口腔科院感控制质量考核标准

**蚌埠四院口腔科院感控制质量考核标准**

检查时间:　 　 检查人员： 得分：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **检查内容及检查方法** | **分值** | **评分标准** | **检查结果** | **得分** |
| １、医院感染管理相关登记项目填写齐全、规范  **方法:查看医院感染管理相关登记** | 10 | 内容不全,每缺一项扣2分、 |  |  |
| 2、口腔诊疗区域和口腔诊疗器械清洗、消毒区域应当分开，布局合理,能够满足诊疗工作和口腔诊疗器械清洗、消毒工作的基本需要。　　 　**方法:现场查看布局及工作流程** | 5 | 一项不合要求扣2分 |  |  |
| ３、如进行各种微生物监测（包括空气、物表、无菌物品、医务人员的手），有记录，监测报告单齐全，监测结果达标。  **方法**:**查看记录及资料** | 10 | 有监测结果不达标该项不得分 |  |  |
| 4、有生物安全防护意识。医务人员进行口腔诊疗操作时，应当戴口罩、帽子,可能出现病人血液、体液喷溅时,应当戴护目镜。每次操作前及操作后应当严格洗手或者手消毒。医务人员戴手套操作时，每治疗一个病人应当更换一副手套并洗手或者手消毒,洗手时要按六步（夏天按七步)洗手法洗手.锐器剌伤的预防及处理。  **方法：现场查看并演示洗手方法，** | 5 | 个人防护不到位不得分 |  |  |
| 5、保持室内清洁卫生,每天对操作台、物体表面及地面用含２50mg／L有效氯消毒液擦拭或拖地两次,若被血液污染应立即用1０00mｇ／L有效氯消毒液处理。每天紫外线空气消毒一次,消毒前用75％-90%的医用酒精擦拭灯管。  **方法:现场查看消毒记录及工作流程** | 1０ | 污染地面未及时消毒处理扣5分，操作台面不整洁扣2分，有蜘蛛网扣2分,紫外线灯管不清洁扣2分 |  |  |
| 6、严格执行无菌技术操作规程,①。进入病人口腔内的所有诊疗器械,必须达到“一人一用一消毒或者灭菌"的要求.  ②．凡接触病人伤口、血液、破损粘膜或者进入人体无菌组织的各类口腔诊疗器械，包括牙科手机、车针、根管治疗器械、拔牙器械、手术治疗器械、牙周治疗器械、敷料等，使用前必须达到灭菌．  ③.接触病人完整粘膜、皮肤的口腔诊疗器械,包括口镜、探针、牙科镊子等口腔检查器械、各类用于辅助治疗的物理测量仪器、印模托盘、漱口杯等,使用前必须达到消毒。  ④.凡接触病人体液、血液的修复、正畸模型等物品,操作前必须消毒。  ⑤。牙科综合治疗台及其配套设施应每日清洁、消毒，遇污染应及时清洁、消毒。  ⑥．对口腔诊疗器械进行清洗、消毒或者灭菌的工作人员，在操作过程中应当做好个人防护工作。  ⑦使用合格的一次性无菌用品.  **方法:现场查看操作情况** | 10 | 一项不符合要求扣2分 |  |  |
| 7、无菌物品（如棉球纱布）及容器有开启日期、时间、签名,开启后２４小时内使用。  **方法:现场查看无菌物品管理情况** | 10 | 过期使用不得分，不记录开启日期扣２分,不签名扣1分 |  |  |
| 8、正确使用持物筒，碘酊、酒精要密封保存，每周更换2次，容器每周灭菌2次  **方法：现场查看** | 10 | 持物镊浸泡不合格扣２分，持物筒无消毒标签扣1分,未定期更换扣2分∕项 |  |  |
| 9、口腔器械清洗消毒①口腔诊疗器械使用后，应当及时用流动水彻底清洗. ② 清洗后的器械应当擦干。 　③。根据采用的消毒与灭菌的不同方式对口腔诊疗器械进行包装，并在包装外注明消毒日期、有效期。采用快速卡式压力蒸汽灭菌器灭菌器械,可不封袋包装,裸露灭菌后存放于无菌容器中备用;一经打开使用,有效期不得超过４小时。④。牙科手机和耐湿热、需要灭菌的口腔诊疗器械，首选压力蒸汽灭菌的方法进行灭菌，或者采用环氧乙烷、等离子体等其他灭菌方法进行灭菌.对不耐湿热、能够充分暴露在消毒液中的器械可以选用化学方法进行浸泡消毒或者灭菌。在器械使用前，应当用无菌水将残留的消毒液冲洗干净。　⑤.每次治疗开始前和结束后及时踩脚闸冲洗管腔30秒,减少回吸污染。 | 1０ | 不清洁扣2分,无消毒与灭菌日期和有效期的不得分 |  |  |
| １0、医疗废物按要求分类收集,做好交接班工作，并有记录，锐器要置于防穿剌的容器上.  **方法：现场查看** | 10 | 医疗废弃物分类不清不得分，锐器放置不当扣２分,有混入生活垃圾现象扣5分 |  |  |
| 11、工作人员掌握相关的医院感染管理、消毒隔离及防护知识(消毒液浓度及配制方法)  **方法:提问1人医务人员及工人** | １0 | 回答不全扣2分 |  |  |
| **考核结果已向主任反馈，限１5天整改，写出书面整改措施和整改结果上交感控办，收到材料后感控办将于３个工作日内对整改结果进行验收。**  **科主任签名： 　反馈日期： 　 反馈人签名：** | | | | |

**验收结果：**

**验收人： 　 日期： 　　 　 　 　　 科主任签名：**