晋卫健〔2021〕156号

**晋江市卫生健康局关于进一步完善医疗机构感染预防与控制工作机制的通知**

局机关各科室，市卫计执法大队，院感质控中心，各医疗卫生单位：

根据《国务院联防联控机制医疗救治组关于进一步完善医疗机构感染预防与控制工作机制的通知》（联防联控机制医疗发〔2021〕71号）精神，按照省、市卫健部门工作部署要求，结合我市实际情况，进一步完善我市医疗卫生机构院感预防与控制工作“四项机制”，现将有关工作通知如下：

一、建立健全专业团队评估机制

**1.建立市级院感防控评估专家团队。**市卫健局组建医政管理人员、卫生监督人员、院感防控专家组成的市级院感防控评估专家团队（见附件1），每年组织对辖区内除二级及以上医疗机构外的其他医疗机构的院感防控开展一次整体评估，重点评估医院管理、发热门诊设置、建筑布局与硬件、医疗资源配置、培训情况、预防和防护措施落实情况等方面（见附件2-3）。市级院感防控评估专家团队评估结束后形成书面评估报告报送市卫健局，评估、验收结果由评估小组所有人员签字后留存备查。

**2.加强市级院感专业队伍建设。**市院感质控中心要落实职责，为做好感控工作发挥支撑、质量控制等作用，进一步完善感控督导员队伍建设，遴选业务精、理论基础扎实、工作经验丰富的感控人员，完善感控督导员团队，实行分片区挂钩联系工作机制，加强指导和质控，提高防控效率。

**3.备齐专（兼）职感控人员。**各级各类医疗卫生单位要根据《福建省应对新冠肺炎疫情工作指挥部综合协调组转发国务院联防联控机制综合组关于进一步加强医疗机构感控人员配备管理相关工作的通知》（闽应对疫情指挥部综〔2021〕60号）要求备齐专（兼）职感控人员，实际使用床位超过500张的单位配备不少于4名专职人员，每增加200张增配1名；实际使用床位100-500张的单位配备4名专职人员；实际使用床位100张以下的单位配备2名专职人员；未开放床位的公立医疗卫生单位配备1名专职人员；各类门诊部、小型医疗机构配备1名兼职人员；有条件的医疗机构可在新生儿科、血液透析、重症医学科、手术室等重点科室配备专职感控人员。各单位专（兼）职感控人员于8月31日前配备到位，专（兼）职感控人员实行备案管理制，由市院感质控中心统筹管理，9月上旬组织全面感控工作专题培训，实行定期培训考核。

二、建立健全常态化抽查检查机制

**1.持续推进常态化监管机制。**按照《晋江市卫生健康局关于印发晋江市医疗卫生机构等涉疫重点场所新冠肺炎疫情常态化防控监督管理工作机制（试行）的通知》（晋卫健〔2021〕96号），推进常态化防控及感控督导。**一是**局机关定期挂钩督导。局挂钩领导、挂钩科室每月至少2次对挂钩医疗机构进行督导。**二是**专班定期巡查。督导工作专班每周例会研究重点巡查对象和巡查内容，对全市各级各类医疗卫生机构的院感防控工作开展情况以“四不两直”的形式开展巡查，并对上级发现的问题组织“回头看”。**三是**总院挂钩督导成员单位。医共体总院挂钩领导、挂钩科室每月至少2次对医共体内成员单位进行挂钩督导，并抽查成员单位督导小型医疗机构情况。**四是**基层医疗机构挂钩督导小型医疗机构。基层医疗机构挂钩领导、挂钩科室每月至少2次对辖区内的小型医疗机构进行挂钩督导。**五是**督导工作闭环管理。督导中发现的问题点对点发出整改交办单，责令限期整改，并进行回头看，实行闭环管理。

**2.建立院内每日自查机制。**医疗机构要针对各科室业务特点，分类制定自查内容，建立院内每日自查制度，充分发挥感控督导员作用，每日对重点区域、重点部位、重点环节进行风险隐患排查，对自查中发现的问题要建立整改台账，限期整改到位，逐一销号管理，医院要将巡查结果纳入院科两级绩效考核，与挂钩领导、科室及个人的绩效薪酬、评先评优、职称评聘等挂钩。

三、构建医疗机构一把手负责制和每月例会机制

**1.强化医疗机构一把手负责制。**强化医疗机构的院感防控主体责任，各医疗卫生单位要建立健全各项医院感染管理制度，全面落实主要负责同志是管控第一责任人，科室负责同志是本科室感控负责人、医务人员是感控直接责任人的工作要求。主要负责同志要全面掌握本单位院感防控基本情况，强化制度建设与落实，持续提高管理水平。要完善院感管理框架，充实感控力量，完善院感督导员制度，细化科室（部门）院感职能，明确岗位职责，营造全范围、全覆盖、全知晓的“人人都是感控人”工作氛围。

**2.建立每月例会机制。**坚持“党政同责、一岗双责”，各医疗卫生单位要建立医院党政主要领导负责同志亲自抓负总责、分管领导具体抓、岗位人员抓落实的组织体系，从医院到科室到个人岗位，织牢严密的防控管理网。党政主要负责同志要亲自部署、亲自推动、亲自检查、亲自督办。要把感控工作纳入院长办公会、党委办公会重要议事日程，每月至少组织召开一次专题会议，听取院感防控工作汇报，本着对患者负责，对自身负责的态度，认真查找短板漏洞，分析研判本单位风险隐患，及时解决实际问题，确保院感管理组织架构高效运作、院感管控措施落实到位。对硬件建设，因自身无法解决的困难，要及时向我局报告，并提出改进建议。

四、建立健全追责问责机制

**1.定期情况通报。**督导工作专班定期对我局开展的各类疫情常态化防控和院感防控督导工作情况进行收集汇总，并召开例会进行分析研判，每月形成2期督导工作专报进行通报。局机关对全市各类医疗卫生机构或个人严重违反院感防控相关措施的情况进行及时通报。

**2.纳入绩效考评。**市卫健局将院感防控工作纳入医共体牵头机构党政主要负责人绩效考评“一票否决”项，对因医院院感防控过失造成严重不良后果或出现院内新冠肺炎感染的，当年度考核定为不合格。将医疗机构配备专职感控人员情况、每日感控巡查制度落实情况、感控组织体系工作情况作为重要考评指标。坚持问题导向，将各级督导发现的问题数量及未按时限落实整改等情况作为扣分项，推动医疗机构主动发现问题、主动解决问题、主动担当作为。各医共体牵头机构在制定各成员单位党政主要负责人绩效考核标准时，也要将疫情及院感防控工作作为重点项目，细化考评细则，推动医共体疫情及院感防控工作扎实有效落实。

**3.严肃责任追究。**同一医疗卫生机构同年度一次性记分7-12分累计达3次的，由监督管理工作领导小组对该机构负有挂钩监督责任的挂钩领导、挂钩人员进行约谈，被约谈人员当年度考核不得评为优秀。一次性记分13分及以上的医疗卫生机构，按相关规定予以暂停相关诊疗科目，并由局相关科室下发限期整改通知书至该单位及负有挂钩监督责任的上一级医疗卫生机构，同一医疗卫生机构同年度一次性记分13分及以上累计达3次的，负有挂钩监督责任的上级挂钩领导、挂钩人员个人年度考核不得评为称职（合格）。对发现存在应付防控、虚假督导等形式主义并经调查核实的个人年度考核直接评为不称职（不合格）。对发现应付防控、虚假督导的单位，予以一定时间暂停人财物等方面的审批支持。对履行防控主体责任不力并造成一定后果的个人，由驻局纪检监察组启动责任倒查，并从重从严处置。

**4.强化督导执法。**局挂钩科室对医疗机构挂钩督导中发现的问题按《晋江市医疗卫生机构医院感染及新冠肺炎疫情防控记分管理与反向约束机制（暂行）》进行记分，一次性被记满13分及以上的，由我局予以行政责令停业整顿。市卫计执法大队持续加强医疗机构院感防控监督执法，适时开展公立医疗机构驻点监督，不定期开展错时执法专项行动，检查发现存在的违法问题，坚决依法严肃查处。

附件：1.晋江市院感防控评估专家团队

2.晋江市医疗机构疫情及院感防控工作情况检查

表

3.晋江市小型医疗机构疫情及院感防控工作情况检查

表

晋江市卫生健康局

2021年8月27日

附件1

晋江市院感防控评估专家团队

黄保驾 市卫生健康局医政科科长

林清火 市卫生健康局医政科副科长

陈金桂 市卫生健康局医政科科员

李爱梅 市卫生健康局医政科科员

赖清波 市卫计执法大队副大队长

李文德 市卫计执法大队监督一科科长

谢 翔 市卫计执法大队监督二科副科长

郭加峰 市卫计执法大队监督三科副科长

胡俊伟 市卫计执法大队监督四科副科长

张华清 市医院院感科负责人

许嫦娥 市第二医院院感科负责人

林姬容 市中医院院感科负责人

陈 梅 市妇幼保健院院感科负责人

邹 杰 市第三医院院感科负责人

吴艳瑜 英墩华侨医院院感科负责人

施琳琳 市医院晋南分院院感科负责人

施雅鸿 东石中心卫生院院感科负责人

陈清凉 陈埭中心卫生院院感科负责人

吴丽雅 磁灶中心卫生院院感科负责人

附件2

晋江市医疗机构疫情及院感防控工作情况检查表

（2021年8月更新）

医疗机构名称： 检查时间： 年 月 日

| 项目 | 检查内容 | | 检查结果 | | 存在  问题 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 是 | 否 |
| 组织管理 | 有完善的医院感染管理组织机构（三级或二级架构）院感委员会、独立的院感科或专（兼）职人员，以及各个科室感控小组，院感各级部门职责明确，落实到位 | |  |  |  |
| 院感专职人员共（ ）名，人员数量与实际开放床位数（ 张）比例符合《关于进一步加强医疗机构感控人员配备管理相关工作的通知》（联防联控机制综发〔2021〕88号）的要求 | |  |  |
| 建立健全医院感染相关制度及标准操作规程并落实。 | |  |  |
| 医院感染管理工作纳入全院和科室的医疗质量和安全管理目标，工作计划和总结有相关内容。 | |  |  |
| 院科两级院感专兼职人员对全院或本科室的医院感染管理工作开展有效监管，能够及时发现问题、督促改进，并针对问题研究解决方案、完善管理措施，体现持续质量改进。 | |  |  |
| 科室有相应的预警机制、上报制度及处置预案，能开展应急预案的演练及效果评价。 | |  |  |
| 有应对疫情常态化防控的应急预案及演练 | |  |  |
| 有常态化以及应对新冠疫情的相关制度和流程，包括但不限于下列内容： （1）普通患者与发热患者的就诊流程 （2）患者陪护和/或探视的宣教与管理 （3）疑似或确诊新冠患者诊断、报告制度、流程 （4）诊疗器械、器具、物品的规范化使用与管理 （5）所有诊疗环境（空气、仪器设备以及物品表面）的清洁消毒（日常和终末） （6）患者被服的管理 | |  |  |
| 责任落实 | 成立以主要负责人（法人）为第一责任人的院感和疫情防控管理责任制及院内防控督查工作专班。 | |  |  |
| 建立常态化防控监督管理工作机制，医共体总院班子成员分别挂钩督导医共体成员单位、基层医疗机构班子成员分别挂钩辖区内小型医疗机构，班子成员包干负责院内相关科室、部门的疫情防控工作。 | |  |  |
| 医共体总院每月至少2次开展院内防控督导及医共体成员单位挂钩督导（含小型医疗机构）。 | |  |  |
| 基层医疗卫生机构每月至少2次开展院内防控督导及小型医疗机构挂钩督导。 | |  |  |
| 对督导结果是否建立工作台账并及时落实整改。 | |  |  |
| 建立疫情防控工作奖惩机制，扣罚绩效、影响评优评先及职称评聘，对督导存在问题、防控不力等问题进行处罚。（科级、个人） | |  |  |
| 是否建立及更新新冠肺炎防控工作方案、制订不同情况下的应急预案。 | |  |  |
| 是否每月至少2次在院长办公会上学习各级有关防控工作的最新规定，研究防控督导情况，解决措施和落实整改情况。 | |  |  |
| 医共体总院是否每月1次召开医共体及院内疫情防控分析研判专题会，基层医疗卫生机构是否每月1次召开院内及辖区内小型医疗机构防控分析研判专题会。 | |  |  |  |
| 每月至少一次开展全员新冠肺炎疫情防控知识培训，（含辖区内小型医疗机构各类从业人员防控培训）新入职人员及时进行岗前培训。 | |  |  |  |
| 是否做好医务人员体温监测及新冠肺炎相关症状监测及根据最新要求开展核酸检测。 | |  |  |  |
| 符合接种条件的从业人员是否接种疫苗。 | |  |  |  |
| 预检分诊 | 在医院入口处统一设立预检分诊点，分诊点标识明显，相对独立，通风良好，流程合理，具有消毒隔离条件和必要的防护用品，所有就诊人员一律走预检分诊通道。 | |  |  |  |
| 指派有专业能力和经验的医护人员，充实预检分诊力量，承担预检分诊任务，提高预检分诊能力。 | |  |  |  |
| 参与预检分诊工作人员核酸检测频次按照重点岗位管理，根据最新要求检测。 | |  |  |  |
| 预检分诊（普通患者、发热患者、有流行病学史患者等情况）流程上墙、闽政通橙码患者处置流程、行程码提示途径中高风险地区及途径中高风险地区所在低风险地区患者处置流程。 | |  |  |  |
| 预检分诊点有最新的中高风险地区排查范围。 | |  |  |  |
| 提问预检分诊工作人员当日中高风险地区排查范围、各项工作流程、新冠肺炎相关十大症状体征（发热、干咳、乏力、嗅觉味觉减退、鼻塞、流涕、咽痛、结膜炎、肌痛、腹泻）。 | |  |  |  |
| 预检分诊点备有发热患者用的外科口罩、体温表、额温枪、手卫生设施、医废桶、手消液等。 | |  |  |  |
| 预检分诊实行24小时工作制度（如晚间设在急诊，有醒目标识） | |  |  |  |
| 实行预检分诊和发热门诊工作一体化闭环管理, 将预检分诊与发热门诊工作紧密衔接。 | |  |  |  |
| 对所有人员进行体温检测、查看健康码、行程码，要求佩戴口罩，并重点询问是否存在发热、咳嗽、咽痛、嗅觉味觉丧失等新冠肺炎患者症状体征，以及是否与新冠肺炎患者密切接触、有疫情高发地区旅居等流行病学史。 | |  |  |  |
| 指定路线的划定，应当符合室外距离最短、接触人员最少的原则，将发热患者及高度怀疑新冠肺炎患者全部由专人按指定路线引导至发热门诊就诊，防止发热患者与其他患者密切接触。 | |  |  |  |
| 医务人员穿工作服、戴工作帽和外科口罩/医用防护口罩。 | |  |  |  |
| 做好发热、咳嗽、咽痛、嗅觉味觉丧失等新冠肺炎患者症状体征病人和无码人员基本身份信息登记，预检分诊登记本登记内容齐全。 | |  |  |  |
| 有条件开展线上和现场两次预检分诊。 | |  |  |  |
| 建立消毒登记表（常规消毒2次/天，接诊患者后随时消毒） | |  |  |  |
| 院内有工作人员巡视、督促患者规范佩戴口罩。 | |  |  |  |
| 未设置发热门诊医疗机构：发热、有流行病学史患者转诊流程（提问预检分诊工作人员）、应急隔离间设置、应急隔离间终末消毒流程及记录、转运用车（救护车）终末消毒流程及记录。 | |  |  |  |
| 发热门诊 | 组织领导 | 医院成立由主要领导负责的防治领导组，有指定院领导负责发热门诊工作，并熟悉整个工作流程。 |  |  |  |
| 院内医务部、护理部、院感科，防保科、门急诊部分工明确，职责到位。 |  |  |  |
| 进行专门相关知识的全员培训。发热门诊医务人员对传染病基本知识，个人防护知识、消毒隔离知识全部掌握，其他人员基本掌握。 |  |  |  |
| 未设置发热门诊的医院，有转诊发热患者至其他医院发热门诊的制度、流程，明确的负责人员以及专用（救护）车辆。 |  |  |  |
| 制度落实 | 工作制度健全，有相关流程； |  |  |  |
| 实行首诊负责制，登记、记录详细，每日分类统计，上报有关部门； |  |  |  |
| 24小时值班制度落实； |  |  |  |
| 向社会公布24小时就诊联系电话； |  |  |  |
| 疫情和病情信息报告有专人负责； |  |  |  |
| 普通门诊大厅入口、急诊室对发热病人进行初检排査，对传染性发热病人进行登记记录，并及时有效引导至发热门诊就诊，有交接记录； |  |  |  |
| 发热门诊有“病人就诊须知”告示。病人接诊、转诊任务落实。 |  |  |  |
| 发热患者在发热门诊区域内完成挂号收费； |  |  |  |
| 发热患者夜间取药、进行实验室检查不离开发热门诊区域，核酸检测报告未出不得离开发热门诊区域； |  |  |  |
| 发热患者影像学检查通道与非发热患者不存在交叉，一人一检一消毒，共用的检查室终末消毒记录合规； |  |  |  |
| 是否严格执行“一医一患一诊室”； |  |  |  |
| 制定有发现发热患者新冠病毒核酸检测阳性后的处置预案； |  |  |  |
| 设施设备 | 发热门诊独立设置，与其他门诊相隔离； |  |  |  |
| 入口处按要求设置醒目标识及导引标志，出口处标志明确且有防误入措施； |  |  |  |
| 发热门诊总建筑面积、候诊厅（室）能满足病人就诊需求（不拥挤），可容纳不少于30人（二级20人）同时候诊。 |  |  |  |
| 发热门诊区域有消毒隔离制度或要求； |  |  |  |
| 符合三区两通道建设要求，清洁区、潜在污染区、污染区分隔合理、明确，各区间有物理隔断； |  |  |  |
| 发热门诊设置诊室间数≥2间，且为单人诊室； |  |  |  |
| 设隔离留观室，与发热门诊相临近，与其他门诊、病区相隔离； |  |  |  |
| 隔离留观室≥15间，单人单间；床位数 张。 |  |  |  |
| 发热门诊和隔离留观室有独立的空调系统与独立的污水处理系统； |  |  |  |
| 有独立或相对隔离的化验室、X光室或CT室、药房； |  |  |  |
| 发热门诊设有病人专用卫生间，与普通患者就诊路径无交叉； |  |  |  |
| 留观病房均为单间，内有独立的卫生间； |  |  |  |
| 设医务人员专用卫生间，与发热患者就诊区域无交叉； |  |  |  |
| 有电子病历系统； |  |  |  |
| 备有应急抢救药品、设备； |  |  |  |
| 诊室、更衣室、卫生处置室、卫生间全部使用非手触式装置； |  |  |  |
| 保持室内通风，如自然通风不良时，要有强制通风设施； |  |  |  |
| 诊室内有工作台、诊查床、非触式流动水洗手设施、独立电话。 |  |  |  |
| 人力资源 | 工作人员相对固定，配备能够满足工作要求的医护人员； |  |  |  |
| 每个诊室配备1-2名医师； |  |  |  |
| 有1名以上工勤人员； |  |  |  |
| 工作人员防护级别符合相应要求，有规范穿脱流程，正确穿/脱个人防护装备； |  |  |  |
| 严格执行标准预防与手卫生规范； |  |  |  |
| 就诊及应检尽检落实情况 | 对发热患者积极完善相关检查并给与适宜治疗，无滥用激素情况； |  |  |  |
| 对发热患者全部进行核酸检测（抽查上一周任一工作日的发热门诊全部就诊患者登记表及其核酸检测结果）； |  |  |  |
| 对发热患者全部进行血常规检测； |  |  |  |
| 医务人员应检尽检落实情况； |  |  |  |
| 核酸采样管理要求 | 患者咽拭子（鼻拭子）标本采集时间至获取报告时间发热门诊≤6h； |  |  |  |
| 发热门诊全部进行核酸检测（调阅HIS系统诊疗人次，与PCR实验室出具报告数量进行比对）； |  |  |  |
| 发热门诊核酸检测执行单采单检，无混采混检情况。（查阅检测试剂采购出入库数量，与出具报告数量进行比对）； |  |  |  |
| 标本转运箱封闭前，是否按要求使用消毒剂喷洒消毒； |  |  |  |
| 疑似或确诊新冠肺炎患者标本是否标示有特殊标识，并进行单独转运； |  |  |  |
| 标本转运要求 | 标本转运箱封闭前，是否按要求使用消毒剂喷洒消毒； |  |  |  |
| 疑似或确诊新冠肺炎患者标本是否标示有特殊标识，并进行单独转运； |  |  |  |
| 医疗器械环境物表清洁消毒要求 | 每日≥4次日常清洁消毒物体表面、地面等，地面、物表无明显污染，用1000mg/L含氯消毒液擦拭，有浓度监测，作用半小时后用清水擦拭。诊疗器械做好日常及终末消毒，并做好记录； |  |  |  |
| 每日开窗通风≥2次，≥30分/次，定期紫外线或空气消毒器消毒，紫外线灯管有监测、维护、累计时间，空气消毒器根据产品说明书维护、消毒、记录； |  |  |  |
| 严格执行终末消毒，做好记录； |  |  |  |
| 清洁剂/消毒剂使用严禁二次浸泡； |  |  |  |
| 核酸采样 | 设置要求 | 采样点是否为独立空间，设立清晰的指引标识，具备通风条件，划分：清洁区和污染区（登记区、候诊区、采样区、脱防护用品区、应急隔离区），配备手卫生设施。 |  |  |  |
| 采样点是否设有穿/脱防护用品区域； |  |  |  |
| 采样点是否建立新冠病毒核酸检测采样操作流程制度和注意事项; |  |  |  |
| 是否根据采样对象类别确定具体采样流程。 |  |  |  |
| 在采集标本时，是否将发热患者与其他患者、“愿检尽检”人群分区采样，避免交叉感染。 |  |  |  |
| 采样点是否设置独立的等候区域； |  |  |  |
| 个人防护 | 采样人员、标本接收和检测人员是否正确穿/脱个人防护用品，并严格执行标准预防与手卫生规范。 |  |  |  |
| 管控要求 | 采样人员是否单向流动，并落实“1米线”间隔要求，严控人员密度。 |  |  |  |
| 患者咽拭子（鼻拭子）标本采集时间至获取报告时间发热门诊≤6h，其他应检尽检人群报告时间≤12h，愿检尽检人群报告时间≤24h |  |  |  |
| 重点人群（发热门诊、住院患者及陪人、门急诊高危）核酸检测执行单采单检，无混采混检情况。（查阅检测试剂采购出入库数量，与出具报告数量进行比对） |  |  |  |
| 每采集一次立即手消毒，或更换手套。 |  |  |  |
| 标本转运 | 标本转运箱封闭前，是否按要求使用消毒剂喷洒消毒； |  |  |  |
| 疑似或确诊新冠肺炎患者标本是否标示有特殊标识，并进行单独转运。 |  |  |  |
| 清洁消毒 | 每日采集结束后进行空气消毒。 |  |  |  |
| 地面、物表无明显污染，用1000mg/l含氯消毒液擦拭，作用半小时后用清水擦拭。 |  |  |  |
| 病区管理 | 是否实行病房24小时门禁管理，除患者及陪人外，其他人员不得随意进入病区。 | |  |  |  |
| 是否全面落实“一患一陪护”，每名患者不超过1名陪护。 | |  |  |  |
| 陪护人员是否办理陪护证，陪护证有身份识别信息关联。 | |  |  |  |
| 陪护人员是否全部进行核酸检测，是否持核酸检测阴性报告。 | |  |  |  |
| 病房是否落实谢绝探视规定。 | |  |  |  |
| 病区是否存在人员聚集、串门现象。 | |  |  |  |
| 是否对全部住院病人开展核酸检测。 | |  |  |  |
| 是否设置缓冲病房，是否落实单人单间管理，患者核酸检测阴性报告后立即收入病区治疗。 | |  |  |  |
| 是否有手卫生设施或使用手消毒液，根据工作需要配备足够的手卫生设施，重点部门洗手设施应为非手触式。 | |  |  |  |
| 是否每天定期做好环境物表消杀，定期使用紫外线或空气消毒机消毒并做好记录。 | |  |  |  |
| 医疗废物：分类放置，标识清楚，垃圾袋、利器盒使用规范，专物专用；包装、称重、封口、标识贴、交接、存放、运送等环节规范；登记本记录规范，无漏项、代签字等。 | |  |  |  |
| 是否开展病区医院工作人员、陪护人员体温监测和健康筛查。 | |  |  |  |
| 医院是否制定有发现普通患者新冠病毒核酸检测阳性后的处置预案及开展演练。 | |  |  |  |
| 工作人员是否采取必要的防护措施（穿工作服、规范穿戴医用外科口罩，帽子，必要时隔离衣戴手套等）。 | |  |  |  |
| 涉疫医疗废物 | 医疗废物全部按感染性废物标准收集暂存，专人收集，用双层专用的医疗废物袋盛装，分层鹅颈结封扎，用1000mg/L含氯消毒液喷洒，放入医疗废物转运箱胶带封箱，用1000mg/L含氯消毒液喷洒箱体，箱体外再套医疗废物袋封扎，贴上“新冠医废”标识。医疗废弃物暂存处独立或分区存放。 | |  |  |  |
| 盛装医疗废物的包装袋外表面被感染性废物污染时，应当再增加一层包装袋； | |  |  |  |
| 收集使用后的一次性隔离衣、防护服等物品时，严禁用力挤压。是否出现在非贮存地点堆放医疗废物的情况。 | |  |  |  |
| 医疗废物交接登记台账符合要求。 | |  |  |  |
| 医疗废物暂存点是否设置明显警示标识和落实“五防”措施。 | |  |  |  |
| 相关知识考核 | 抽考工作人员对有关不明原因肺炎诊断标准、新冠肺炎疑似病例和无症状感染者的报告流程，医院感染、标准预防、手卫生、个人防护等相关知识。 | |  |  |  |
| 其他突出问题： | | | | | |
|
|
| 督导人员： | | | | | |
| 受检机构负责人（或法人）签字： | | | | | |  |  |  |

附件3

晋江市小型医疗机构疫情及院感防控工作情况检查表

（2021年8月修订）

医疗机构名称： 检查时间： 年 月 日

| 序号 | 内容 | 检查要点 | 存在问题 |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 是否专人负责机构内疫情防控工作，定期开展自查并做好记录，建立工作台账并及时落实整改。 | 查整改通知书、整改措施、核查整改情况 |  |
| 2 | 是否建立新冠肺炎防控工作方案和应急预案。 | 查阅资料 |  |
| 3 | 是否开展（接受）全员新冠肺炎疫情防控知识培训。 | 查阅资料：培训内容、通知、照片等。 |  |
| 4 | 符合接种条件的从业人员是否均接种新冠疫苗。 | 查看闽政通接种记录 |  |
| 5 | 是否对全部来诊人员督促戴好口罩、逐一进行体温筛查、查看健康码、查看行程。 | 查看闽政通后台扫码记录与门诊日记是否一致 |  |
| 6 | 是否备有水银体温计检测体温（放置在75%酒精浸泡盒消毒和干燥盒备用）。 | 现场查看，每日更换酒精时间 |  |
| 7 | 患者信息登记表填写是否详细完整，是否有漏项。 | 现场查看 |  |
| 8 | 是否有手卫生设施或使用手消毒液（查看有效期、启用日期等）；每次接触患者后是否立即进行手消毒。 | 现场查看 |  |
| 9 | 工作人员是否采取必要的防护措施（穿工作服、戴外科口罩，必要时戴工作帽、穿隔离衣、戴手套等）。 | 查阅资料 |  |
| 11 | 未设置发热门诊的医疗机构是否存在截留接诊发热病人的现象。 | 现场查看 |  |
| 12 | 工作人员对发热病人转运流程是否熟悉，是否存在让发热病人自行离开的情况（应报告120或辖区卫生院/卫生服务中心专人专车将相关病人转送至设有发热门诊的医疗机构诊治）。 | 现场提问 |  |
| 13 | 发热病人等待转运期间是否有初始隔离措施（如设置应急隔离帐篷等）。 | 现场查看 |  |
| 14 | 是否建立消毒登记本；接诊发热患者后是否立即进行物表消毒并记录。每天定期紫外线或空气消毒机消毒，每天至少两次消毒物体表面、地面等。是否每季度进行紫外线灯管强度监测。 | 查阅资料，看监测报告。 |  |
| 15 | 是否有避免人员聚集的措施（科学设置候诊、就诊座位间隔距离，预留必要的应急隔离空间，避免患者面对面，患者之间保持1米以上安全距离），是否存在人员聚集现象。 | 现场查看 |  |
| 16 | 是否开展医务人员体温监测和健康筛查、核酸检测。 | 现场查看核酸检测花名册及核酸报告单 |  |
| 17 | 医疗废物暂存点是否设置明显警示标识和落实“五防”措施。 | 现场查看 |  |
| 18 | 是否使用专用包装物及容器盛装医疗废物。 | 现场查看 |  |
| 19 | 是否有医疗废物交接登记台账，交接登记档案材料至少保存3年。 | 现场查看 |  |
| 20 | 医疗废物收集、转运相关工作人员是否配备必要的防护用品并定期进行健康体检。 | 现场查看防护用品及体检报告。 |  |
| 21 | 是否出现在非贮存地点堆放医疗废物的情况。 | 现场查看 |  |
| 22 | 是否储备足量额温枪、水银体温计、医用一次性帽子、医用外科口罩、医用一次性口罩、医用乳胶手套、护目镜、防护面屏、隔离衣（防护服）、消毒液、消毒工具等防护物资（满足15天使用）。 | 现场查看 |  |
| 23 | 是否掌握消毒液的配置、监测方法及使用浓度。 | 现场查看配置、监测操作。 |  |
| 24 | 现场提问：标准预防，手卫生时机，个人防护知识，传染病基本知识，职业暴露处置，新冠肺炎疫情防控应知应会知识等。 | 现场提问 |  |
| 督导人员： | | |  |
| 受检机构负责人（或法人）签字： | | |  |

|  |
| --- |
| 晋江市卫生健康局 2021年8月27日印发 |