

医院医疗废物卫生管理规范
第 2 部分：院感预防与控制

Code for hygienic management of medical waste in hospital
part 2: prevention and control of hospital infection

（征求意见稿）

（本草案完成时间：9.4）

在提交反馈意见时，请将您知道的相关专利连同支持性文件一并附上。

2023 - XX - XX 发布

2023 - XX - XX 实施

目 次

前言	II
1 范围	1
2 规范性引用文件	1
3 术语和定义	1
4 基础管理要求	1
4.1 制度要求	1
4.2 人员要求	1
4.3 布局与设施要求	2
4.4 宣教要求	2
5 预防与控制要求	3
5.1 风险识别与告知	3
5.2 职业防护	3
5.3 控制措施	3
6 监测与报告要求	4
6.1 监测	5
6.2 报告	7
附录 A（规范性） 医废卫生管理突发事件应急措施	8
参考文献	9

前 言

本文件按照GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件作为 DB42/T XXX 《医院医疗废物卫生管理规范》的第2部分。DB42/T XXX已发布以下部分：

- 第1部分：院内收存；
- 第2部分：院感预防与控制。

本文件由××××提出。

本文件由××××归口。

本文件起草单位：

本文件主要起草人：

医院医疗废物卫生管理规范

第2部分：院感预防与控制

1 范围

本文件规定医院医废卫生管理中医院感染的基础管理要求、预防与控制、监测与报告的要求。本文件适用于二级及以上的医院医废管理，其他医疗卫生机构可参照执行。

2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

WS/T 313	医务人员手卫生规范
WS/T 312	医院感染监测规范
WS/T 367	医疗机构消毒技术规范
WS/T 512	医疗机构环境表面清洁与消毒管理规范
WS/T 525	医院感染管理专业人员培训指南
WS/T 592	医院感染预防与控制评价规范
DB42/T XX. 1-2023	医院医疗废物卫生管理规范 第1部分：院内收存

3 术语和定义

WS/T 313、WS/T 312、WS/T 367、WS/T 512、WS/T 525、WS/T 592界定的以及下列术语和定义适用于本文件。

3.1

复用工具 reuse tool

经清洗、消毒、修缮等处理后可再次使用的工具。

4 基础管理要求

4.1 制度要求

医院医废管理应纳入医院感染管理制度，明确医废管理中医院感染预防和控制的组织、人员、监督和考核等要求。

4.2 人员要求

4.2.1 人员配置

4.2.1.1 管理人员

4.2.1.1.1 医院院感部门应专职人员分管医废卫生管理，包括开展相关知识和技能的培训，日常医废

管理工作的监督、检查和指导等。

4.2.1.1.2 医院后勤部门至少有1名专（兼）职感控督导员，具体指导和监管医院医废卫生管理工作。

4.2.1.1.3 医院产生医废的单位（如科室）院感管理责任人应将医废卫生管理纳入管理职责，接受院感部门的技术指导、工作监督和考核。

4.2.1.2 作业人员

4.2.1.2.1 医院应专职配置医废专职回收员（包括专职医废回收转运员、暂存间医废管理员）。

4.2.1.2.2 专职医废回收员身体健康、无职业禁忌症，每年不少于1次健康体检。如下情况应进行健康体检：

- 入职上岗前；
- 转岗或辞职离岗前；
- 职业暴露后；
- 院感或疫情暴发后。

4.2.2 人员培训

4.2.2.1 医废卫生管理作业人员应有计划地开展培训，具体要求应符合：

- a) 培训计划应符合：
 - 1) 新入职人员，应接受上岗前培训；
 - 2) 在岗人员，每月专业知识学习或技能培训时长不少于2 h。
- b) 培训内容可包括但不限于：
 - 1) 医废管理的相关法律、法规及其他规范性文件；
 - 2) 医废分类、收集、运送、贮存、交接等知识和管理要求；
 - 3) 物品、工具清洗、消毒知识和技术要求；
 - 4) 职业防护的相关知识；
 - 5) 医废流失、泄露、扩散等情况应急处置方法。
- c) 培训方式可参考 WS/T 525 的规定，结合各医院的特点科学安排。

4.2.2.2 院感、后勤部门每半年应不少于1次对培训活动、内容的检查，培训效果考核。

4.3 布局与设施要求

4.3.1 医院应结合自身建筑布局、诊疗活动等特点，合理进行医疗废物分类收集、院内转运、暂存的布局，配套相关的设施。具体遵循的原则包括：

- 就近原则，就近医疗废物产生点；
- 安全原则，收集点选择不靠近餐饮设施，不轻易被触碰，不影响消防安全等；
- 固定原则，非特殊原因，医废收集点、集置点、暂存间一旦明确应保持基本固定；
- 可视原则，即所有收集点、集置点在医护人员或监控可视范围，便于观察，有醒目标识；
- 优化原则，以最少的配置满足诊疗活动的需要，最佳位置收集区域不同方向的医废。

4.3.2 医院医废分类收集点、集置点、暂存间应按 DB42/T XXX.1 的规定完善配套的设施。

4.4 宣教要求

医院可多形式开展医废卫生管理的宣教，包括但不限于：

- 利用折页、宣传画、海报、视频等开展多形式的公开宣传；
- 利用与病患沟通、健康宣教、查房等机会开展宣传、指导；
- 借助医院公众号、网页等开展医废卫生管理知识宣传。

5 预防与控制要求

5.1 风险识别与告知

5.1.1 医院应全员医废卫生管理的知识培训。

5.1.2 医院应明确医废分类收集、院内转运、暂存过程的风险控制点，形成管理制度、作业规程和应急预案。应急预案培训应 100 %覆盖专职医废卫生管理工作人员。

5.1.3 医院可借助多形式的宣教，向医务人员、患者或陪护人员等宣传医废的风险。

5.2 职业防护

5.2.1 医院应参照表 1 为医废管理作业人员配置防护用品，并监督其职业暴露防护措施的执行。

表 1 医院医废管理操作人员防护用品选择

对应人员	工作服	手套	专用鞋/ 鞋套	口罩	防水围裙	隔离衣	防护服	护目镜/ 面罩	帽子
专兼职管理员	+	+	—	+	-	-	—	-	-
收集转运人员	+	+	±	+	—	±	-	-	+
暂存间工作人员	+	++	±	++	+	±	±	±	+

注1：“+”表示应使用，“++”表示应使用加强防护，如N95口罩、双层防水手套。“±”表示可使用或按该区域个人防护要求使用，“-”表示可以不使用。

注2：发生医疗废物泄漏、扩散等应急处置时，上述个人防护应按最高风险区域要求佩戴。

注3：表中“专用鞋和鞋套”，隔离衣和防护服等日常可根据需要二选一，疫情防控等特殊情况应同时使用。

注4：“收集转运人员”可与“暂存间工作人员”兼职设置。

5.2.2 作业人员开展医废院内转运工作应做好个人卫生，具体要求应满足：

- 作业过程中不饮食、吸烟；
- 工作过程中和结束后，应按 WS/T 313 落实手卫生；
- 工作结束后宜对口鼻等进行冲洗，沐浴、更衣后才离岗。

5.2.3 一次性防护用品使用后应按医疗废物处理，可重复使用的工作服物品等应按如下要求卫生处理：

- 工作结束后，应沐浴并及时更换服装；
- 明显污染的工作服，无法清洗消毒的，应及时更换，并作医废处理；
- 工作穿戴的衣物应院内清洗、消毒、贮存。

5.3 控制措施

5.3.1 物表清洁和消毒措施

5.3.1.1 医废各收集点卫生消毒的要求应符合：

- 容器外表面每天使用不低于 500 mg/L 含氯消毒剂预防性消毒擦拭不少于 1 次；
- 医废每次清理转运后，应对医废容器进行卫生消毒：
 - 中低风险区域的容器，使用不低于500 mg/L含氯消毒剂擦拭；
 - 高风险及以上区域的容器，使用不低于1000 mg/L含氯消毒剂擦拭；
 - 容器内部明显污染的，应清洁后使用不低于1000 mg/L含氯消毒浸泡不少于30 min。
- 收集点卫生清洁、消毒应包括医废容器及周边的地面、墙壁。

- 5.3.1.2 医废集置点每天卫生清洁和消毒不少于1次，具体要求应符合：
- 中低风险区域，集置点医废容器外表每天使用不低于500 mg/L含氯消毒剂预防性消毒不少于1次；高风险以上的，可适当增加频次；
 - 医废从集置点转运后，应对容器内部使用不低于1000 mg/L含氯消毒剂进行卫生消毒；
 - 集置点其他物表每天宜预防性消毒1次，明显污染应随时清洁消毒。
- 5.3.1.3 医废暂存间物表消毒应按WS/T 367和DB42/T XX.1-2023中6.2.2.3.2的规定执行。

5.3.2 院内转运工具卫生消毒

- 5.3.2.1 医废院内转运工具一用一消毒，非经消毒处理不应投入二次收集和转运工作。
- 5.3.2.2 医废院内转运工具的具体卫生清洁、消毒按DB42/T XX.1-2023中5.5.3.3要执行。

5.3.3 院内收集和转运流程设计

- 5.3.3.1 医废转运路线设计应符合DB42/T XX.1-2023中5.2.1的规定。
- 5.3.3.2 医院不同风险区域医废收集和院内转运流程要求应符合：
- 宜将高风险和低风险区的收集和院内转运分别实施，按先低风险区后高风险区的顺序开展；
 - 如下特殊区域医废分类收集和转运，应定时、定点、专人处理：
 - 手术室、ICU等特殊区域；
 - 器官移植等区域；
 - 感染病区或防疫区域。

5.3.4 集置点、暂存间外来人员控制

- 5.3.4.1 医废集置点、暂存间宜采取门禁管理，非工作人员不应进入。
- 5.3.4.2 确因工作需进入集置点、暂存间的，应按如下院感预防要求执行：
- 登记个人及工作信息；
 - 由工作人员告知感染风险和防护要求；
 - 按要求穿戴防护用品；
 - 由暂存间工作人员引导；
 - 不触碰、挪动、倚靠任何物品；
 - 离开时应及时更换防护用品，进行个人卫生。
- 5.3.4.3 有明显皮肤创伤、呼吸道疾病等的人员不应进入医废集置点、暂存间。

5.3.5 突发事件控制措施

- 5.3.5.1 医院应建立医废卫生管理突发事件应急机制，编制应急预案，做好应急准备。
- 应急预案每年演练不少于1次；
 - 医疗废物专职人员应100%参加培训和演练，并有考核记录；
 - 院感部门、后勤部门每年不少于1次检查医废突发事件应急的物资准备，具体物资准备按DB42/T XX.1-2023中附录B的规定执行。
- 5.3.5.2 医院医废分类收集、转运、暂存过程中突发事件应按附录A的要求执行。
- 5.3.5.3 医废卫生管理过程发生职业暴露事件的，24h内完成事件调查、处置和初步报告；职业暴露事件发生超过24h的，院感部门仍需按流程完成调查、处置和报告。

6 监测与报告要求

6.1 监测

6.1.1 组织与人员

6.1.1.1 医废卫生管理院感监测由医院院感部门指定人员按 WS/T 312、WS/T 592 等规定具体实施，包括专职人员和专兼职感控督导员。

6.1.1.2 院感专职人员与兼职的感控督导员工作相互协作，具体分工要求应符合：

- 院感专职人员为监测工作责任人，微生物采样等高技术要求的工作应由其执行；
- 兼职感控督导员可在专职院感人员指导下开展现场查看、物表检查、记录查验、实操观察等非技术类感控督导工作；
- 医废卫生管理的院感监测责任应由院感专职感控督导员承担。

6.1.2 内容与频率

6.1.2.1 院感专业监测

6.1.2.1.1 医院根据 WS/T 312 的要求，结合医院实际情况，设计并开展医疗废物卫生管理的院感专业监测目标和实施计划。具体内容和频次等按表 2 的要求执行。

表 2 医废卫生管理监测对象、内容、方法与频次要求

对象	要求			
	内容	方法	样本量	频次
人员	手卫生	ATP或细菌采样培养	不少于50%的收集、转运和暂存间专职人员	1次/季度
	口鼻定值	细菌采样培养	100%覆盖收集、转运和暂存间专职人员	1次/年
	医废知识	询问、考试		1次/半年
	应急预案			
物表	环境物表细菌指标	ATP或细菌采样培养	重点污物间、暂存间	1次/季度
	收集、转运及清洁工具物表	ATP或细菌采样培养	容器取样不少于5%，覆盖不少于50%病区或科室，院内转运工具100%检测	
紫外线消毒灯	紫外（强度）	专用试纸	重点污物间、暂存间	
消毒剂 ^a	合格资料	查阅许可证、合格证	近3个月抽样	1次/半年
	配制	试纸	暂存间和不少于5个不同病区、科室	1次/月
交接记录	填写和存档情况	查阅	任意抽样近3个月	1次/季度
卫生设施	完好情况	现场查看	重点污物间、暂存间	
注1：频次可按周期计算，疫情或院感暴发期间可增加监测频次。				
^a 以含氯消毒剂为例				

6.1.2.1.2 针对医废卫生管理，院感专业监测结果要求应符合 GB 15982、WS/T 313、WS/T 367、WS/T 512 等和表 3 要求求执行。

表3 医废收集、转运、暂存各环节重点项院感监测结果要求

对象		内容		要求
		监测项目	细化分类 ^a	
人员（手）		表面细菌总数 CFU/cm ²	接触医废的人员	细菌菌落总数不超过 10 CFU/cm ² 。
物表 ^b	环境物表	表面平均菌落数 CFU/cm ²	I、II类环境区域	不超过5.0
			III、IV类环境区域	不超过10.0
		自然菌	所有区域	灭杀率大于90 %
	传染性病菌	不应检出		
收集、转运及 清洁工具物表	表面细菌和传染性病菌	—	表面细菌总数不超过10.0，传 染性病菌不应检出	
消毒剂		有效氯含氯		与不同区域含氯要求一致
交接记录		填写准确性		准确率不低于95%
卫生设施		完好情况		完好率不低于90%
注1：本表主要是卫生监测结果。				
^b 使用环境按 GB 15982 相关规定分类。				
^b 包括医废分类收集点、集置点和暂存间的地面、墙面、物品表面（含容器）等环境物表。				

6.1.2.2 感控督导日常监测

6.1.2.2.1 感控日常卫生监测工作可由专职院感人员或感控督导员在专职院感人员指导下实施。具体医废卫生管理日常卫生监测的内容和要求可参照表4实施。

表4 医废卫生日常感控督导表

一级指标	二级指标	三级指标	指标要求	结果
人员管理	职业防护	防护知识	知晓标准预防，会洗手和卫生手消毒、知晓防护用品穿脱	
		防护实施	科室保洁落实标准预防 医废收集、转运和暂存间人员按不同防护要求执行个人职业防护，作业后沐浴更衣	
医废管理	分类收集	分类收集	按医疗废物分类要求收集到对应容器	
		医疗废物包装	医废包装正确，无泄漏。 收集时鹅颈结密闭并有清晰的标签信息	
	院内转运	废物交接	双签交接，交接信息完整（或电子后台信息）	
		工具	一用一消毒	
		路线	按规定的转运路线和收集流程实施 医废转运全程在有人监视下实施	
	暂存	暂存间	设施、物品齐全，卫生消毒符合规定频次要求	
			环境整洁，标识清晰，	
		医疗废物	密闭包装，并分类摆放 出入库记录清晰、完整	

表4（共2页，第2页）

表4（共2页，第2页）				
场地管理	收集点	容器配置	摆放固定，有盖密闭，方便收集	
		标识	容器颜色正确、标识（医废及容器定位）清晰	
		安全	未影响安全通行，有效预防遗撒和小孩误碰	
		卫生清洁	每天不少于1次预防性消毒和卫生擦拭	
	周边整洁，无扩散医废			
	集置点	容器	摆放固定，有盖密闭，与其他废弃物距离合适	
		标识	容器颜色正确、标识（医废及容器定位）清晰	
		安全	污物间有门禁设置	
		卫生清洁	消毒灯、排风扇工作正常	
	容器表面整洁、每天不少于1次预防性消毒和卫生擦拭			
	暂存间	容器	摆放固定，分类清楚、有盖密闭	
		标识	暂存间和分类标识完整（含地标线等）	
		安全	有限制外来人员进入的设施（如门禁），消防设施完整、可靠	
		卫生清洁	消毒、排放、防鼠、防蚊蝇、防蟑螂设施完好	
		卫生清洁	有洗手、沐浴、工具消毒、空调、排放等设施	
			容器表面整洁、每天不少于1次预防性消毒，特殊医废按规定进行终末消毒	
工具		清洁工作整洁、标识清晰		
	转运工具整洁，并规范摆放			
作业管理	卫生操作	消毒作业	500mg/L和1000mg/L消毒剂配置	
			物表擦拭消毒和物表喷洒消毒操作	
		专用容器清洁	表面擦拭	
			明显污染的内部清洁和消毒	
	转运工具清洁	表面清洁与预防性消毒		
		内部舱和行动轮清洁与消毒		
	清洁工具	抹布、拖把清洁消毒操作		
	医废收集	医废包装	鹅颈结的操作	
		重量	废物称重操作	
		标签	废物标签信息填写（或二维码后台信息）	
记录填写		双签记录填写（或电子交接记录提交与确认）		

6.2 报告

医废管理活动的院感监测结果应形成记录，并形成报告向后勤、院感、护理等部门传达。发现异常的，应由后勤和院感部门按WS/T 312 的要求执行报告制度。

附录 A
(规范性)
医废卫生管理突发事件应急措施

A.1 图 A.1 给出了医废转运过程发生散落、泄漏等突发事件的应急处置流程。

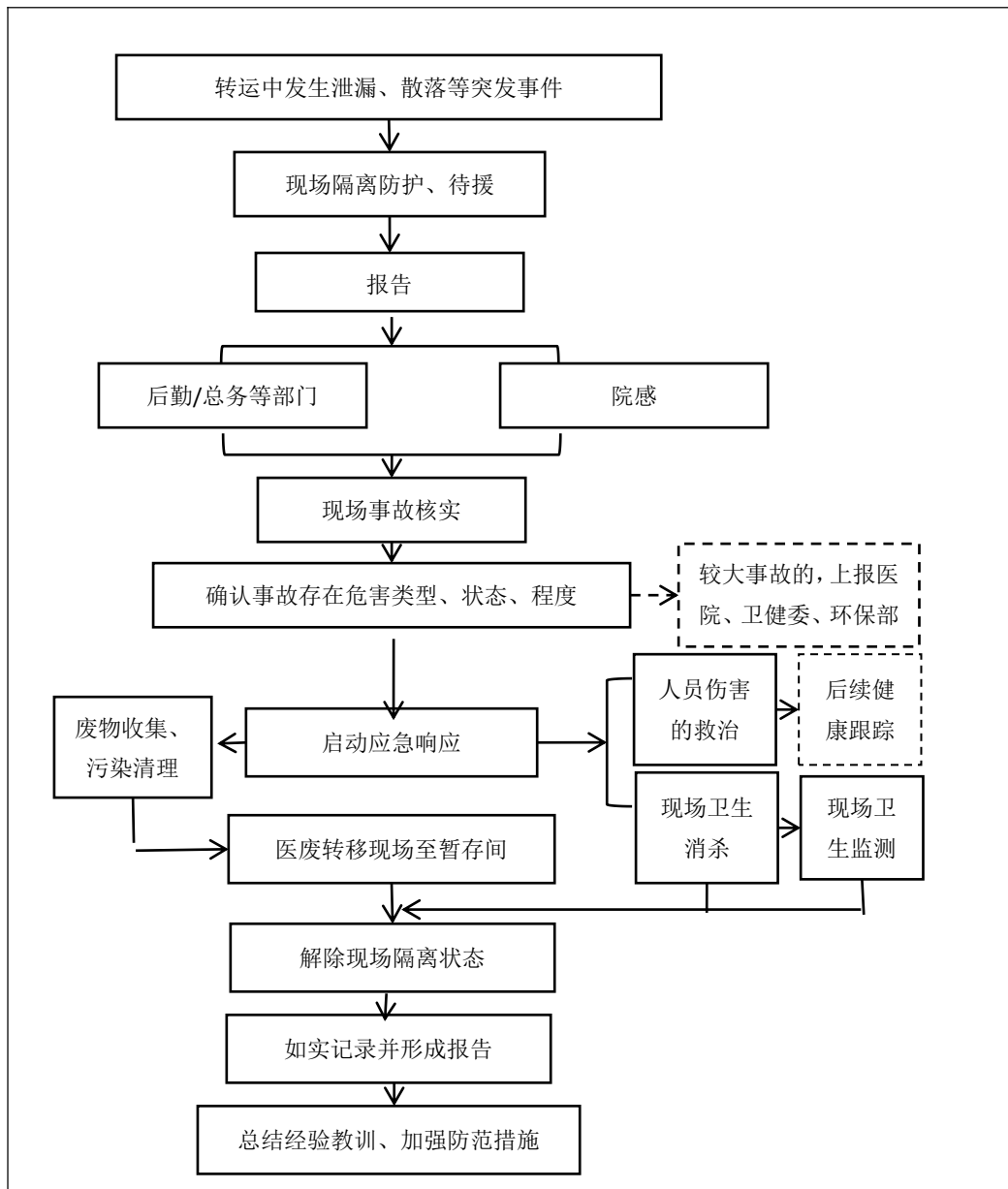


图 A.1 医废转运过程散落、泄漏等突发事件应急处置流程示意图

A.2 医院医废收集、转运和暂存活动中发职业暴露的，应按应急程序处理后及时就医：

- 发生医废喷溅的，应及时沐浴，更换防护用品、衣物；
- 发生锐器伤害的，应立挤出周边血液，流动水冲洗；
- 发生眼睛遭到喷溅的，应立即使用流动水冲洗。

参 考 文 献

- [1] 《医疗废物管理条例》 中华人民共和国国务院令380号。
 - [2] 《医疗卫生机构医疗废物管理办法》 卫生部令第36号。
 - [3] 医疗废物集中处置技术规范（试行） 环发 [2003]206号。
 - [4] DB 4211/T 12-2022 《医疗废物暂存间卫生管理规范》。
 - [5] 《关于印发医疗废物分类目录（2021）版的通知》 国卫医函（2021）238号。
 - [6] 《湖北省医疗废物管理办法》湖北省人民政府令[2022] 第 421 号。
 - [7] 《医院感染预防与控制标准操作规程（参考版）》 胡必杰、郭燕红、高光明、刘荣辉. 上海科学技术出版社，2010年6月。
-