

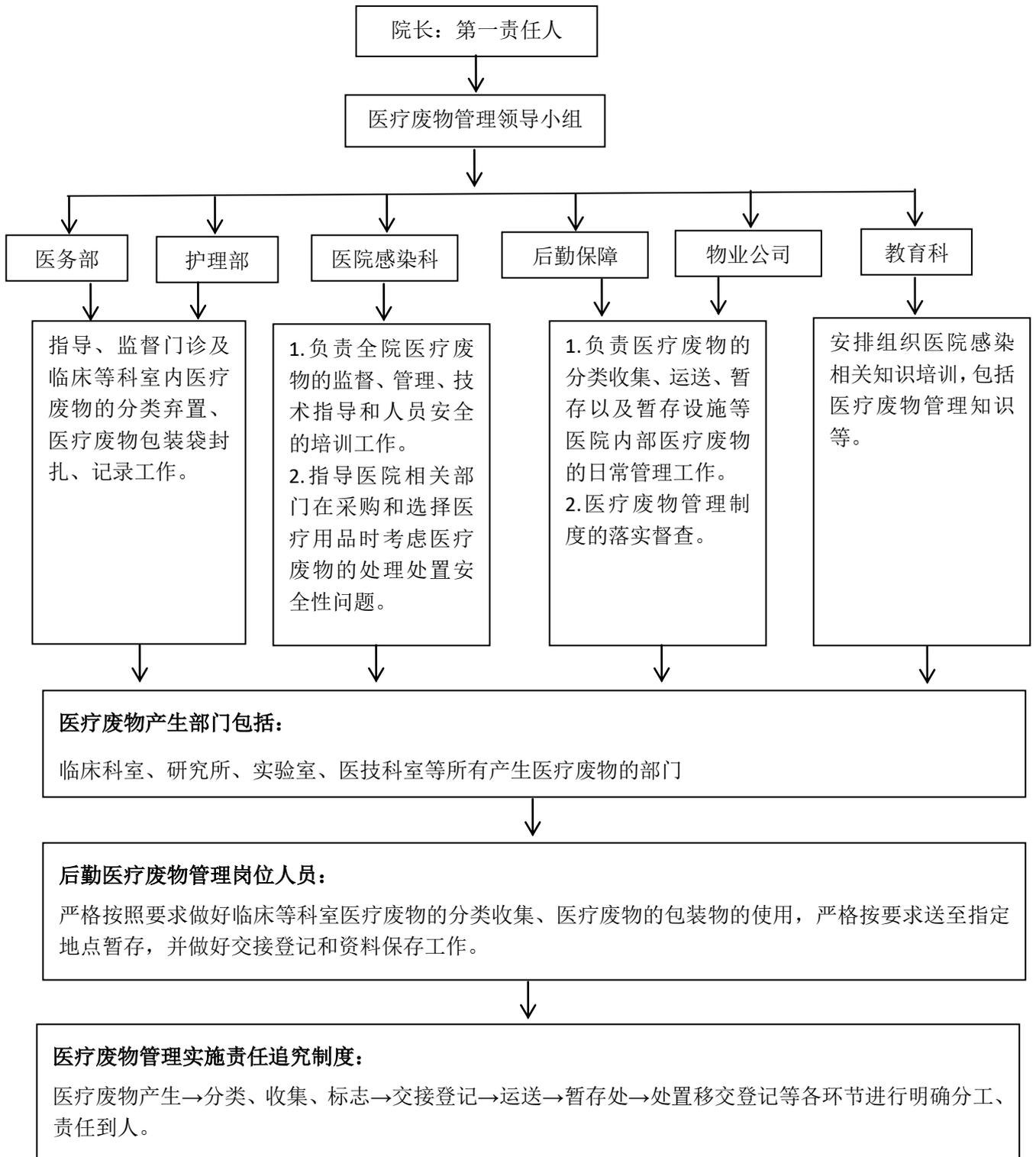
医疗废物管理组织框架及规章制度

医疗废物是指医疗卫生机构在医疗、预防、保健以及其他相关活动中产生的具有直接或间接感染性、毒性以及其他危害性的废物。分感染性、损伤性、病理性、药物性和化学性五类。根据《医疗废物管理条例》等相关规定，制定本制度。

1. 医院院长作为第一责任人，全面负责医院医疗废物管理工作，并成立由院长任组长的医疗废物管理领导小组。
2. 分管副院长作为分管领导，具体落实医疗废物管理工作。实施由医院院长→副院长→相关职能科室→各科室主任、护士长→全体医务人员→患者逐级负责，层层把关的管理流程。（管理框架详见图三）
3. 各级职能部门、或主管部门定期指导、督促本辖区的医疗废物处置工作。
4. 院感科、相关职能部门、主管部门定期组织本辖区员工进行医疗废物等相关法律和专业技术、安全防范以及紧急处理等知识的培训。
5. 及时收集产生的医疗废物，按照类别分置于符合规定要求、具有明显警示标识和说明的专用包装物或密闭容器内。
6. 规范设置医疗废物暂时储存设施、设备，实行定期消毒盒清洁。
7. 指定专人定期收集各科室产生的医疗废物，运送至医疗废物暂存处存放，暂存处储存时间不超过 2 天。
8. 根据医疗废物交接与转运制度要求，及时将暂存处医疗废物转运至集中处置单位，并做好交接登记。登记内容包括医疗废物的来源、种类、重量或数量、交接时间、交接人签名等内容。

图三：

复旦大学附属妇产科医院医疗废物监管框架示意图



医院后勤相关院感防控管理制度

（一）医疗废物、污水管理制度

1. 医院后勤及物业公司负责医疗废物的分类收集、运送、暂存以及暂存设施等医院内部医疗废物的日常管理工作。包括医疗废物管理制度的落实督查等。
2. 医院感染管理科负责监督检查，各科室科主任和护士长为科室医疗废物的管理责任人，负责本科室医疗废物的管理。
3. 建立医疗废物管理情况登记表。登记核对来源、种类、重量或数量、交接时间、处置方法、最终去向以及经办人签名等项目。登记资料至少保存三年。
4. 医疗废物正确分类处理：
 - 1) 感染性废物和病理性废物应丢弃至黄色医疗废物专用包装袋内；
 - 2) 损伤性废物应直接放入黄色医疗废物专用锐器盒内；
 - 3) 生活垃圾与医疗废物不得混装；
 - 4) 药物性废物应由药剂部门统一回收、集中处置；
 - 5) 少量化学性废物应由相应采购部门统一回收、集中处置；大量化学性废物应由产生部门依照有关法律、行政法规和国家有关规定、标准进行处置；
 - 6) 病原体的培养基、微生物标本和菌种保存液等高危险废物，应先采用耐高温塑料袋打包，放入灭菌器后，打开袋口或在袋上多处戳洞，以便蒸汽穿透，在实验室内采用内循环式压力蒸汽灭菌（121℃,102.9KPa，20~30min）消毒，然后按感染性废物收集处理；
 - 7) 输血器、血袋单独收集，由血库回收统一处理。
5. 规范执行医疗废物的运送、交接流程：
 - 1) 医疗废物袋内容量不得超过 3/4，使用有效的封口方式，包装袋可采用“鹅颈结”。
 - 2) 若包装袋或容器的外表面被感染性废物污染，应增加一层包装并再次封口。
 - 3) 运送人员进行适当防护：工作衣、口罩、手套。
 - 4) 运送人员使用防渗漏、防遗散的专用工具，严格按照我院确定的医疗废物运送路线、时间，将医疗废物收集、运送至暂时贮存处。
 - 5) 运送医疗废物前检查转运箱是否破损、泄露，有破损的严禁使用；运送后及时清洁、消毒转运箱。
 - 6) 各病区医疗废物收集人与运送人员共同清点、称重、交接并填写三联单。

6. 医疗废物暂存管理规范：

- 1) 医疗废物不得露天存放，避免阳光直射。
- 2) 医疗废物暂存地设有明显的医疗废物警示标识，专人收集、专人运送、专人管理。
- 3) 回收站工作人员防护用具包括工作衣、防渗水围单、防护鞋、口罩、手套。
- 4) 每日医疗废物运送人员与暂存处工作人员交接签名、分类称重登记，暂存处的医疗废物每日由康环公司运走。
- 5) 暂存处地面每天用 1 : 2000 含氯制剂消毒，再用清水冲洗，平时由工作人员上锁封门。
- 6) 严禁工作人员转让、买卖医疗废弃物。

7. 严格落实医院污水处理相关要求：

产生的污水、传染病病人或者疑似传染病病人的排泄物，应当按照国家规定严格消毒；达到国家规定的排放标准后，方可排入污水处理系统。实验室的废物处置按《实验室废物处理操作规程》执行。

1) 规范管理：

- ① 污水处理站改建后，施工单位出示正规验收报告上墙。
- ② 根据污水处理设施的设计要求，设备安装、调试或运行一切正常，符合相关国家标准，征求当地环保部门和卫生部门意见后，方可投入运行。
- ③ 污水处理管理纳入医院管理，由医院后勤服务中心落实管理。

2) 规范人员培训

- ① 污水处理工人必须进行上岗培训后方可上岗。内容包括污水特质及危害、消毒知识、污水检测方法、仪器设备操作和日常维护等。
- ② 污水处理岗位人员每年进行一次培训。

3) 落实日常监测

- ① 每日上班后仔细巡查污水处理系统，无异常情况按照操作规程处理污水。
- ② 每日做好设备运行及故障发生、排除等情况记录。设备运行情况包括运转时间、处理水量、消毒剂消耗量、余氯测试次数、检测结果等、故障情况包括故障时间、故障主要情况、故障处理结果等。
- ③ 每日在排放口测定排放余氯总浓度，上、下午各一次。采用间歇性消毒处理的，每日排放前监测。用余氯测试仪测定，方法参照产品说明书。
- ④ 污水处理站接触池出口预处理标准总余氯为 2-8mg/L，粪大肠菌群 ≤ 500 MPN/L。
- ⑤ 每月监测一次粪大肠菌群。

⑥ 监测操作时，做好个人防护，重点做好手部与面部防护。

⑦ 应做好日常余氯自检工作，并记录备查。

（二）医用织物管理制度

1. 医院织物由后勤服务中心负责管理：

1) 对洗涤公司相关资质（包括工商营业执照）、管理制度（含突发事件的应急预案）、医用织物运送、洗涤消毒操作流程等进行审核，实地的调研，完成风险评估后，目前我院织物由上海仕操洗涤有限公司（简称洗涤公司）负责洗涤工作。

2) 后勤相关部门需建立医用织物交接和质量验收的管理制度。

2. 医用织物涉及场所的环境布局要求：

1) 设置户外独立污脏织物接收分拣专区，远离诊疗区，标识明确，区域应做好清洁与消毒工作。

2) 设置独立清洁织物储存发放室，室内通风，采光良好，地面、墙面平整，防水、防腐蚀，易于清洁。同时设有防蝇、防鼠设施。

3. 医用织物分类收集、运送与储存操作要求

1) 分类收集

① 分类原则：脏污织物和感染性织物应分类收集。

② 脏污织物应按污婴儿被服、污被服和污工作服分类收集，收集时使用衣被专用袋，袋子外层应有醒目标识区分。衣被收集袋应保持密闭直到接收分拣专区。

③ 严禁在病区内清点脏污织物，收集应减少抖动。

④ 化验室，二级微生物实验室工作人员的衣物也应遵循先消毒后清洗的原则处置。

⑤ 感染性织物应在患者床边密闭收集，放置在印有“感染性织物”标识的橘黄色包装袋中。

⑥ 袋内织物装载不易超过 2/3，并在洗涤、消毒前保持密封状态。如遇污染应随时更换新的包装袋。

2) 运送

① 运送使用后医用织物与清洁织物应专车专用，污、洁分开，有明显标识，防止交叉使用，定点放置，采用密闭方式运送，

② 严格按照我院医用织物送接的运送路线，时间，进行转运。

③ 每日洗涤公司将医院需要清洁织物送至清洁织物储存发放室，再分发到各个病区。接织物前及送织物后，清洁/污染推车均应一用一清洁，用清水擦拭后，备用。

④ 运送感染性织物后推车应即刻使用 1000mg/L 的含氯消毒液擦拭消毒，需一用一消毒。

3) 储存

① 各个病区内的清洁织物应用放置在专用区域内，存放清洁织物的架子/柜要求距地高度 20cm--25cm，离墙 5cm—10cm,天花板》50cm。

② 禁止病区内随处堆放使用后的织物，应将脏污织物置于医用织物暂存点的专用推车内。

③ 使用后医用织物暂存时间《48 小时；清洁织物存放时间过久，发现污渍、异味等感官问题应重新洗涤。

4、环境与运送用具清洁消毒

① 污脏织物接收分拣专区移交织物后，进行地面用 500mg/L 有效氯消毒液消毒。

② 清洁织物储存发放室内应每日开窗通风一次，用清水擦拭环境表面 1 次/天。当室内环境被污染时，用 500mg/L 有效氯消毒液做好消毒工作。

③ 脏污织物收集点，地面用 500mg/L 有效氯消毒液拖地一次。运送工具一用一清洁，每日用 500mg/L 有效氯消毒液擦拭消毒一次，盛装脏污织物专用布袋每日一更换，送洗。

④ 如遇污染以上场所随时按 WS/367 进行消毒处理。

4. 特殊感染性织物预处理。

1) 被朊病毒、气性坏疽、突发不明原因传染病的病原体或其他有明确规定的传染病病原体污染的感染性织物，以及多重耐药菌感染或定值患者使用后的感染性织物，若需重复使用应先消毒后洗涤。

2) 被朊病毒病原体污染的感染性织物，浸于 1mol/L 氢氧化钠溶液作用 60 分钟再送洗。对已明确被气性坏疽病原体、进血液传播病原体、突发不明原因传染病或分枝杆菌、细菌芽孢、多重耐药菌细菌繁殖体污染的感染性织物浸于 2000mg/L 有效氯消毒液中 30 分钟后送洗。

5. 清洁织物卫生质量检测

1) 每日收发室工作人员对每批清洁织物次进行感官指标检查，要求织物外观整洁、干燥、无异味、异物、破损。对不符合要求的，予以退回。

2) 每季度对清洁织物储存发放室内的物表环境以及清洁织物进行微生物培养。微生物指标：细菌菌落数《200 CFU/100cm²，不得检出大肠菌群及金黄色葡萄球菌。PH 测试，测试结果应达到 6.5-7.5。对不合格的织物即刻退回，并要求洗涤公司查明原因，予以整改。复查合格后，方可再次使用。

6. 资料管理与保管

1) 织物管理的各类制度、流程、风险责任协议书、清洁消毒记录、微生物培养结果等资料应专人保管，建档备查，及时更新。

2) 脏污织物与清洁织物收集、交接时，记录单应包括以下内容：医用织物的名称、数量、洗涤消毒方式、交接时间、科室、洗涤公司名称、公司联系方式并加盖公章。交接人、质检员签字，记录单一式三份，供双方存查、追溯。记录单保存期》6个月。

(三) 医院洁净系统院感防控管理制度

1. 医院应根据自身对净化环境的需求，配置相应等级的净化空调系统。相关分级标准应符合 GB50333 规定的技术指标，净化空调使用部门应在设计时提出需求，运行部门、使用部门应按 GB50333 规定的技术指标设定运行。

2. 医院洁净空调系统由后勤部门对其日常运行进行管理，确保净化空调系统正常运行所需要的资源。

3. 洁净系统使用部门应履行下列职责：

1) 执行洁净区域洁、污路线，严格执行无菌技术操作规范；

2) 做好净化区域门的关闭；

3) 不遮挡送、回、排风口。

4. 净化空调系统的设备、水管道、风道等应布局合理，预留检修空间。

5. 医院根据自身条件，对净化空调系统可自行运行、维护；也可委托专业公司进行运行、维护。应制定末端设备定期的维护保养计划：

1) 末端设备停用时间>3个月，应按照 GB 50365 及生产厂家技术说明书的要求维修、保养，对末端设备进行全面检查，依据检查结果进行清洗、消毒或更换；

2) 末端设备的维护保养方法与周期，应按照 GB 50365 及生产厂家技术说明书的要求进行。常规维护保养内容应包括：

① 回、排风过滤网的清洗；

② 高效过滤器的检查、更换；

③ 回、排风口的清洁、检查；

④ 新风采风口的检查维护。

3) 净化空调系统运行末端房间的新风量、细菌菌落总数、尘埃粒子数等指标，应符合 GB 50333 的规定；

4) 对净化空调末端房间的温度、湿度的抽检应每天 ≥ 1 次，温度、湿度应符合 GB 50333 的

规定。抽检空调末端房间数量占空调末端房间总数比例应 $\geq 40\%$ ；

5) 末端高效过滤器的更换应与使用部门、院感办协商一致后方能更换，其材质应符合 GB/T13554 的要求。