附件6

**未定级医疗机构传染病防治监督检查评价表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | | | | |
| 综合评价结果 | | | | 优秀□ 合格□ 重点监督□ | | |
| 项    目 | 监督检查内容 | | 分值 | 评分标准 | 得分 | 合理缺项 |
| 综合管理  （9分） | 1.建立传染病防治、疫情报告、医疗废物、生物安全等管理组织 | | 2 | 是2；不齐全1；否0 |  |  |
| 2.建立传染病疫情报告制度 | | 1 | 是1；否0 |  | □ |
| 3.建立预检、分诊制度 | | 1 | 是1；否0 |  | □ |
| 4.建立生物安全管理等相关制度 | | 1 | 是1；否0 |  | □ |
| 5.建立消毒隔离组织、制度 | | 1 | 是1；否0 |  |  |
| 6.建立医疗废物处置等制度及应急预案 | | 1 | 是1；否0 |  |  |
| 7.开展综合评价自查 | | 2 | 是2，否0 |  |  |
| 8.本年度未发生擅自进行群体性预防接种 | | ★ | 是为合格；否★ |  | □ |
| 9.进入人体组织或无菌器官的医疗用品执行一人一用一灭菌 | | ★ | 是为合格；否★ |  | □ |
| 10.未发现重复使用一次性使用医疗器具 | | ★ | 是为合格；否★ |  |  |
| 11.未发现擅自开展高致病性或疑似高致病性病原微生物实验活动 | | ★ | 是为合格；否★ |  | □ |
| 预防  接种管理  \*（9分）□  □ | 1.接种免疫规划疫苗经卫生健康行政部门指定或接种非免疫规范疫苗报卫生健康行政部门备案 | | ☆ | 是为合格；否☆ |  |  |
| 2.接种疫苗遵守预防接种工作规范、免疫程序、疫苗使用指导原则、接种方案 | | 1 | 是1；不规范0.5；否0 |  |  |
| 3.疫苗接收、购进、储存、配送、供应、接种、处置记录 | | 1 | 是1；不齐全0.5；否0 |  |  |
| 4.公示疫苗的品种和接种方法 | | 1 | 是1；未更新0.5否0 |  | □ |
| 5.接种前告知（询问）受种者或监护人有关情况 | | 1 | 是1；否0 |  |  |
| 6.接收或者购进疫苗时索取并保存相关证明文件、温度监测记录 | | 1 | 是1；不齐全0.5；否0 |  |  |
| 7.按规定报告疑似预防接种异常反应、疫苗安全事件，并按规定对疑似预防接种异常反应组织调查、诊断 | | 1 | 是1；否0 |  | □ |
| 8.接种前实施“三查七对一验证” | | 1 | 是1；否0 |  |  |
| 9.按规定接收、采购疫苗 | | 1 | 是1；否0 |  |  |
| 10.疫苗储存符合冷链储存有关规范要求 | | 1 | 是1；否0 |  | □ |
| 法定传染病  疫情报告  \*（10分）□ | \*1.门诊登记项目齐全 | | 3 | 是3；否0 |  | □ |
| \*2.传染病疫情登记、报告卡填写符合要求 | | 5 | 是5；不齐全2；否0 |  | □ |
| 3.未瞒报、缓报和谎报传染病疫情 | | ☆ | 是合格；否☆ |  |  |
| \*4.检验科、放射科设置阳性检验检测结果登记并记录 | | 2 | 是2；不齐全1；否0 |  | □ |
| 传染病  疫情控制  \*（10分）□ | \*1.设置传染病分诊点 | | 2 | 是2；不规范1；否0 |  | □ |
| 2.对从事传染病诊治的医护人员、就诊病人采取相应的卫生防护措施 | | 2 | 是2；不规范1；否0 |  |  |
| \*3.按规定为传染病病人、疑似病人提供诊疗 | | 2 | 是2；不规范1；否0 |  | □ |
| 4.发现需转诊疫情时，对传染病病人或疑似病人按规定转诊并记录 | | ☆ | 是合格；否☆ |  |  |
| \*5.设置传染病病人或疑似病人隔离控制场所、设备设施并有使用记录 | | 2 | 是2；不齐全1；否0 |  | □ |
| \*6.消毒处理传染病病原体污染的场所、物品、污水和医疗废物 | | 2 | 是2；不规范1；否0 |  | □ |
| 消毒隔离制度  执行情况  （20分）□ | 1.消毒隔离知识培训 | | 2 | 是2；资料不全 1；否0 |  |  |
| 2.消毒产品进货检查验收 | | 2 | 是2；不齐全1；否0 |  |  |
| 3.配备医务人员个人防护和手卫生设施设备并规范使用 | | 3 | 是3；不规范2；否0 |  |  |
| 4.接触皮肤、粘膜的器械一人一用一消毒 | | ☆ | 是为合格；否☆ |  |  |
| \*5.高压灭菌的物品包外必须标明物品名称、灭菌日期、失效日期 | | 2 | 是2；不规范1；否0 |  | □ |
| 6.所有消毒（碘酒、酒精）及灭菌物品（棉球、纱布等）一经打开，均在有效期内使用 | | 2 | 是2；不规范1；否0 |  |  |
| 7.按规定对环境、物表等进行清洁消毒 | | 3 | 是3；不齐全1；否0 |  |  |
| 8.规范使用消毒产品 | | 3 | 是3；否0 |  |  |
| 9.开展消毒与灭菌效果监测 | | 3 | 是3；不齐全1；否0 |  |  |
| 医疗废物处置(20分) | 1.开展医疗废物处置工作培训 | | 1 | 是1；否0 |  |  |
| 2.医疗废物分类收集 | | 3 | 是3；否0 |  |  |
| 3.医疗废物交接、运送、暂存及处置登记完整 | | 2 | 是2；不完整1；否0 |  |  |
| \*4.发生医疗废物流失、泄漏、扩散时，及时处理、报告 | | 2 | 是2；否0 |  | □ |
| 5.使用专用包装物及容器 | | 3 | 是3；不规范1；否0 |  |  |
| \*6.隔离的传染病病人或疑似传染病病人产生的医疗废物使用双层包装并及时密封 | | 1 | 是1；否0 |  | □ |
| 7.建立医疗废物暂时贮存设施并符合要求 | | 3 | 是3；不规范1；否0 |  |  |
| \*8.确定医疗废物运送时间、路线，使用专用工具转运医疗废物 | | 1 | 是1；否0 |  | □ |
| \*9.相关工作人员配备必要的防护用品并定期进行健康体检 | | 1 | 是1；不规范0.5；否0 |  | □ |
| 10.未在院内丢弃或在非贮存地点堆放医疗废物 | | 2 | 是2；否0 |  |  |
| ▲11.医疗废物交由有资质的机构集中处置 | （▲：11与12只选一项） | ☆ | 是为合格；否☆ |  |  |
| ▲12.按照有关要求自行处置 |
| \*13.医院污水经消毒处理并开展监测 | | 1 | 是1；未监测0.5；否0 |  | □ |
| 病原微生物  实验室生物  安全管理  \*(17分)□ | 1.一、二级实验室备案证明 | | ☆ | 是为合格；否☆ |  |  |
| 2.从业人员定期培训并考核 | | 2 | 是2；不规范1；否0 |  |  |
| 3.建立实验档案 | | 2 | 是2；不齐全1；否0 |  |  |
| 4.按规定采集病原微生物样本，对所采集的样本的来源、采集过程和方法等作详细记录 | | 2 | 是2；不规范1；否0 |  |  |
| 5.设施设备符合相应的条件要求，有生物安全标识和消毒设施（二级实验室有带可视窗的自动关闭门、生物安全柜等） | | 2 | 是2；不规范1；否0 |  |  |
| 6.进入实验室配备个人防护用具齐全，实验室靠近出口处设有手卫生设施设备。（二级实验室有洗眼器和喷淋装置） | | 2 | 是2；不规范1；否0 |  |  |
| 7.实验室样本、菌(毒)种在同一建筑物消毒灭菌处理 | | 2 | 是2；否0 |  |  |
| 8.按照规定对空气、物表等消毒处理 | | 2 | 是2；不规范1；否0 |  |  |
| \*9.实验室工作人员出现该实验室从事的病原微生物相关实验活动有关的感染临床症状或者体征，依照规定报告并采取控制措施 | | 1 | 是1；否0 |  | □ |
| 10.实验活动结束将菌(毒)种或样本就地销毁或者送交保藏机构保藏 | | 2 | 是2；记录不全1；否0 |  |  |
| 总分 | | | | | | 95 |
| 合理缺项项目 | | | | | |  |
| 实际得分 | | | | | |  |
| 应得分 | | | | | |  |
| 标化得分 | | | | | |  |

评价者： 陪同者： 评价日期： 年 月 日