]5号）。

2、医院感染管理科：具有管理与业务双重职能，具体负责全院医院感染预防与控制的技术指导、管理与监督工作。医院感染管理专职人员必须经过省级以上卫生行政部门指定的医院感染管理培训单位的培训，取得省级卫生行政部门颁发的《医院感染管理专业岗位培训证书》，考核合格方能上岗。

3、医院感染管理小组：各科室设立医院感染防控员，由感控医师和护士各1人担任（名单见附件）。

二、工作职责

1、医院感染管理委员会工作职责：

（1）认真贯彻医院感染管理方面的法律法规及技术规范、标准，制定本医院预防和控制医院感染的规章制度、医院感染诊断标准并监督实施。

（2）根据预防医院感染和卫生学要求，对本医院的建筑设计、重点科室建设的基本标准、基本设施和工作流程进行审查并提出意见。

（3）研究并确定本医院的医院感染管理工作计划，并对计划的实施进行考核和评价。

（4）研究并确定本医院的医院感染重点部门、重点环节、重点流程、危险因素以及采取的干预措施，明确各有关部门、人员在预防和控制医院感染工作中的责任。

（5）研究并制定本医院发生医院感染暴发及出现不明原因传染性疾病或者特殊病原体感染病例等事件时的控制预案。

(6) 建立会议制度，定期研究、协调和解决有关医院感染管理方面的问题。

(7) 根据本医院病原体特点和耐药现状，配合药事管理委员会提出合理使用抗菌药物的指导意见。

(8) 其他有关医院感染管理的重要事宜。

2、医院感染管理科工作职责：

(1) 对医院感染管理规章制度的落实情况进行检查和指导；

(2) 对医院感染及其相关危险因素进行监测、分析和反馈，针对问题提出防控措施并指导实施；

(3) 对医院感染发生状况进行调查、统计分析，并向医院感染管理委员会或者医疗机构负责人报告；

(4) 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；

(5) 对传染病的医院感染防控工作提供指导；

(6) 对医务人员有关医院感染的职业卫生安全防护工作提供指导；

(7) 对医院感染暴发事件进行报告和调查分析，提出防控措施并协调、组织有关部门进行处理；

(8) 对医务人员进行医院感染知识培训工作；

(9) 参与抗菌药物临床应用的管理工作；

(10) 对消毒药械和一次性使用医疗器械、器具的相关证明进行审核；

(11) 组织开展医院感染管理方面的科研工作；

(12) 完成医院感染管理委员会或者医疗机构负责人交办的其他工作。

3、医务科职责：

(1) 负责组织医院感染病例的会诊、医疗救治和善后处理。

(2) 发生医院感染流行过暴发趋势时，根据需要进行医师人力调配。必要时预留和启动隔离病房，做好扩大收治准备。

4、护理部职责：

(1) 协助组织全院护理人员医院感染知识培训。

(2) 监督、指导护理人员严格执行无菌技术操作、消毒、灭菌、隔离等医院感染管理的规章制度。

(3) 发生医院感染流行或暴发趋势时，根据需要进行护士人力调配。

5、后勤处职责：

- (1) 负责医疗废物的收集、运送及无害化处理工作。
- (2) 负责组织污水的处理、排放工作，符合国家污水排放标准的要求。
- (3) 负责院内环境卫生清洁、消毒、杀虫等工作。
- (4) 负责医院感染病例的转运和标本送检。
- (5) 负责医疗用品和个人防护用品的储备和供应。
- (6) 对医院营养部、职工饭堂的卫生进行监督管理，符合《食品卫生法》的要求。

6、药学部职责：

- (1) 负责本院抗感染药物的应用管理，定期总结、分析和通报应用情况，及时为临床提供抗感染药物信息。
- (2) 督促临床人员严格执行抗感染药物应用的管理制度和原则。
- (3) 负责医院感染治疗及预防药物、疫苗和消毒剂等的储备和供应。

7、检验医学部职责：

- (1) 负责医院感染常规微生物学检测。
- (2) 开展医院感染病原微生物培养、分离鉴定、药敏实验及特殊病原体的耐药性监测，定期总结、分析，向有关部门反馈，并向全院公布。
- (3) 发生医院感染流行或暴发时，承担相关监测工作。

8、医院感染防控员职责：

- (1) 贯彻执行医院感染管理的相关规章制度。
- (2) 按照医院要求，督促本科室医院感染病例的登记、报告，督促医生及时留取标本送病原学检查和药敏试验。
- (3) 发现医院感染流行或暴发趋势时立即向医院感染管理科报告并协助调查。
- (4) 协助准确收集医院感染监测的相关数据和流行病学资料。如：医院感染目标性监测、现患率调查等。
- (5) 监督检查本科室抗菌药物使用情况，及时发现不合理用药病例，落实整改。
- (6) 监督本科室工作人员严格按照标准规范操作（特别是侵入性技术操作），严格落实手卫生和消毒隔离制度。
- (7) 积极参加并组织医院感染相关知识的培训。

(8) 严格按照“三甲医院评审标准”要求, 对本科室医院感染管理质量进行自查和持续改进。

三、医院感染管理流程

(一) 医院感染病例监测

对全院住院病人及工作人员进行监测(详见: 医院感染监测与报告制度)。

(二) 消毒灭菌效果监测

采取定期监测和抽样监测、单项监测和多项监测等相结合的方法, 对全院消毒灭菌效果及环境卫生学进行全面监测(详见:)

(三) 多重耐药菌的监测与防控

详见:《中山大学附属第一医院多重耐药菌医院感染管理规定》附一医[2013]15号

(四) I类切口手术和介入治疗围手术期预防使用抗菌药物管理

详见:《中山大学附属第一医院I类切口手术和介入治疗围手术期预防使用抗菌药物管理规定》附一医[2011]17号

(五) 一次性使用无菌医疗用品和消毒药械管理

详见:《一次性使用无菌医疗用品管理规定》附一医[2006]15号;《消毒药械管理规定》附一医[2006]17号

(六) 血液传播性疾病职业暴露预防和处理

详见:《中山大学附属第一医院血液传播性疾病职业暴露预防及应急处置预案》附一医〔2013〕4号

(七) 重大感染性疾病

详见:《中山大学附属第一医院传染病疫情管理规定》附一医〔2010〕14号;《中山大学附属第一医院重大传染病防治应急预案(修订版)》附一医〔2013〕7号

(八) 医院感染流行或暴发处置

详见:《中山大学附属第一医院医院感染暴发报告与处置预案》附一医〔2013〕6号

(九) 医院感染知识培训

详见: 医院感染防控教育培训制度

(十) 医院感染风险管理

对医院感染实行风险管理。风险管理是指各类可能危害减至最低所进行的系列行为过程。其目标是以最小的投入获取最大的安全保障。

具体流程一般分为制定计划、风险识别、风险评价和预防控制 4 个部分。

1、制定计划：实施风险评估的准备阶段。确定医院感染管理对象（如目标性监测、抗菌药物使用、重点部门管理等）、任务分配和实施步骤等。

2、风险识别：对医院感染相关风险项目类别进行因素确定、测算，找出风险点或关注点。

3、风险评估：对评估结果进行综合分析、评价，确定医院感染管理目标与风险防范策略。

风险评估即脆弱性分析，通过多种方法找出个事件面临的风险及其影响，目前安全水平与需求之间的差距，防患于未然。主要有基于知识的分析法、基于模型的分析法、定量分析和定性分析以及定量和定性混合分析法。通过该管理过程，提升医院的整体抗风险能力，减少危机发生。

预防控制：制定医院感染防控预案、组织培训、宣传教育、督导检查、开展形式多样的活动，加强防范。

（十一）医院感染质量控制管理

根据我院《科室质量管理考核评价标准》的要求，采取量化考核方法，每月将医院感染考评结果结果纳入科室质量管理考核内容，与当月质控考核评分挂钩；如发现有医院感染病例隐瞒不报者，按医院有关规定处理；造成严重医院感染事件者，按有关法律法规的规定追究当事人的责任。（详见《中山大学附属第一医院科室质量管理考核评价标准实施细则》）

医院感染防控教育培训制度

为加强医院感染管理，有效预防和控制医院感染的发生，提高全体员工医院感染知识水平，根据《中华人民共和国传染病防治法》、《医院感染管理办法》等法律、法规的要求，制定本制度。

一、培训对象：医院全体员工。

二、学时要求

1、由医务处医院感染管理科和护理部等制定培训计划，采取多种形式，每年负责组织全体员工进行 3-4 次医院感染知识系列培训并考核。

2、医院感染管理专职人员必须取得省级医院感染管理培训合格证书，方可上岗。每年接受培训不少于 15 学时。

3、医院全体各级医护人员、行政管理人员、工勤人员等，每年接受医院感染知识不少于 6 学时。

4、新入职人员、进修生、研究生、实习生等接受岗前培训不少于 3 学时。

三、培训内容

1、《中华人民共和国传染病防治法》、《医院感染管理办法》、《医疗机构消毒技术规范》、《医务人员手卫生规范》等法律法规、规章制度、标准规范等。

2、医院感染基础知识及新进展。

3、医院感染诊断标准及医院感染病例监测。

4、细菌耐药机制及抗菌药物合理应用。

5、消毒、灭菌、隔离及无菌技术操作。

6、各科室和部门医院感染的特点及预防控制措施。

7、医院感染流行、爆发流行的预防与控制

8、职业暴露的概念、职业暴露后的处理、报告程序。9、一次性无菌医疗用品的管理。

10、医疗废物管理。

11、医院感染管理的科研设计与方法。

12、参加各级卫生行政部门组织的培训班与学术活动。

四、各科室应按要求每月进行医院感染相关知识学习。根据各自科室的医院感染发生情况和特点，提出针对性的可行的措施，持续改进，有效降低本科室的医院感染发病率。

医院感染监测与报告制度

一、医院按照卫生部《医院感染监测规范》要求开展医院感染监测，建立有效的医院感染监测制度，按照医院感染诊断标准及时诊断医院感染病例，分析医院感染的危险因素，掌握医院感染发病率、多发部位和多发科室，及时发现并针对导致医院感染的危险因素，实施预防与控制措施。

二、医院感染监测主要项目为全院综合性监测、目标性监测和每年至少一次的医院感染患病率调查。

三、医院感染监测范围为全院住院病人，监测者为医院感染监测网，即在业务院长和医务处的直接领导下，在医院感染管理委员会指导下，由医院感染管理科专职监控人员组织临床各科室感染管理监控小组（由感控专员组成），对医院感染病例具体实行监控。

四、各临床科室对医院感染病例进行具体监测，要及时送病原学检验，查找感染源、感染途径，于确诊当天（24小时内）填报“医院感染病例登记表”，每月填报“医院感染汇总表”，交医院感染管理科。发现有医院感染流行趋势，即病区出现同源或同部位感染3例以上时，要立即报告医院感染管理科，并协助医院感染管理科进行调查和执行控制措施。

五、医院感染管理科接到临床医务人员有关院内感染病例报告后，必须及时进行流行病学检查，制定和组织落实有效的控制措施。发现有医院感染流行或暴发流行的趋势时，必须于24小时之内报告主管院长和医务处。

六、医院感染管理科必须定期对监测资料进行汇总，分析、向全院医务人员反馈，并定期向院长、医院感染委员会书面汇报。监测资料要妥善保存。医院感染管理科必须每年对监测资料进行评估，进行趋势分析。

七、医院感染委员会接到医院感染管理科的疫情报告时，应及时组织有关部门协助感染管理办公室开展有关工作，保证医院感染控制措施的贯彻执行，并及时向上级卫生行政部门汇报。

八、经证实发生以下情形时，医院应当于12小时内向上级卫生行政部门报告，并同时向所在地疾病预防控制机构报告：

- 1、5 例以上医院感染暴发。
- 2、由于医院感染暴发直接导致患者死亡。
- 3、由于医院感染暴发导致 3 人以上人身损害后果。

九、医院发生以下情形时，应当按照《国家突发公共卫生事件相关信息报告管理工作规范（试行）》的要求进行报告：

- 1、10 例以上的医院感染暴发事件。
- 2、发生特殊病原体或者新发病原体的医院感染。
- 3、可能造成重大公共影响或者严重后果的医院感染。

感染性疾病医院感染管理制度

重大急性呼吸道传染病医院感染管理制度

适用于人感染禽流感、甲型流感、SARS 等重大急性呼吸道传染病。

一、隔离工作指导原则

1、设立独立的发热门（急）诊诊室，独立的隔离卫生间，指定专门的检查室和放射检查室，有明显标识。

2、设立独立的医学隔离观察室；清洁区、污染区分区清晰，人流与物流通道合理，有独立的卫生间，通风设施符合呼吸道传染病病人的收治条件。

3、留观病人一人一室，室内有洗漱和排泄设备，病人戴口罩，病人之间不得串门。医疗用品专人专用。

4、严格探视制度，不设陪护，不得探视。必要时，探视者必须严格执行个人防护标准。

二、医护人员防护

1、医务人员应当按照标准预防的原则，根据其传播途径采取飞沫隔离和接触隔离的防护措施。

2、医务人员应当使用符合国家有关标准的防护用品。

3、每次接触患者前后应当严格遵循《医务人员手卫生规范》要求，及时正确进行手卫生。

4、医务人员应当根据导致感染的风险程度采取相应的防护措施。

(1) 接触患者的血液、体液、分泌物、排泄物、呕吐物及污染物品时应戴清洁手套，脱手套后洗手。

(2) 可能受到患者血液、体液、分泌物等物质喷溅时，应戴外科口罩或者医用防护口罩、护目镜、穿隔离衣。

(3) 对疑似或确诊患者进行气管插管操作时，应戴医用防护口罩、护目镜、穿隔离衣。

(4) 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。

(5) 正确穿戴和脱摘防护用品，脱去手套或隔离服后立即洗手或手消毒。

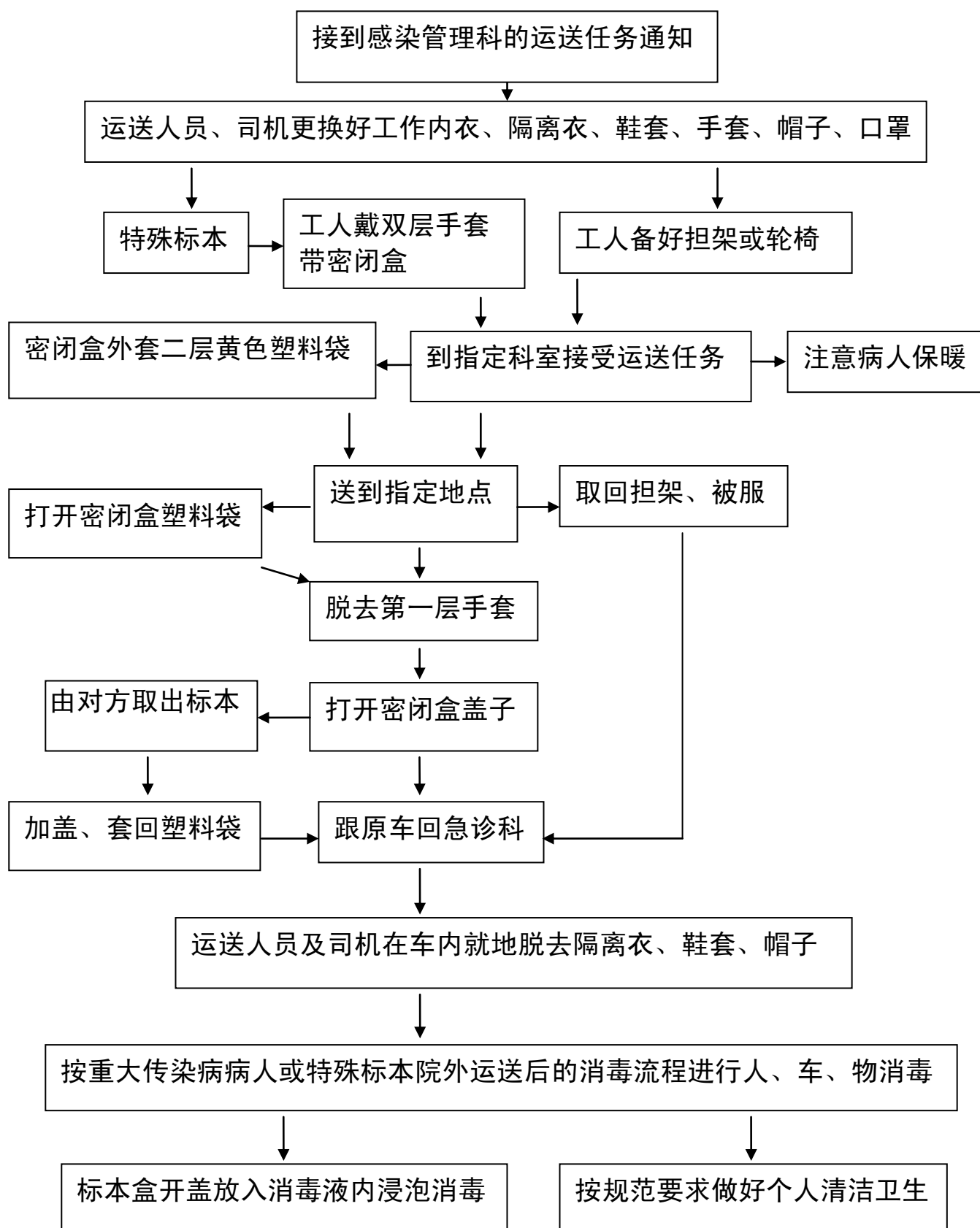
(6) 处理所有的锐器时应当防止被刺伤。

三、标本运送规范要求

标本采集后应尽快进行密封包装，并置于冰块环境中（预先准备冰壶）外面印有生物危险标记。在 2 小时内尽快送至当地疾病预防控制机构，标本应由专人专车运送,注意做好个人防护。

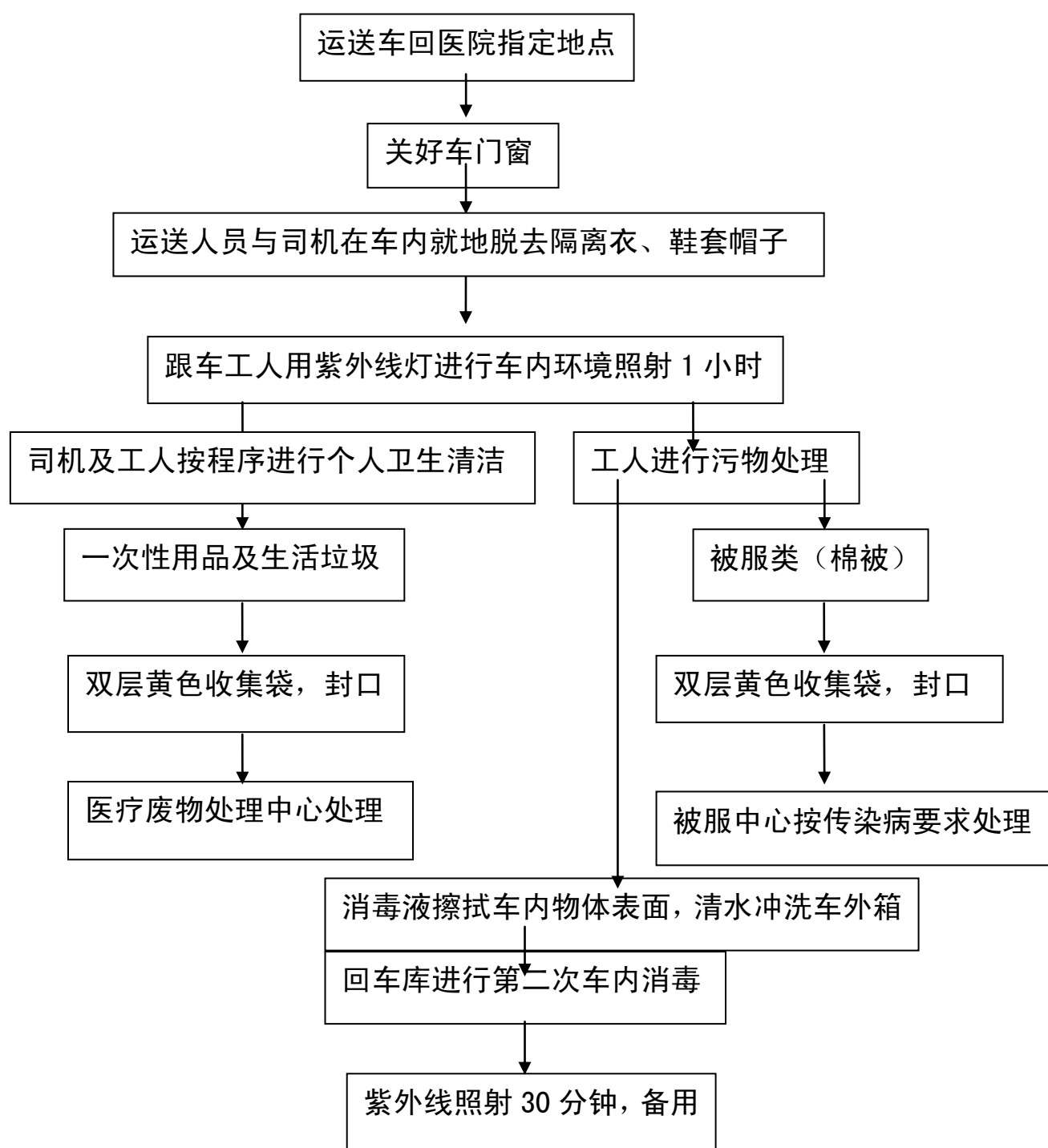
四、重大传染病病人或特殊标本的院外运送、运送后的消毒及个人防护流程

1、重大传染病病人或特殊标本的院外运送流程



注：运送病人和标本由承包公司统一指派专职人员负责，运送人员跟车回时禁止与司机同排坐。

2、重大传染病病人或特殊标本院外运送后的消毒流程



注：常用的消毒液和浓度：0.2%健之素溶液或 0.5%过氧乙酸

3、穿脱防护用品的流程

(1) 穿戴防护用品顺序及注意事项

穿戴防护用品顺序		注意事项
步骤 1	洗手	按六步洗手法洗手
步骤 2	戴帽子	双手不要接触面部。
步骤 3	戴口罩	一手托住口罩，扣于面部适当部位，另一手将口罩带戴在合适的部位，压紧鼻夹。注意双手不要接触面部任何部位。
步骤 4	穿防护服	
步骤 5	戴防护眼镜	双手不要接触面部。
步骤 6	穿鞋套或胶鞋	
步骤 7	戴手套	将手套套在防护服袖口外面。

(2) 脱掉防护用品顺序及注意事项

脱掉防护用品顺序		注意事项
步骤 1	洗手	按六步洗手法洗手
步骤 2	脱防护眼镜	摘下后放入消毒液中。
步骤 3	脱防护服	将里面朝外，放入黄色塑料袋中。
步骤 4	脱鞋套或胶鞋	鞋套同步骤 3，胶鞋放入消毒液中。
步骤 5	脱手套	一次性手套同步骤 3，橡胶手套放入消毒液中。
步骤 6	洗手	按六步洗手法洗手
步骤 7	消毒双手	使用手快速消毒液消毒
步骤 8	脱防护口罩	一手按住口罩，另一手将口罩带摘下，放入黄色塑料袋中，注意双手不要接触面部。
步骤 9	消毒双手	使用手快速消毒液消毒
步骤 10	脱帽子	用手指反掏进帽内将帽摘下，处理同步骤 3。

4、重大传染病医院消毒方法

消毒对象	消毒剂名称与浓度	消毒方法	消毒时间
病房物面、地面墙壁	500mg/L 含氯消毒剂或 0.1%过氧乙酸	抹擦、喷雾	作用时间：60min
纺织品	250mg/L 含氯消毒剂或 15%过氧乙酸 7ml/M ³	浸泡 熏蒸	30 min 2 小时
病人排泄物	20%漂白粉或 2000mg/L 含氯消毒剂	混匀 混匀	2 小时 1 小时
餐具	物理消毒或 0.1%过氧乙酸 或 500mg/L 含氯消毒剂	煮沸消毒 浸泡	30min 15min
食品 病人剩饭菜	按感染性废物处理或 20%漂白粉	混匀	2 小时
污物容器	1000mg/L 含氯消毒剂或 0.2%过氧乙酸	浸泡	30min
家具物品	0.1%过氧乙酸或 500mg/L 含氯消毒剂	浸泡或 抹擦表面	15min
手	手快速消毒液	擦手	1—3min
尸体	2000mg/L 含氯消毒剂	喷洒	
运输工具	0.1%过氧乙酸或 500mg/L 含氯消毒剂	喷洒表面至 湿润	作用 60min
空气	0.5%过氧乙酸 8ml/M ³ 或 0.3%过氧化氢 8ml/M ³	熏蒸 喷雾	1 小时 作用 30min
垃圾	按感染性废物处理	双重袋包装	
医疗器械	一次性使用医疗器械	双重袋包装 按感染性废物处理	
	可重复使用的医疗器械： 500mg/L 含氯消毒剂	浸泡	30min 送供应室高压消毒

经肠道传播传染病医院感染管理制度

- 1、设立专用诊疗室及病人专用厕所。
- 2、室内配备专用医疗设备、抢救药品、消毒药械、采集粪标本的肛拭专用棉签、碱性蛋白胨增菌液。专人管理，定期检查。
- 3、保持室内整洁，每日工作前后必须进行室内空气、物体表面消毒处理。
- 4、医务人员必须严格遵守医院感染管理，穿戴符合规范要求，操作前后要洗手。
- 5、三次以上腹泻的病人，医务人员必须按要求进行登记并对腹泻病例采集粪便或肛拭子标本，送细菌室检测霍乱弧菌。
- 6、疑似或确诊霍乱病人或病原携带者应立即报告医院感染管理科及越秀区疾病预防控制中心，并对其进行隔离诊治或转至广州市传染病定点收治医院。
- 7、病人呕吐物及排泄物按规定进行消毒处理，病人转院后及时进行终末消毒处理。

特殊感染性疾病医院感染管理制度

适用于经体表或伤口直接或间接接触而感染的疾病，如破伤风、气性坏疽等特殊感染的病人。

一、病人隔离：患者应住单间病室，挂隔离标识(红色床边隔离牌)。

二、环境

1、物面、墙壁、地面：0.05%健之素溶液（500mg/L）抹擦，每天2次。

2、空气：0.5%过氧乙酸 8ml/M³ 喷雾，每天1次；或紫外线照射 30 分钟，每天2次。

三、医疗用品：所有器械及敷料均须专用。患者接触过的一切物品均应先初步消毒后再行清洁、消毒、灭菌。

1、器械：一次性使用医疗器械,用双重黄色感染性废物袋包装,袋外注明疾病名称，专人上门专箱运送按感染性医疗废物处理（焚烧）；可重复使用的医疗器械：用 0.1%健之素溶液（1000mg/L）浸泡 30 分钟后，专箱送供应室高压消毒灭菌。

2、敷料：伤口分泌物污染的敷料用双重黄色感染性废物袋包装，袋外注明疾病名称，专人上门专箱运送按感染性医疗废物处理。

3、被服类：用双重黄色感染性废物袋包装，袋外注明疾病名称，专人上门专箱运送至洗衣部按感染性衣物处理。

四、病人的分泌物和排泄物：0.2%健之素溶液（2000mg/L）混匀 1 小时后倒入下污水通道。

五、垃圾

1、生活垃圾：按感染性医疗废物处理，用黄色感染性废物袋包装，袋外注明疾病名称，专人上门专箱运送按感染性废物处理。

2、医疗废物：用双重黄色感染性废物袋包装，袋外注明疾病名称，专人上门专箱运送按感染性医疗废物处理。

六、截肢的肢体，先用 3%过氧化氢或 2%过氧乙酸浸泡 30 分钟，后用专箱密闭，注明特殊感染，专人上门运送按病理性废物处理。

七、气性坏疽疑似病例及确诊病例应禁止探访。

八、运输工具：用后 0.05%健之素溶液(500mg/L)抹擦。

九、个人防护：

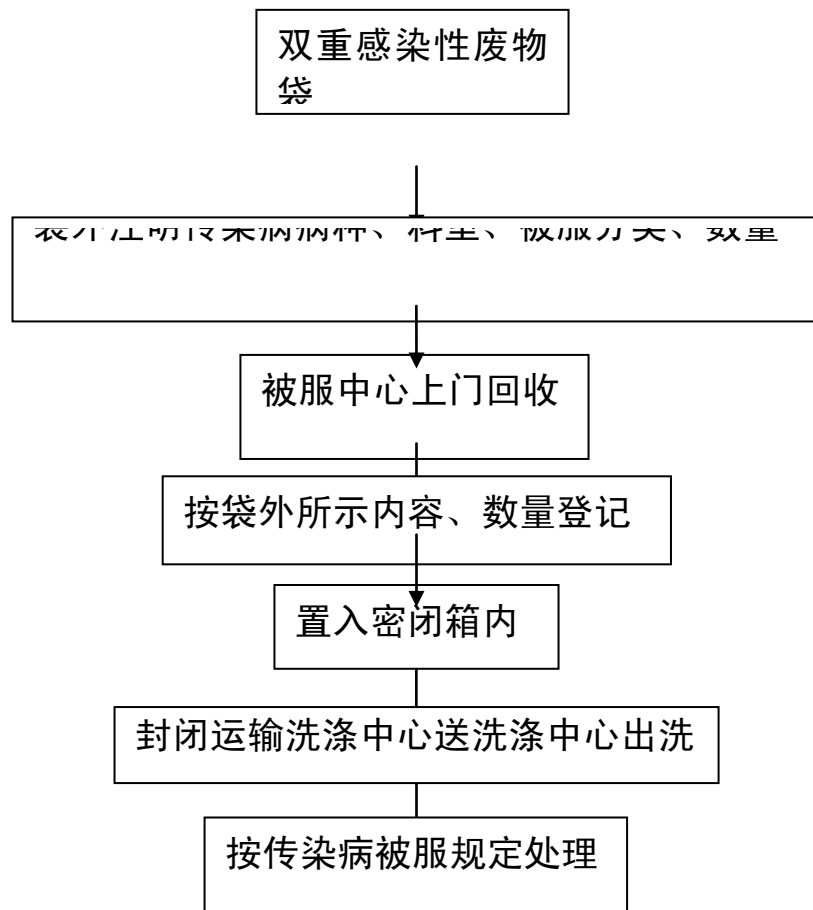
1、接触者需穿隔离衣、戴帽子、口罩和手套，医护人员的手、手臂有破损时则不宜参与此类患者的操作。

2、手卫生：洗手；手快速消毒液擦手 2 分钟。

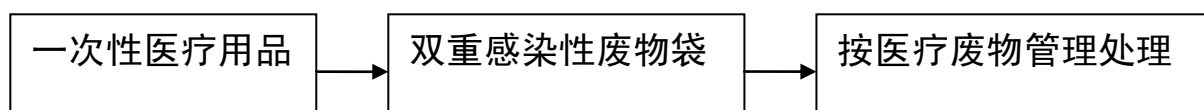
十、严格执行无菌技术操作规程。

经血液传播传染病医院消毒流程

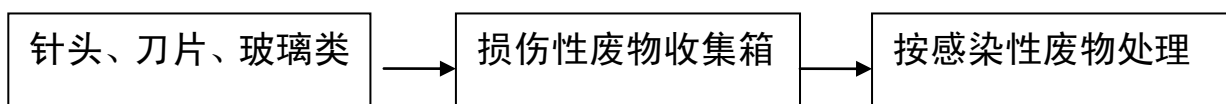
一、被服类



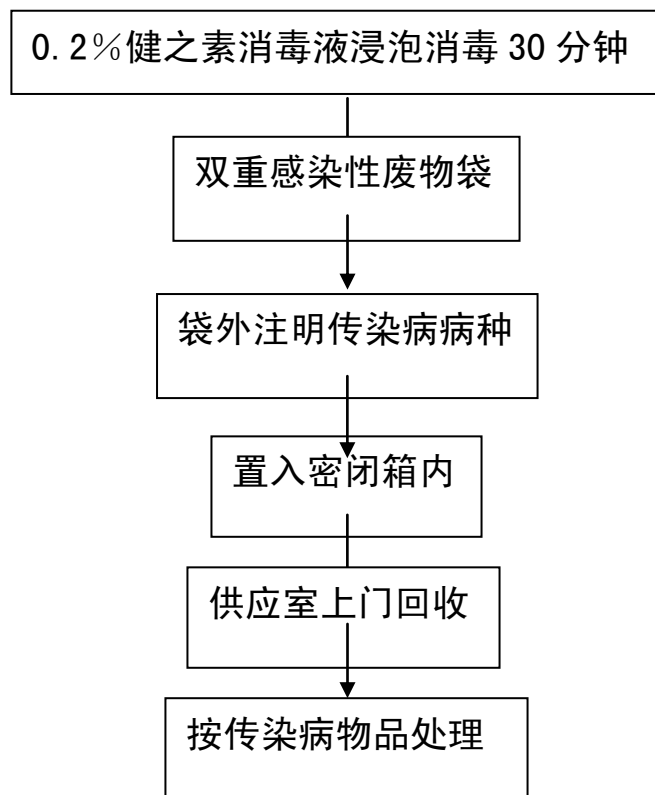
二、一次性医疗用品



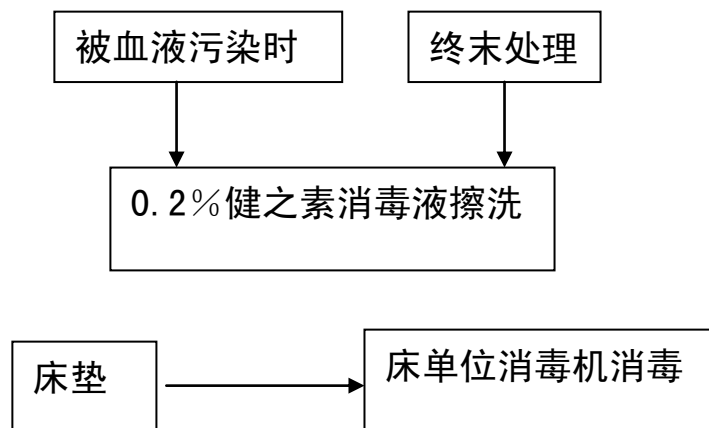
三、锐器



四、医疗器械类（可复用）



五、家具类及地面、墙壁



多重耐药菌管理联席会议制度

为进一步加强多重耐药菌管理，降低发生医院感染的风险，保障医疗质量和医疗安全，根据卫生部《医院感染管理办法》、《多重耐药菌感染预防和控制技术指南（试行）》等文件精神，结合我院的实际，制定本制度。

一、联席会议原则上每季度召开一次，由医务处牵头，医务科、医院感染管理科、药学部、检验科医学部（微生物实验室）、信息科及各相关临床科室负责人参加。

二、会议内容

1、根据卫生部要求，制定我院关于多重耐药菌管理的规章、制度。

2、通报 MRSA、VRE 等多重耐药菌的检测及其对抗菌药物敏感性、耐药模式的监测情况。

3、针对医院多重耐药菌的现状，研究多重耐药菌感染的情况及防控对策，采取有效措施，预防和控制多重耐药菌的传播。

4、通报多重耐药菌防控措施如：手卫生、隔离措施、无菌技术等检查、考核中存在的问题，并提出改进意见。

5、对多重耐药菌感染患者进行讨论分析，指导临床合理使用抗菌药物。

6、协调各部门关系，促进科室间协作，共同切实做好多重耐药菌感染的防控工作。

三、各部门分工

1、医务科：加强临床科室对多重耐药菌医院感染病例的诊疗管理，提高医务人员意识，保障医疗安全。

2、医院感染管理科：制定多重耐药菌管理的相关规章、制度，负责多重耐药菌监测、消毒、隔离、预防与控制，对预防多重耐药菌感染措施进行培训。

3、医学检验部（微生物实验室）：负责多重耐药菌检测、抗菌药物敏感性、

耐药模式及源性分析，每季度向全院公布耐药菌趋势与抗菌药物敏感性报告。

4、药学部：落实多重耐药菌预警机制，根据医院发布的细菌耐药率和药敏信息指导临床抗菌药物合理应用。

5、信息科：负责医院信息系统维护，保障信息渠道通畅，相关信息、资料可快捷查询获得。

6、各临床科室：严格执行多重耐药菌管理、抗菌药物合理使用、微生物标本送检、消毒隔离、手卫生等规章制度，做好多重耐药菌患者的诊治，有效预防和控制多重耐药菌的传播。

消毒灭菌与隔离防护管理制度

一、管理要求

严格按照《医疗机构消毒技术规范》(WS/T367-2012) 执行。

1、医疗机构使用的诊疗器械、器具与物品，应符合以下要求：

(1) 进入人体无菌组织、器官、腔隙，或接触人体破损皮肤、破损粘膜、组织的诊疗器械、器具与物品应进行灭菌。

(2) 接触完整皮肤、完整粘膜的诊疗器械、器具与物品应进行消毒。

2、重复使用的诊疗器械、器具与物品，使用后应先清洁，再进行消毒或灭菌。

3、耐热、耐湿的诊疗器械、器具与物品，应首选压力蒸汽灭菌；耐热的油剂类和干粉类等应采用干热灭菌。

4、不耐热、耐湿的物品，宜采用低温灭菌方法如环氧乙烷灭菌、过氧化氢低温等离子体灭菌或低温甲醛蒸汽灭菌等。

5、环境与物体表面，一般情况下先清洁，再消毒；当受到患者的血液、体液等到污染时，先去除污染物，再清洁与消毒。

二、手卫生管理制度

严格按照《医务人员手卫生规范》(WS/T313-2009) 执行。

(一) 手卫生设施

1、洗手设施的基本要求：非手动式水开关、按压式洗手液、一次性擦手纸或干手机、计秒时钟、工作人员专用指甲钳和六步洗手法示意图。

2、手术室、产房、导管室、层流洁净病房、骨髓移植病房、器官移植病房、ICU、新生儿室、母婴室、血液透析病房、烧伤病房、感染疾病科、口腔科、消毒供应中心等重点部门应配备非手触式水龙头。

3、门诊各诊室、检查室、治疗室、注射室，病房的医生、护士办公室、治疗室、配剂室等诊疗区域应设有洗手专用设施并配备非手触式水龙头。

4、临床各科室备有足够的手快速消毒液。

5、洗手水池和水龙头开关保持清洁，定时维修。

（二）医务人员手卫生要求

- 1、医务人员不留长指甲，不涂指甲油，不佩戴人工指甲或指甲套。
- 2、掌握手卫生知识。知晓率要求达 100%。
- 3、根据洗手原则正确选择洗手方法（洗手、手消毒、外科手消毒），并掌握六步洗手法，洗手正确率要求达 95%。
- 4、正确使用清洁手套和无菌手套。
- 5、手术室、产房、导管室、层流洁净病房、骨髓移植病房、器官移植病房、ICU、新生儿室、母婴室、血液透析病房、烧伤病房、感染疾病科、口腔科、消毒供应中心等重点部门每月对医务人员手进行消毒效果采样监测。
- 6、医院感染管理科定时对医务人员手进行消毒效果采样监测，指导与督促医务人员执行手卫生。

三、工作人员医院感染管理制度

- 1、工作人员工作时，必须着装整洁，不佩戴首饰，进入特殊科室（如手术室、产房、监护隔离病房、传染病房等）应穿戴隔离衣、裤、鞋、帽、口罩，隔离衣每天更换，污染时及时更换。
- 2、工作人员不得穿工作服进入食堂、宿舍、图书馆和医院以外的地方，手术室、产房等部门的工作人员，禁止穿本科室的衣服到其他科室。
- 3、无菌操作前，应穿整洁工作服或隔离衣，戴帽子、口罩，修剪指甲、洗手。
- 4、取用无菌物品时，必须检查有效的灭菌指示标识和有效日期。从无菌包或无菌容器内取出物品后，剩余的物品应及时包好或盖好，并按规定的时间内处理。不得再放回原处。
- 5、执行各种治疗、护理及换药操作应按清洁伤口、感染伤口、隔离伤口依次进行。特殊伤口如：炭疽、气性坏疽、破伤风等就地隔离，处理后严格终末消毒；所接触的物品、器械、敷料按规定处理。
- 6、配餐员开饭前，应洗手、戴口罩、帽子。饭车送餐前应保持清洁，送餐后应冲洗干净、擦干。

7、清洁工人使用的各种工具或车辆使用后应及时清理、消毒。

8、特殊科室人员按特殊保洁消毒管理制度执行。

四、病人医院感染管理制度

1、住院病人应穿病人服，每天更换，床上用品及生活用品按规定定时更换、消毒处理。

2、病人之间不宜串门。

3、传染病人应安置在单间，按规定进行隔离。用过的一切物品按传染性物品常规处理。

4、术前或产前病人应常规进行乙肝（HBV）、丙肝(HCV)、艾滋病病毒(HIV)标记物的筛查，阳性者在病历上作标记，并采取相应的医院感染措施。

5、手术、分娩病人须更换干净衣服后，才能进入手术室或产房。

6、病人出院、转科或死亡病人用过的物品要进行终末消毒。

五、保洁制度

1、所有的清洁用具（抹布、扫把、地拖、地拖桶等）必须分区域使用。标识明确，用后消毒，分开清洗，悬挂晾干备用。

2、室内坚持湿式清扫，保持环境的清洁，定期通风。有每日、每周的清洁制度。

3、病人用的水壶、便器应固定使用，保持清洁，定时消毒和终末消毒。水壶塞每天消毒、更换一次。

4、病房内不留污便器，禁止在病房、走廊内清点污衣。

建筑设施的管理制度

一、建筑设施要符合卫生学管理的要求，有利于清洁、消毒处理。

二、门诊与病房相对隔离。

三、医疗区与生活区严格分开。

四、医疗区应做到：清洁与污染分区明显，污染区有明显的标识，污染物品不可流向清洁区域。

五、设置污水、污物处理设施，污水的排放质量应符合《医疗机构水污染物排放标准》(GB18466-2005)。

六、凡属医院感染重点监测部门的新建、改建、装修方案，应征求医院感染管理科意见。

七、医院病床间距规范要求；普通病床： ≥ 1 米，单排 3 张，特殊 4 张，双排 6 张；传染病床： ≥ 1.1 米，每房不超 4 张；急诊病床： ≥ 1.2 米；新生儿病床： $\geq 90\text{cm}$ （每床占地面积 3 米²）；ICU 病床： ≥ 1.8 米，（每床占地面积 ≥ 9.5 米²）；母婴病床占地面积 $\geq 5.5-6.5$ 米²（婴儿床占地面积 $\geq 0.5-1$ 米²）。

医院环境卫生学监测管理制度

医院至少每季度应对感染高风险部门如手术室、产房、导管室、层流洁净病房、骨髓移植病房、器官移植病房、ICU、新生儿室、母婴室、血液透析、烧伤病房等进行监测；洁净手术室及其他洁净场所，新建与改建验收时以及更换高效过滤器后进行监测；遇怀疑医院感染暴发或疑似暴发与医院环境有关时，应及时进行目标微生物检测。

一、空气

1、采样时间：I类环境在洁净系统自净后与从事医疗活动前采样；II、III、IV类环境在消毒或规定的通风换气后与从事医疗活动前采样。

2、采样方法：平板暴露法

3、操作：

(1) 布点：室内面积 $\leq 30\text{m}^2$ ，设内、中、外对角线3点，内、外点应距墙壁1m处；室内面积 $> 30\text{m}^2$ ，设4角及中央5点，4角的布点位置应距墙壁1m处。每点高度距地面0.8m—1.5m。

(2) 采样：将普通营养琼脂平皿($\Phi 90\text{mm}$)放在各点处，打开平皿盖，扣放于平皿旁，暴露规定时间后，盖上平皿盖及时送检。

①暴露30min的科室：洁净场所等I类环境

如手术二区、骨髓移植病房、静脉配置中心

②暴露15min的科室：II类环境

如手术一区、日间OR、特诊OR、麻醉科、器官移植一区、器官移植二区、血液一区、血液二区、MICU、SICU、神经外科ICU、PICU、神经ICU、心外ICU、心儿ICU、CCU、产房、生殖中心、胎儿医学中心、新生儿室、烧伤外科、

心导管室、放射介入OR、PET-CT

③暴露5min的科室：III、IV类环境

如爱婴区、供应室、血净中心、超声介入室、内镜科、肾二区、腹透中心、儿科二区、ENT一区、ENT二区、ENT三区、口腔病区、心外科、

眼科门诊、皮肤性病门诊、口腔门诊、ENT 门诊、急诊室、输血科

二、物体表面

1、采样时间：在消毒处理后立即采样。

2、采样方法：棉拭子涂擦法。

3、采样面积：被采表面 $< 100\text{cm}^2$, 取全部表面；被采表面 $\geq 100\text{cm}^2$, 取 100cm^2 。

4、操作：用 $5\text{cm} \times 5\text{cm}$ 灭菌规格板放在被检物体表面，用 1 支无菌棉签在无菌试管内浸湿中和剂，在规格板内横竖往返均匀涂擦各 5 次，并随之转动棉签，连续采样 4 个点，剪去手接触部分，将棉拭子放入装有中和剂的无菌试管内，酒精灯烧管口和管塞，盖好后立即送检。不规则的物体表面用棉签浸湿中和剂后直接反复涂擦采样，方法同上。

三、各类环境空气、物体表面菌落总数卫生标准

环境类别	空气平均菌落数 CFU/皿	物体表面平均菌落数 CFU/ cm^2
I 类环境	$\leq 4.0/30\text{min}$	≤ 5.0
II 类环境	$\leq 4.0/15\text{min}$	≤ 5.0
III、IV 类环境	$\leq 4.0/5\text{min}$	≤ 10.0
IV 类环境	$\leq 4.0/5\text{min}$	≤ 10.0

消毒灭菌效果监测管理制度

一、使用中的消毒剂、灭菌剂应定期进行浓度和染菌量监测

1、浓度监测

- (1) 含氯消毒剂、过氧乙酸等应每日监测一次；
- (2) 戊二醛应每周监测不少于一次；
- (3) 酸化水应在每次使用前分别监测 PH 和有效氯浓度；
- (4) 连续使用的消毒液每天使用前应进行有效浓度的监测。

2、染菌量监测

(1) 消毒剂：每季度一次，皮肤粘膜消毒液染菌量应 $\leq 10\text{cfu/ml}$ ；其他使用中消毒液染菌量应 $\leq 100\text{cfu/ml}$ ，不得检出致病性微生物。

(2) 灭菌剂：每月一次，不得检出任何微生物。

二、使用中的灭菌器必须进行物理监测、化学监测和生物监测，并详细记录。

1、物理监测：应每次进行。

2、化学监测：应每包进行。

3、生物监测：压力蒸汽灭菌、干热灭菌和低温甲醛蒸汽灭菌应每周进行；环氧乙烷灭菌应每次进行；过氧化氢等离子灭菌应每天进行。

预真空压力蒸汽灭菌应在每天开始灭菌运行前进行 B-D 测试。

灭菌器新安装、移位和大修后应连续监测三次，合格后才能采用。

三、紫外线消毒应进行灯管辐射照度监测

1、紫外线杀菌灯应视使用时间检测辐射照度，其辐射照度 $< 70\mu\text{W/cm}^2$ （功率 $\geq 30\text{W}$ 的灯）或累积使用时间超过有效寿命时，应及时更换灯管。

2、灯管辐射照度监测：使用在有效期内的紫外线强度照射指示卡进行监测，30W 高强度紫外线新灯的辐射照度 $\geq 180\mu\text{W/cm}^2$ 为合格；使用中紫外线灯辐射照度 $\geq 70\mu\text{W/cm}^2$ 为合格。照射强度监测至少每半年一次。

四、内镜应进行生物监测

1、各种消毒后的内窥镜如胃镜、肠镜、纤维支气管镜等，应每季度进行，

不得检出致病微生物。

2、各种灭菌后的内窥镜如腹腔镜、关节镜、胆道镜、膀胱镜、胸腔镜等，必须每月进行，不得检出任何微生物。

五、血液净化系统应进行生物监测

必须每月对入、出透析器的透析液进行监测，标准值为：透析器入口液的细菌菌落总数必须 $\leq 200\text{cfu/ml}$ ，出口液的细菌菌落总数必须 $\leq 2000\text{cfu/ml}$ ，不得检出致病微生物。

手卫生效果监测管理制度

医院至少每季度应对感染高风险部门如手术室、产房、导管室、层流洁净病房、骨髓移植病房、器官移植病房、ICU、新生儿室、母婴室、血液透析病房、烧伤病房和口腔科等部门工作的医务人员手进行消毒效果的监测；当怀疑医院感染暴发与医务人员手卫生有关时，应及时进行监测，并进行相应致病性微生物的检测。

一、监测方法

1、采样时间：在接触患者、进行诊疗活动前采样。

2、采样方法：棉拭子涂擦法。

3、操作：被检人五指并拢，无菌棉签在无菌试管内浸湿中和剂，在双手指屈面从指根到指端往返涂擦 2 次，（一只手涂擦面积约 30cm²），并随之转动采样棉拭子（双手同用 1 根棉拭子），剪去手接触部位，将棉拭子投入含中和剂的无菌试管内，酒精灯烧管口和管塞，盖好立即送检。

二、手消毒效果应达到如下相应要求：

1、卫生手消毒，监测的细菌菌落总数 ≤ 10 cfu/cm²

2、外科手消毒，监测的细菌菌落总数 ≤ 5 cfu/cm²

一次性使用无菌医疗用品管理制度

为严格贯彻卫生部《医院感染管理规范》和《医疗机构消毒技术规范》等有关规定，加强对一次性使用无菌医疗用品的管理，保障医疗安全，对一次性使用医疗用品提出如下的管理要求：

一、凡进入医院的一次性使用无菌医疗用品，其生产企业及经营企业必须出示以下证件，报医院感染管理科审核后，统一由设备科购进：

（一）国产一次性使用无菌医疗用品

- 1、《医疗器械生产企业许可证》
- 2、《医疗器械产品注册证》
- 3、省级以上防疫检测部门颁发的合格、合法检验报告书
- 4、营业执照、组织机构代码证
- 5、《医疗器械经营企业许可证》

第1—4项是生产厂家必须提供的资料，第4、5项由经销商提供。厂家直销不需《医疗器械经营企业许可证》

（二）进口一次性使用无菌医疗用品

- 1、《进口医疗器械产品注册证》
- 2、营业执照、组织机构代码证
- 3、《医疗器械经营企业许可证》

第1、2项由生产厂家或公司必须具备的资料，第2、3项是经销商提供。厂家直销不需《医疗器械经营企业许可证》。

二、每次购置，由设备科进行质量验收。做到有关证件、定货合同、发货地点及货款汇寄帐号与企业相一致，并查验每一批号产品的无菌检验合格证、消毒日期、出厂日期、有效期，进口产品应有灭菌日期和失效期的中文标识。向生产厂家索取每批次的一次性使用无菌医疗用品的灭菌检测报告书，并妥善保存备查。

三、建立登记帐册、记录每次定货与到货的产品名称、数量、规格、单价、产品消毒日期、出厂日期、有效期等。

四、一次性使用无菌医疗用品存放于阴凉干燥、通风良好的物架上，距地面 $\geq 20\text{cm}$ ，距墙壁 $\geq 5\text{cm}$ ，距天花板 $\geq 50\text{cm}$ ；不得将包装破损、失效、霉变的产品发放至临床使用。

五、科室使用前应检查产品的有效期、小包装有无破损、产品有无不洁净。

六、临床使用一次性无菌医疗用品，如发现发热反应、感染或有关医疗事件，必须按规定登记发生时间、种类、患者临床表现、结局，产品生产单位、生产日期、批号及供货单位、供货日期，并及时报医院感染管理科和设备科。

七、使用后的一次性无菌医疗用品，由使用科室按医疗废物处理条例等有关规定处置；严禁重复使用和回流市场。

八、需进入临床科室试用的一次性使用无菌医疗用品，必须经医院感染管理科审核必备证件，设备科负责质量审核，医院感染管理科对其灭菌效果作出评价（必要时还需医院感染管理委员会讨论决定），审批并备案后，才能在临床试用。使用产品由设备科统一发放，任何使用科室或个人不能私自试用。

九、对于临床验证的一次性使用无菌医疗用品，应按要求向医院临床药物实验机构申请验证试验。

消毒药械管理制度

为进一步加强我院消毒管理工作，防止院内感染的发生，保障医疗安全，根据卫生部《感染管理规范》和《医院消毒卫生标准》的有关规定，对消毒药械的购入、配制、使用和效果监测提出如下的管理要求：

一、医院感染管理委员会对全院使用的消毒药械进行监督管理。医院感染管理科按照国家有关规定，具体负责对全院消毒灭菌药械的购入、储存和使用进行监督、检查和指导，对存在问题及时汇报医院感染管理委员会讨论决定。

二、凡进入医院使用的消毒药剂和消毒器械，医院感染管理科负责审核如下必要证件：

（一）国产消毒剂

1、《消毒产品生产企业卫生许可证》

2、部级或省级国产消毒剂卫生许可批件（外省产品必须具备卫生部国产消毒剂卫生许可批件）/卫生安全评价报告

3、省级以上防疫检测部门颁发的合格、合法检验报告书

4、营业执照、组织机构代码证

5、《医疗器械经营企业许可证》

第1—4项是生产厂家必须提供的资料，第4、5项由经销商提供。厂家直销不需《医疗器械经营企业许可证》

（二）国产消毒器械

1、《消毒产品生产企业卫生许可证》/《医疗器械生产企业许可证》

2、《医疗器械产品注册证》

3、省级以上防疫检测部门颁发的合格、合法检验报告书

4、部级或省级卫生许可批件

5、营业执照、组织机构代码证

6、《医疗器械经营企业许可证》

第1—5项是生产厂家必须具备的资料，第5、6项由经销商提供。厂家直销

销不需《医疗器械经营企业许可证》

（三）进口消毒剂及消毒器械

- 1、部级进口消毒剂和消毒器械卫生许可批件
- 2、营业执照、组织机构代码证
- 3、《医疗器械经营企业许可证》

第 1、2 项是生产厂家或公司必须具备的资料，第 2、3 项是经销商提供。厂家直销不需《医疗器械经营企业许可证》。

三、采购部门（药学部或设备科）应根据临床需要和医院感染管理委员会对消毒药械选购的审定意见，购进优质、广谱、高效、低毒、价廉、货源充足的消毒药械。

四、各科室使用消毒药剂时要保证消毒剂的有效浓度、有效时间，并严格执行监测制度。在使用中的消毒药剂或消毒器械，要保证使用方法正确，注意影响消毒效果因素的干扰。发现问题，及时报告医院感染管理科。

五、如须稀释浓度才能符合使用要求的各类消毒剂，科室须向医院感染管理科提出申请，经批示同意后，制剂室方可进行配制和提供临床科室使用。

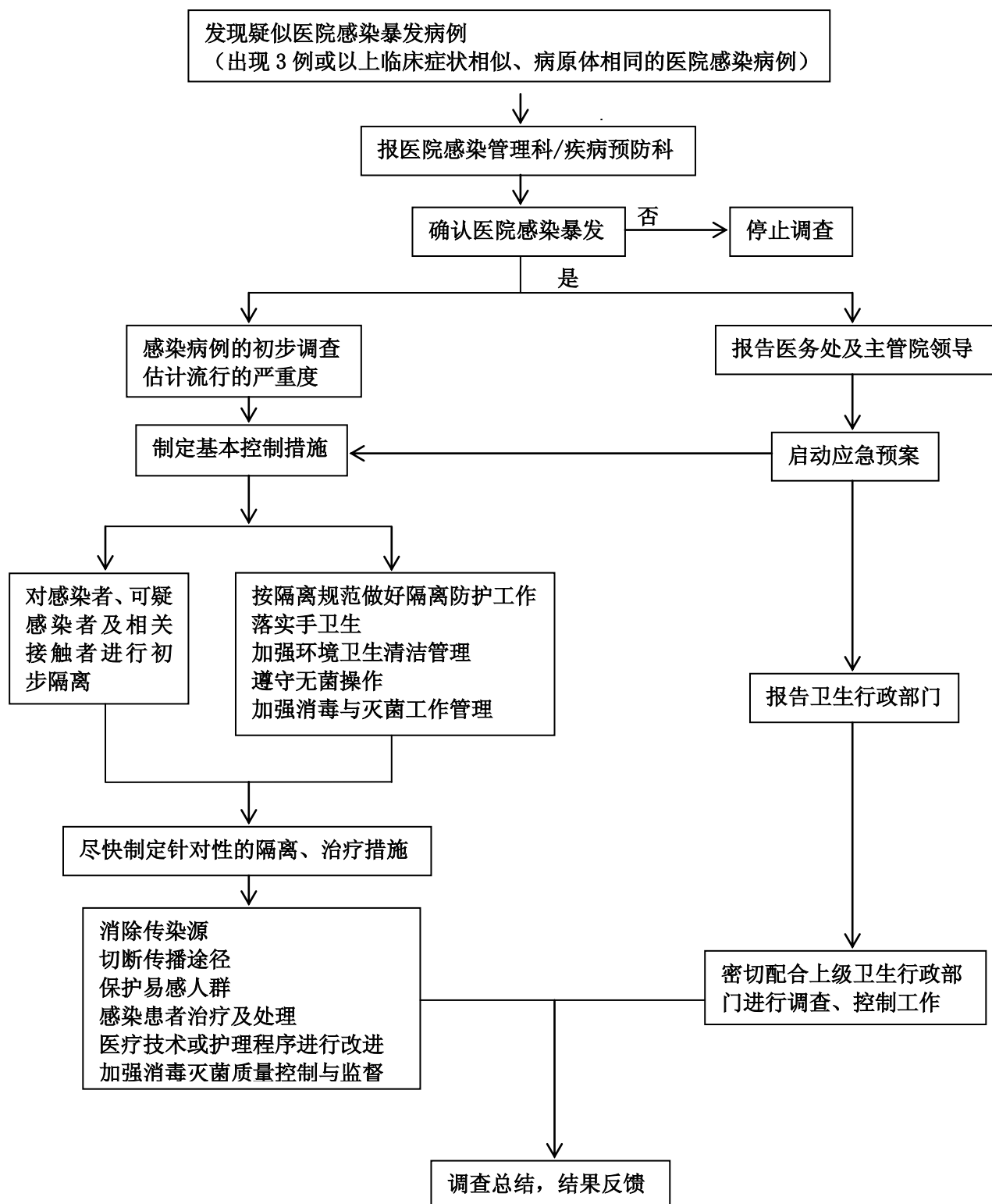
六、经医院感染管理科批准稀释配制的各类消毒剂，制剂室必须按配制操作规程严格执行配制，确保消毒液的规定浓度。

七、科室应按规定对消毒药液和消毒器械进行微生物监测，医院感染管理科按有关规定进行抽查，以保证消毒效果。

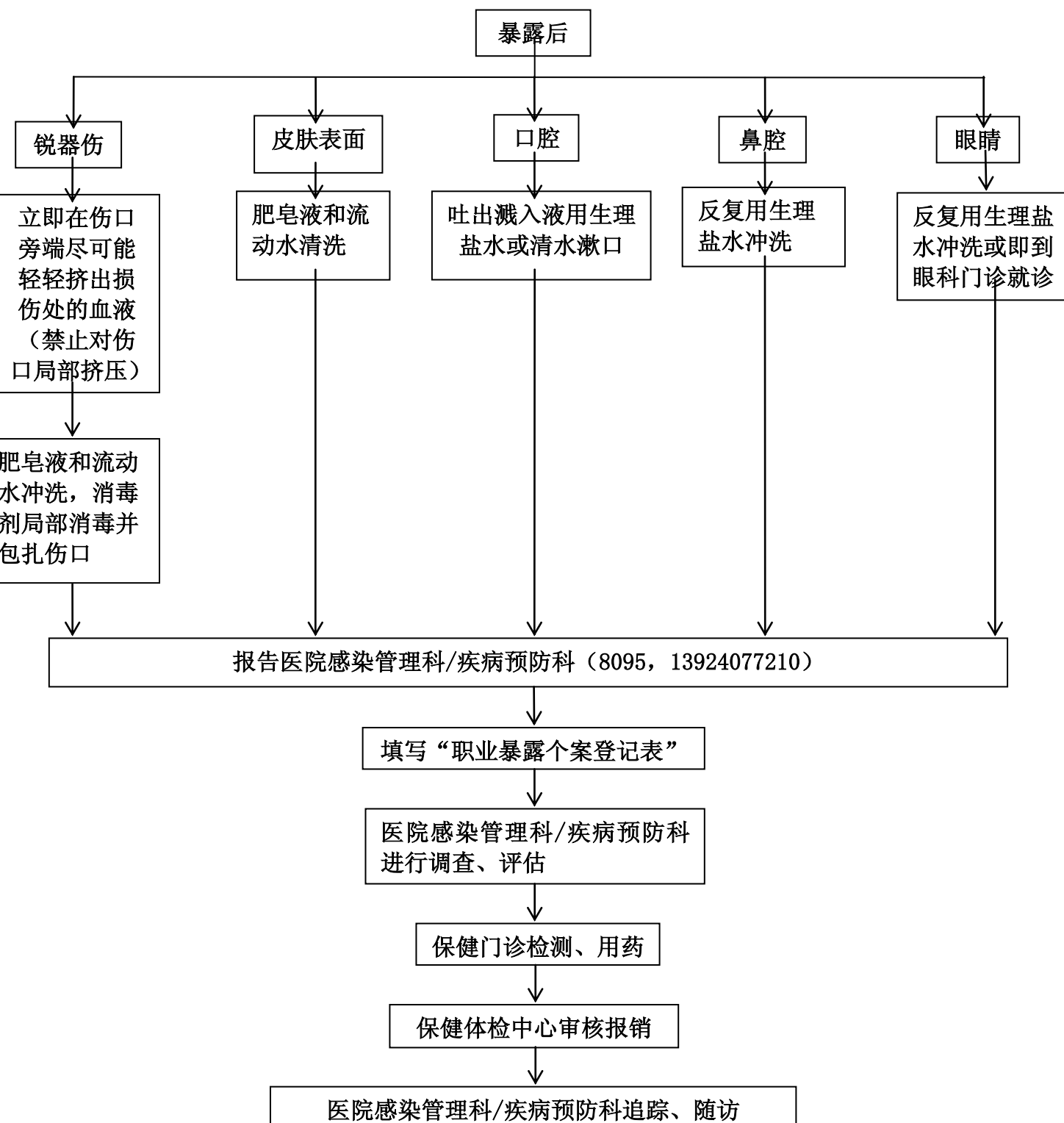
八、凡需进入临床科室试用的消毒药剂和消毒器械，必须经医院感染管理科审核必备证件，药学部（消毒剂）或设备科（消毒器械）负责质量审核，医院感染管理科对其消毒灭菌效果作出评价（必要时还需医院感染管理委员会讨论决定），审批并备案后，才能在临床试用。使用产品由药学部（消毒剂）或设备科（消毒器械）统一发放。任何使用科室或个人不能私自试用。

九、对于临床验证的消毒剂和消毒器械，应按要求向医院临床药物实验机构申请验证试验。

医院感染暴发报告和处置流程



血源传播性病原体职业暴露后处理流程



多重耐药菌监测标准操作规程

一、监测对象

是全部住院患者，

二、监测中各部门职责及要求如下：

临床科室：

1、及时留取标本送病原学检测、严密监测高危人群

2、诊断与报告

(1) 临床科室对送病原学检查标本的结果要及时追踪，确定是多重耐药菌感染和定植者，由主管医生在科室自设的《多重耐药菌感染或定植病例登记本》上登记。

(2) 确诊是多重耐药菌医院感染病例，必须在 24 小时内由主管医生填写《医院感染病例登记表》报告医院感染管理科。

(3) 发现有多重耐药菌医院感染流行趋势，即同一病区出现 3 例或 3 例以上相同多重耐药菌感染时，应立即电话报告医院感染管理科。

3、临床科室应根据药物敏感试验结果合理选用抗菌药物，治疗多重耐药菌感染患者。

4、临床科室对多重耐药菌感染和定植患者，要严格落实消毒隔离、手卫生等措施，有效预防和控制多重耐药菌传播。

(二) 医学检验部（临床微生物实验室）：

1、负责对多重耐药菌检测及抗菌药物敏感性、耐药模式的监测。

2、检测出多重耐药菌后，应在检验报告单上标记清楚，及时签发报告单，反馈到医院感染管理部门以及相关临床科室。同一病区出现 3 例或 3 例以上同一种多重耐药菌感染时，应立即电话报告医院感染管理科和相关临床科室。

3、微生物实验室应每季度全院公布一次临床常见分离细菌菌株及其药敏情况，包括全院和重点部门多重耐药菌的检出变化情况和感染趋势等。

(三) 医院感染管理科：

1、医院感染管理科专职人员应定期查询微生物实验室的病原学检查结

果，对多重耐药菌感染和定植病例进行重点追踪，并对病区的诊断和报病情况进行监控，督促消毒隔离等各项措施的落实。

2、当出现多重耐药菌医院感染暴发时，按照我院《医院感染暴发报告流程与处置预案》（文号）进行处置和报告。

3、定期组织对多重耐药菌防控等相关知识培训。

（四）药学部：

落实多重耐药菌的耐药预警机制，指导临床合理使用抗菌药物。

（五）信息网络科：

负责医院信息系统维护，支持各部门对多重耐药菌感染相关信息的快捷获得。

多重耐药菌预防与控制标准操作规程

一、医院的工作人员应接受多重耐药菌预防和控制的教育和培训，掌握并实施预防和控制多重耐药菌传播的策略和措施。

二、加强抗菌药物合理使用管理，以减少多重耐药菌的产生。

三、医院各部门按照我院《多重耐药菌管理规定》要求开展多重耐药菌监测。比如临床科室要严密监测高危人群，及时诊断和报告。医学检验科检测出多重耐药菌后，应及时反馈到医院感染管理部门以及相关临床科室。医学检验科应每季度全院公布一次临床常见分离细菌菌株及其药敏情况。

四、预防和控制多重耐药菌的传播

1、加强医务人员手卫生。

医务人员在直接接触患者前后、对患者实施诊疗护理操作前后、接触患者体液或者分泌物后、摘掉手套后、接触患者使用过的物品后以及从患者的污染部位转到清洁部位实施操作时，都应当实施手卫生。手上有明显污染时，应当洗手；无明显污染时，可以使用速干手消毒剂进行手部消毒。

2、严格落实隔离措施

各科室应当对所有患者实施标准预防措施，对确定或高度疑似多重耐药菌感染患者或定植患者，应当在标准预防的基础上，实施严格的接触隔离措施，预防多重耐药菌传播。

(1) 尽量选择单间隔离，也可以将同类多重耐药菌感染患者或定植患者安置在同一房间。隔离床单位应当有隔离标识。

(2) 与患者直接接触的相关医疗器械、器具及物品要专人专用，并及时消毒处理。不能专人专用的医疗器械、器具及物品要在每次使用后擦拭消毒。

(3) 医务人员对患者实施诊疗护理操作时，应当将高度疑似或确诊多重耐药菌感染患者或定植患者安排在最后进行。

(4) 探视者进入隔离室前必须通知值班护士，出入隔离室应遵守隔离病室的出入制度和消毒隔离制度。

(5) 微生物实验室对多重耐药标本的运送、处理和鉴定等程序要严格按照实验室操作规程进行。

3、加强多重耐药菌感染患者或定植患者诊疗环境的清洁、消毒措施。

使用专用的抹布等物品进行清洁和消毒。出现多重耐药菌感染暴发或者疑似暴发时，应当增加清洁、消毒频次。

在多重耐药菌感染患者或定植患者诊疗过程中产生的医疗废物，应当按照医疗废物有关规定进行处置和管理。

4、切实遵守无菌技术操作规程。

医务人员应当严格遵守无菌技术操作规程，特别是在实施各种侵入性操作时，应当严格执行无菌技术操作和标准操作规程，避免污染，有效预防多重耐药菌感染。

医院感染全院综合性监测标准操作规程

一、 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。

二、 监测内容：

1、基本情况：监测月份、住院号、科室、床号、姓名、性别、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-污染切口、污染切口）。

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、病原体名称、药物敏感试验结果。

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。

三、 监测方法：

1、临床科室医师和医院感染管理监控小组人员应及时报告医院感染病例。

2、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。

3、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。

四、 资料分析：

$$\text{医院感染（例次）发病率} = \frac{\text{同期新发医院感染病例（例次）数}}{\text{观察期间危险人群人数}} \times 100\%$$

公式中观察期间危险人群人数以同期出院人数替代。

$$\text{日医院感染（例次）发病率} = \frac{\text{观察期间内医院感染新发病例（例次）数}}{\text{同期住院患者住院日总数}} \times 1000\%$$

五、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，报告医院感染管理委员会并向临床科室反馈监测结果和分析建议。

六、样表

医院感染病登记表（见附表）

医院感染病例报告登记表

填报日期：____年____月____日

填表人：_____

科室/病区：____床号：____姓名：____性别：男 女 年龄：____住院号：____ 入院日期：____年____月____日 入院诊断：_____ 出院日期：____年____月____日 出院诊断：_____ 住院天数：____天 疾病转归：治愈 好转 未愈 死亡 其它_____ 医院感染与死亡直的关系：1、直接 2、间接 3、无关		
医院感染发生日期：____年____月____日 感染诊断_____ 侵入操作相关感染：呼吸机相关肺炎 泌尿道插管相关泌尿道感染 血管导管相关血流感染 医院感染症状体征_____ 感染部位：上呼吸道 下呼吸道 胃肠道 泌尿道 手术部位（浅表 深部 器官/腔隙） 血液 皮肤与软组织 腹（盆）内组织 其它_____ 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 免疫抑制剂 肾上腺皮质激素 放疗 化疗 引流管 糖尿病 营养不良 其它_____ 手术情况：手术日期____年____月____日 急诊手术：是 否 手术名称：_____ 切口类型：____ 手术风险分级：NNIS-0 NNIS-1 NNIS-02 NNIS-3 植入物：是 否 手术医生：____ 麻醉类型：气管插管全麻 其它_____		
医院感染病原学检查：是 否 送检日期：____年____月____日 标本名称：血液 痰液 尿液 大便 腹腔积液 胸腔积液 伤口分泌物 其它_____ 病原体名称：1、____ 2、____ 3、____ 多重耐药菌 是 否 多重耐药菌名称：MRSA VRE ESBLs PDR-AB PDR-PA 其它_____ 药敏试验：是 否		
病原体名称	敏感抗菌药物种类	耐药抗菌药物种类
抗菌药物使用名称：_____ 按药敏结果用药：是 否 联合用药：是 否		

注：此表由主管医生在确诊医院感染 24 小时内填写报告医院感染管理科（曾宪梓 7 楼，电话 8095），表格中可选项目选中后直接在上面“打勾”，感染与手术无关者可不填写手术情况

新生儿病房医院感染监测标准操作规程

一、监测对象：新生儿病房住院患者

二、监测内容：

1、基本资料 住院号、姓名、性别、天数、出生体重（BW，分 $\leq 1000\text{g}$ ， $1001\text{g}\sim 1500\text{g}$ ， $1501\text{g}\sim 2500\text{g}$ ， $>2500\text{g}$ 四组。以下体重均指出生体重）。

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。

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。

三、监测方法

1、病区指定专人负责该项目监测工作，填写新生儿病房日志（表1）和月报表（表2）。

2、病区医师密切观察患者情况，新生儿发生医院感染时填写《医院感染病例登记表》，交医院感染管理科。

3、医院感染专职人员定期到新生儿病区查房，了解医院感染情况，发现问题及时解决。

表 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 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				

四、资料分析

不同体重组新生儿日感染发病率= $\frac{\text{不同出生体重组感染新生儿数}}{\text{不同出生体重组总住院日数}} \times 1000\%$

不同体重组新生儿= $\frac{\text{不同体重组新生儿脐或中心静脉导管使用日数}}{\text{不同体重组新生儿总住院日数}} \times 100\%$
血管导管使用率

不同体重组新生儿= $\frac{\text{不同体重组新生儿使用呼吸机日数}}{\text{不同体重组新生儿总住院日数}} \times 100\%$
呼吸机使用率

不同体重组新生儿= $\frac{\text{不同体重组脐/中心静脉插管血流感染新生儿数}}{\text{不同体重组新生儿脐或中心静脉插管日数}} \times 1000\%$
血管导管相关血流感染发病率

不同体重呼吸机相关= $\frac{\text{不同体重组使用呼吸机新生儿肺炎人数}}{\text{不同体重组新生儿使用呼吸机日数}} \times 1000\%$
肺炎发病率

五、总结和反馈 定期对监测资料进行分析，提出监测中发现问题，向临床科室反馈并提出整改建议，必要时向医院感染管理委会报告。

重症医学科医院感染监测标准操作规程

一、监测对象：

入住重症医学科的所有患者

二、监测内容：

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、疾病转轨（治愈、好转、未愈、死亡、其它）等。

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。

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、

ICU 患者日志

ICU 科别：

监测月份： 年 月

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					

4、资料收集：

(1) 重症医学科指定专人作为该目标性监测的项目负责人，由项目负责人每天填写“ICU 病人日志”，每月汇总后于次月 1 日交医院感染管理科。

(2) 与 ICU 感染率计算有关的感染必须是在 ICU 内获得的感染,即病人住进 ICU 时,该感染不存在也不处于潜伏期;病人转出 ICU 到其它病房后,应追踪观察 48 小时,此间确定的无明确潜伏期的感染仍属 ICU 感染。月底转出 ICU 的病人,如果 48 小时后发生的无明确潜伏期的感染,不记入 ICU 感染;48 小时内发生的无明确潜伏期的感染,则该感染日期为转出 ICU 的日期,记入转出当月感染数。(如果是有明确潜伏期的病原体感染,根据平均潜伏期时间判断是否 ICU 感染及获得感染的月份)。

(3) 重症医学科医生密切观察住院患者,患者有感染征象时及时留取标准送病原学检查,根据卫生部《医院感染诊断标准》进行诊断,填写《医院感染病例登记表》,24 小时内交医院感染管理科。

(4) 医院感染管理专职人员定期到重症医学科查房,了解目标性监测情况,发现问题及时解决。

三、资料分析

医院感染病人数 (例次数)

$$\text{医院感染 (例次) 发病率} = \frac{\text{医院感染病人数 (例次数)}}{\text{同期住 ICU 病人总数}} \times 100\%$$

医院感染病人数 (例次数)

$$\text{病人日医院感染 (例次) 发病率} = \frac{\text{医院感染病人数 (例次数)}}{\text{同期住 ICU 病人日数}} \times 1000\%$$

尿道插管病人日数

$$\text{尿道插管应用率} = \frac{\text{尿道插管病人日数}}{\text{累计病人住院日数}} \times 1000\%$$

动静脉插管日数

$$\text{动静脉插管应用率} = \frac{\text{动静脉插管日数}}{\text{累计病人住院日数}} \times 1000\%$$

$$\text{呼吸机应用率} = \frac{\text{使用呼吸机日数}}{\text{累计病人住院日数}} \times 100\%$$

$$\text{尿道插管相关泌尿道感染发病率} = \frac{\text{尿道插管病人中泌尿道感染人数}}{\text{累计病人尿道插管日数}} \times 100\%$$

$$\text{导管相关血液感染发病率} = \frac{\text{动静脉插管病人中血液感染人数}}{\text{累计病人动静脉插管日数}} \times 100\%$$

$$\text{呼吸机相关下呼吸道感染发病率} = \frac{\text{使用呼吸机病人中下呼吸道感染人数}}{\text{累计病人使用呼吸机日数}} \times 100\%$$

四、监测资料的总结报告及反馈

及时将监测资料进行汇总分析，及时向被监测部门反馈，并向医院主管院领导和相关部门汇报，根据监测结果采取相应措施，避免医院感染的暴发。

医院内肺炎预防与控制标准操作规程

医院内肺炎(HAP)是我国最常见的医院感染类型,呼吸机相关肺炎(VAP)是其中的重要类型,预后较差。

1. 对存在HAP高危因素的患者,建议使用含2%氯己定(洗必泰)漱口或口腔冲洗,每2~6小时一次。

2. 如无禁忌症,应将床头抬高 30° ~ 45° 。

3. 鼓励手术后患者(尤其是胸部和上腹部手术患者)早期下床活动。

4. 指导患者正确咳嗽,必要时予以翻身、拍背,以利于痰液引流。

5. 提倡积极使用胰岛素控制血糖在 $80\sim 110\text{mg/dL}$ 。

6. 不应常规采用选择性消化道脱污染(SDD)来预防HAP(HVP)。

7. 对于使用呼吸机的患者,还应考虑以下几点。

(1) 严格掌握气管插管或切开适应症,使用呼吸机辅助呼吸的患者应优先考虑无创通气;

(2) 如要插管,尽量使用经口的气管插管;

(3) 有建议保持气管插管气囊压力在 20mmHg 以上;

(4) 吸痰时应严格遵循无菌操作原则,吸痰前、后,医务人员应作手卫生;

(5) 呼吸机螺纹管和湿化器应每周更换1~2次,有明显分泌物污染时应及时更换;螺纹管冷凝水应及时倾倒,不可使冷凝水流向患者气道;湿化器加水应使用无菌用水,每天更换;

(6) 每日停用镇静剂,评估是否撤机和拔管,减少插管天数。

8. 应对医务人员包括护工,定期进行有关预防措施的教育培训。

手术部位感染监测标准操作规程

一、监测对象

被选定监测手术的所有择期和急诊手术患者（住院患者，排除内窥镜手术及无手术切口的手术）。

二、监测内容

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）。

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。

3、手术部位感染资料 感染日期与诊断、病原体。

三、监测方法

1、采用主动监测方法，住院监测与出院监测相结合。

2、各级人员正确掌握外科手术部位感染的定义以及正确采集手术部位感染标本的方法。

3、各级人员职责

（1）麻醉医生 完善手术麻醉记录，在麻醉实施前根据患者临床症状进行病情分级。

（2）手术医生

①对手术患者进行手术风险分级。

②发现手术部位感染患者，立即填写“手术部位感染监测登记表”（见附表），报告医院感染管理科，填表同时在病区“医院感染登记本”上登记。

③定时切口换药，有或疑似手术部位感染时，送分泌物做病原学检查。

④完善病案、手术记录。

⑤随访出院患者发现有手术部位感染，或患者主动反映有感染后经证实者，及时按规定报告。

⑥患者出院时给予指导，出院期间有疑似手术部位感染症状立即返我院就诊。

(3) 每个病区由“感控专员”作为该项监测项目的负责人。项目负责人负责督促主管医师填写“手术部位感染监测登记表”，并及时交医院感染管理科。协助做好手术患者的入院宣教和出院指导工作。

(4) 医院感染监控专职人员定期去病房了解被监测手术患者的情况。对监测数据定期进行统计分析、反馈，协助科室对问题进行整改。

四、资料分析

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

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

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

$$\text{某医师不同危险指数感染发病专率(\%)} = \frac{\text{该医师不同危险指数等级患者的手术部位感染例数}}{\text{某医师不同危险指数等级患者手术例数}} \times 100\%$$

五、总结和反馈

定期对监测资料进行总结分析，提出监测中发现的问题，报告医院感染管理委员会和相关医院领导，并向临床科室反馈监测结果和建议，采取相应措施，降低手术部位感染率。

六、手术部位感染监测登记表见附表

附表

手术部位感染监测登记表

一、一般情况

病区 姓 名 住院号 床号 性别 年龄

入院日期__年__月__日

出院日期__年__月__日

诊断

联系电话

回访日期 __年__月__日

二、手术情况和危险因素

手术名称 手术日期__年__月__日 手术持续时间 分钟

手术医生 是否接台 是 否 术前备皮 未备 剃毛 脱毛

切口分类 I II III 手术风险分级 NNIS-0 NNIS-1 NNIS-02 NNIS-3

手术类型 急诊 / 择期 麻醉类型 全麻/非全麻

植 入 物 有/无 植入物类型和厂家

失血量 ml 引流情况 有 无 总引流量 ml 天数

基础疾病及危险因素 慢性肾病 慢性肝病 糖尿病 脑血管病 白血病 恶性肿瘤

其他_____

三、抗菌药物使用情况

围手术期用药开始时间（术前 30~120 分钟） 是/否

术中用药 是/否 术后用药天数 日（含手术当日和口服类）

药物种类和名称

四、手术后感染情况

部位： 表浅 深部 器官/腔隙； 其它医院感染： 有 无

感染日期	感染部位	送检日期	标本名称	病原体	药敏结果
年 月 日		年 月 日			
年 月 日		年 月 日			

填表人

手术部位感染预防与控制标准操作规程

一、手术前

1、尽量缩短患者术前住院时间。择期手术患者应当尽可能待手术部位以外感染治愈后再行手术。

2、有效控制糖尿病患者的血糖水平。

3、避免不必要备皮，如确需备皮应当在手术当日进行，尽量使用不损伤皮肤的方法，避免使用刀片刮除毛发。

4、消毒前要彻底清除手术切口和周围皮肤的污染，皮肤消毒范围应当符合手术要求。

5、如需预防使用抗菌药物，应在切皮前 30 分钟—2 小时内或麻醉诱导期给予合理种类和合理剂量的抗菌药物。需要做肠道准备的患者，还需术前一天分次、足剂量给予非吸收性口服抗菌药物。

6、有明显皮肤感染或者患感冒、流感等呼吸道疾病，以及携带或感染多重耐药菌的医务人员，在未治愈前不应当参加手术。

7、手术人员要严格按照《医务人员手卫生规范》进行外科手消毒。

8、重视术前患者的抵抗力，纠正水电解质的不平衡、贫血、低蛋白血症等。

二、手术中

1、保证手术室门关闭，尽量保持手术室正压通气，环境表面清洁，最大限度减少人员数量和流动。

2、保证使用的手术器械、器具及物品等达到灭菌水平。

3、手术中医务人员要严格遵循无菌技术原则和手卫生规范。

4、若手术时间超过 3 小时，或者手术时间长于所用抗菌药物半衰期的，或者失血量大于 1500 毫升的，手术中应当对患者追加合理剂量的抗菌药物。

5、手术人员尽量轻柔地接触组织，保持有效地止血，最大限度地减少组织损伤，彻底去除手术部位的坏死组织，避免形成死腔。

6、术中保持患者体温正常，防止低体温。需要局部降温的特殊手术执行具体专业要求。

7、冲洗手术部位时，应当使用温度为 37℃ 的无菌生理盐水等液体。

8、对于需要引流的手术切口，术中应当首选密闭负压引流，并尽量选择远离手术切口、位置合适的部位进行置管引流，确保引流充分。

三、手术后

1、医务人员接触患者手术部位或者更换手术切口敷料前后应当进行手卫生。

2、为患者更换切口敷料时，要严格遵守无菌技术操作原则及换药流程。

3、术后保持引流通畅，根据病情尽早为患者拔除引流管。

导管相关血流感染预防与控制标准操作规程

一、置管时

1、严格执行无菌技术操作规程。置管时应当遵守最大限度的无菌屏障要求。置管部位应当铺大无菌单（巾）；置管人员应当戴帽子、口罩、无菌手套，穿无菌手术衣。

2、严格按照《医务人员手卫生规范》，认真洗手并戴无菌手套后，尽量避免接触穿刺点皮肤。置管过程中手套污染或破损应当立即更换。

3、置管使用的医疗器械、器具等医疗用品和各种敷料必须达到灭菌水平。

4、选择合适的静脉置管穿刺点，成人中心静脉置管时，应当首选锁骨下静脉，尽量避免使用颈静脉和股静脉。

5、采用卫生行政部门批准的皮肤消毒剂消毒穿刺部位皮肤，自穿刺点由内向外以同心圆方式消毒，消毒范围应当符合置管要求。消毒后皮肤穿刺点应当避免再次接触。皮肤消毒待干后，再进行置管操作。

6、患疔肿、湿疹等皮肤病或患感冒、流感等呼吸道疾病，以及携带或感染多重耐药菌的医务人员，在未治愈前不应当进行置管操作。

二、置管后

1、应当尽量使用无菌透明、透气性好的敷料覆盖穿刺点，对于高热、出汗、穿刺点出血、渗出的患者应当使用无菌纱布覆盖。

2、应当定期更换置管穿刺点覆盖的敷料。更换间隔时间为：无菌纱布为1次/2天，无菌透明敷料为1-2次/周，如果纱布或敷料出现潮湿、松动、可见污染时应当立即更换。

3、医务人员接触置管穿刺点或更换敷料时，应当严格执行手卫生规范。

4、保持导管连接端口的清洁，注射药物前，应当用75%酒精或含碘消毒剂进行消毒，待干后方可注射药物。如有血迹等污染时，应当立即更换。

5、告知置管患者在沐浴或擦身时，应当注意保护导管，不要把导管淋湿或浸入水中。

6、在输血、输入血制品、脂肪乳剂后的24小时内或者停止输液后，应当及时更换输液管路。外周及中心静脉置管后，应当用生理盐水或肝素盐水进行常规冲管，预防导管内血栓形成。

- 7、严格保证输注液体的无菌。
- 8、紧急状态下的置管，若不能保证有效的无菌原则，应当在 48 小时内尽快拔除导管，更换穿刺部位后重新进行置管，并作相应处理。
- 9、怀疑患者发生导管相关感染，或者患者出现静脉炎、导管故障时，应当及时拔除导管。必要时应当进行导管尖端的微生物培养。
- 10、医务人员应当每天对保留导管的必要性进行评估，不需要时应当尽早拔除导管。
- 11、导管不宜常规更换，特别是不应当为预防感染而定期更换中心静脉导管和动脉导管。

导尿管相关尿路感染预防与控制标准操作规程

一、置管前

- 1、严格掌握留置导尿管的适应征，避免不必要的留置导尿。
- 2、仔细检查无菌导尿包，如导尿包过期、外包装破损、潮湿，不应当使用。
- 3、根据患者年龄、性别、尿道等情况选择合适大小、材质等的导尿管，最大限度降低尿道损伤和尿路感染。
- 4、对留置导尿管的患者，应当采用密闭式引流装置。
- 5、告知患者留置导尿管的目的，配合要点和置管后的注意事项。

二、置管时

- 1、医务人员要严格按照《医务人员手卫生规范》，认真洗手后，戴无菌手套实施导尿术。
- 2、严格遵循无菌操作技术原则留置导尿管，动作要轻柔，避免损伤尿道粘膜。
- 3、正确铺无菌巾，避免污染尿道口，保持最大的无菌屏障。
- 4、充分消毒尿道口，防止污染。要使用合适的消毒剂棉球消毒尿道口及其周围皮肤粘膜，棉球不能重复使用。男性：先洗净包皮及冠状沟，然后自尿道口、龟头向外旋转擦拭消毒。女性：先按照由上至下，由内向外的原则清洗外阴，然后清洗并消毒尿道口、前庭、两侧大小阴唇，最后会阴、肛门。
- 5、导尿管插入深度适宜，插入后，向水囊注入 10—15 毫升无菌水，轻拉尿管以确认尿管固定稳妥，不会脱出。
- 6、置管过程中，指导患者放松，协调配合，避免污染，如尿管被污染应当重新更换尿管。

三、置管后

- 1、妥善固定尿管，避免打折、弯曲，保证集尿袋高度低于膀胱水平，避免接触地面，防止逆行感染。
- 2、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。

3、应当使用个人专用的收集容器及时清空集尿袋中尿液。清空集尿袋中尿液时，要遵循无菌操作原则，避免集尿袋的出口触碰到收集容器。

4、留取小量尿标本进行微生物病原学检测时，应当消毒导尿管后，使用无菌注射器抽取标本送检。留取大量尿标本时（此法不能用于普通细菌和真菌学检查），可以从集尿袋中采集，避免打开导尿管和集尿袋的接口。

5、不应当常规使用含消毒剂或抗菌药物的溶液进行膀胱冲洗或灌注以预防尿路感染。

6、应当保持尿道口清洁，大便失禁的患者清洁后还应当进行消毒。留置导尿管期间，应当每日清洁或冲洗尿道口。

7、患者沐浴或擦身时应当注意对导管的保护，不应当把导管浸入水中。

8、长期留置导尿管患者，不宜频繁更换导尿管。若导尿管阻塞或不慎脱出时，以及留置导尿装置的无菌性和密闭性被破坏时，应当立即更换导尿管。

9、患者出现尿路感染时，应当及时更换导尿管，并留取尿液进行微生物病原学检测。

10、每天评估留置导尿管的必要性，不需要时尽早拔除导尿管，尽可能缩短留置导尿管时间。

11、对长期留置导尿管的患者，拔除导尿管时，应当训练膀胱功能。

12、医护人员在维护导尿管时，要严格执行手卫生。

呼吸机相关下呼吸道感染诊断标准

呼吸机相关下呼吸道感染（包括呼吸机相关肺炎），是指无下呼吸道感染的患者，在气管插管或气管切开行机械通气治疗 48 h 后所并发的下呼吸道感染，其中呼吸机相关性肺炎（VAP）是医院获得性肺炎中最常见和最重要的类型。

1、 临床诊断

患者出现咳嗽、痰粘稠，肺部出现湿罗音，并有下列情况之一，即可诊断：

- （1）发热。
- （2）白细胞总数和(或)嗜中性粒细胞比例增高。
- （3）X 线显示肺部有炎性浸润性病变。

2、病原学诊断

临床诊断基础上，符合下述六条之一即可诊断

- （1）经筛选的痰液，连续两次分离到相同病原体。
- （2）痰细菌定量培养分离病原菌数 $\geq 10^6 \text{cfu/ml}$ 。
- （3）血培养或并发胸腔积液者的胸液分离到病原
- （4）经纤维支气管镜或人工气道吸引采集的下呼吸道分泌物病原菌数 $\geq 10^5 \text{cfu/ml}$ ；经支气管肺泡灌洗(BAL)分离到病原菌数 $\geq 10^4 \text{cfu/ml}$ ；或经防污染标本刷(PSB)、防污染支气管肺泡灌洗(PBAL)采集的下呼吸道分泌物分离到病原菌，而原有慢性阻塞性肺病包括支气管扩张者病原菌数必须 $\geq 10^3 \text{cfu/ml}$ 。
- （5）痰或下呼吸道采样标本中分离到通常非呼吸道定植的细菌或其它特殊病原体。
- （6）免疫血清学、组织病理学的病原学诊断证据

导尿管相关尿路感染诊断标准

导尿管相关尿路感染主要是指患者留置导尿管后，或者拔除导尿管48小时内发生的泌尿系统感染。

临床诊断：患者出现尿频、尿急、尿痛等尿路刺激症状，或者有下腹触痛、肾区叩痛，伴有或不伴有发热，并且尿检白细胞男性 ≥ 5 个/高倍视野，女性 ≥ 10 个/高倍视野，插导尿管者应当结合尿培养。

病原学诊断：在临床诊断的基础上，符合以下条件之一：

1、清洁中段尿或者导尿留取尿液（非留置导尿）培养革兰阳性球菌菌落数 $\geq 10^4$ cfu/ml，革兰阴性杆菌菌落数 $\geq 10^5$ cfu/ml。

2、耻骨联合上膀胱穿刺留取尿液培养的细菌菌落数 $\geq 10^3$ cfu/ml。

3、新鲜尿液标本经离心应用相差显微镜检查，在每30个视野中有半数视野见到细菌。

4、经手术、病理学或者影像学检查，有尿路感染证据的。

患者虽然没有症状，但在1周内有关镜检查或导尿管置入，尿液培养革兰阳性球菌菌落数 $\geq 10^4$ cfu/ml，革兰阴性杆菌菌落数 $\geq 10^5$ cfu/ml，应当诊断为无症状性菌尿症。

导管相关血流感染诊断标准

导管相关血流感染 (Catheter Related Blood Stream Infection,简称 CRBSI) 诊断:

1、带有血管内导管或者拔除血管内导管 48 小时内的患者出现菌血症或真菌血症,并伴有发热 ($>38^{\circ}\text{C}$)、寒颤或低血压等感染表现。

2、除血管导管外没有其他明确的感染源。

3、实验室微生物学检查显示:外周静脉血培养细菌或真菌阳性;或者从导管段和外周血培养出相同种类、相同药敏结果的致病菌。

外科手术部位感染诊断标准

外科手术部位感染分为切口浅部组织感染、切口深部组织感染、器官/腔隙感染。

一、切口浅部组织感染。手术后 30 天以内发生的仅累及切口皮肤或者皮下组织的感染，并符合下列条件之一：

1. 切口浅部组织有化脓性液体。
2. 从切口浅部组织的液体或者组织中培养出病原体。
3. 具有感染的症状或者体征，包括局部发红、肿胀、发热、疼痛和触痛，外科医师开放的切口浅层组织。

下列情形不属于切口浅部组织感染：

1. 针眼处脓点（仅限于缝线通过处的轻微炎症和少许分泌物）。
2. 外阴切开术或包皮环切术部位或肛门周围手术部位感染。
3. 感染的烧伤创面，及溶痂的Ⅱ、Ⅲ度烧伤创面。

二、切口深部组织感染。无植入物者手术后 30 天以内、有植入物者手术后 1 年以内发生的累及深部软组织（如筋膜和肌层）的感染，并符合下列条件之一：

1. 从切口深部引流或穿刺出脓液，但脓液不是来自器官/腔隙部分。
2. 切口深部组织自行裂开或者由外科医师开放的切口。同时，患者具有感染的症状或者体征，包括局部发热，肿胀及疼痛。
3. 经直接检查、再次手术探查、病理学或者影像学检查，发现切口深部组织脓肿或者其他感染证据。

同时累及切口浅部组织和深部组织的感染归为切口深部组织感染；经切口引流所致器官/腔隙感染，无须再次手术归为深部组织感染。

三、器官/腔隙感染。无植入物者手术后 30 天以内、有植入物者手术后 1 年以内发生的累及术中解剖部位（如器官或者腔隙）的感染，并符合下列条件之一：

1. 器官或者腔隙穿刺引流或穿刺出脓液。

2.从器官或者腔隙的分泌物或组织中培养分离出致病菌。

3.经直接检查、再次手术、病理学或者影像学检查，发现器官或者腔隙脓肿或者其他器官或者腔隙感染的证据。

医院常用的消毒剂及使用方法

一、医院常用的消毒剂和灭菌剂

(一) 消毒剂

- 1、皮肤消毒：3%碘酊、75%酒精、安尔碘。
- 2、粘膜消毒：0.1%安多福。
- 3、烧伤创面消毒：0.5%安多福。
- 4、手消毒：洁芙柔免洗手消毒凝胶。

(二) 含氯消毒剂

1、健之素：

一般消毒：0.05%；传染病消毒：0.1%；烈性传染病消毒：0.2%。

配制方法：健之素 1 片（500mg）+水 1000 毫升=0.05%

消毒对象 （附健之素消毒剂医院使用说明书） 每片含有效氯 500mg

类 别		消毒对象	使用 浓度	1000ml 水 加片数	消毒 方法	消毒时 间（分）
器械 浸泡 消毒	金属	镊子、钳子、手术刀柄、 治疗盘、窥阴镜、压舌板、 舌钳等	250mg/L	0.5 片	浸泡	20—30
	玻璃 搪瓷	注射器、引流瓶、湿化瓶、 尿瓶、减压瓶、体温表、 药杯、污物桶、痰杯、换 药器械	500mg/L	1 片	浸泡	20
	橡胶	硅胶管、橡胶管、氧气管、 导尿管、肛管、胃管、冰 袋、气圈、雾化面罩等	250mg/L	0.5 片	浸泡	20—30
物体表面 消毒		门把手、工作台面、输液 架、婴儿床、毛巾杆、推	125mg/L	0.25 片	擦拭	滞留 2—5

	车、浴盘				
环境	地面、墙面、浴池、食堂、 公厕等环境	125mg/L	0.25 片	喷洒 冲洗	保持 5 分钟
空气喷雾 消毒	手术室、病房、产房、新 生儿室、门诊大厅	250mg/L	0.5 片	气溶胶 喷雾	10-20 ml/M3
污物消毒	排泄物、呕吐物、粪便、 脓血等	1000mg/L	2 片	混合 搅拌	
手消毒	医护人员手	125mg/L	0.25 片	浸泡	1

2、宏达牌消毒粉：用于清洁用具的消毒

配制方法：10 克消毒粉+水 1800 毫升=0.06%

监测要求：每天监测浓度一次并记录。

（三）灭菌剂

1、2%强化戊二醛：原液用于腔镜类灭菌。

监测要求：每周监测浓度一次并记录。

2、0.25-0.5%过氧乙酸：用于血透复用管的灭菌和空气消毒。

监测要求：每天监测浓度一次并记录。

（四）酸化水使用指引

1、安装酸化水发生装置的房间应注意通风，避免氯味聚集。

2、使用的有效氯浓度为 20—60ppm，PH 值为 2.0—3.0。

3、酸化水对光线敏感，光照或暴露于空气中逐渐还原成自来水。须现配现用。

4、每次使用前，应分别使用 PH 试纸和有效氯试纸测 PH 值和有效氯浓度。

5、使用酸化水浸泡方式消毒时，必须保持酸化水的溢流。

6、对除不锈钢外的金属物品均有一定的腐蚀作用，应慎用。消毒后应用自来水冲洗。干燥保存。

7、酸化水遇有机物失效，对含有较多的有机物时，应先用碱性水彻底清

洗干净后再进行消毒处理。

8、不得将酸化水和其他药剂混合使用，不得将酸化水与酒精类、洗涤剂等并用或混合使用。

9、不得将酸化水装入容器（瓶或桶）内作为消毒剂销售和流通。

监测要求：每次使用前分别监测 PH 和有效氯浓度。每月微生物监测一次并记录。

二、医院环境的消毒

（一）空气消毒

1、过氧乙酸

①使用浓度： 0.5%

②配制方法：过氧乙酸 100 毫升+水 2900 毫升

③消毒方法：消毒前关好门窗，按 20—30 毫升/立方米喷雾。喷雾时按先上后下、先左后右、由里向外，先表面后空间，循序渐进的顺序依次均匀喷雾。

④消毒时间：关闭门窗作用 1 小时。

⑤个人防护：配制时戴胶手套，喷雾时佩戴防护手套、口罩，必要时戴防毒面罩，穿防护服。

⑥注意事项：稀释液极易分解，应现用现配，使用时限≤24 小时。

2、过氧化氢

①使用浓度：3%。

②配制方法：取原液。

③消毒方法：消毒前关好门窗，按 20—30 毫升/立方米喷雾。喷雾时按先上后下、先左后右、由里向外，先表面后空间，循序渐进的顺序依次均匀喷雾。

④消毒时间：关闭门窗作用 30 分钟。

（二）物面、地面消毒

健之素

①使用浓度：0.05%健之素溶液

②配制方法：健之素 1 片（500mg）+水 1000 毫升

③消毒方法：用 0.05%健之素溶液擦拭物体表面和拖地。