某某医院　医院感染暴发应急演练脚本与文书全集

23 个场景 · 30 余类部门/岗位 · 32 份实战文书 · 受控文件 V1.0

第一篇　总则与共同作业指引

一、编制说明与使用指南

本文件为某某医院《医院感染暴发应急演练脚本与文书全集》，与《医院感染暴发应急演练实战包（D1/S1/S2）》配套使用，可作为院内受控文件发布。

适用对象分两类：①演练方（某某医院演练指挥部、参演科室、观察考评组、保障组）；②检查方（卫生健康行政部门、疾控机构、院外督导专家组、院内质控检查组）。两类对象共用同一套脚本与文书，但使用角度不同：演练方按脚本执行并填报，检查方按核查表调阅、提问、评分并签署意见。

23 个脚本覆盖临床、医技、后勤保障、职能管理、院外协同与检查方等 30 余类部门/岗位，可按年度计划分次实施；每次演练可任选 1 个脚本，检查方亦可临时抽选并追加注入信息。D23 为检查方主导的无预告突击督查式演练，可套用于任一场景作为"飞检"版本。

32 份文书按三阶段编号：A 系列（布置与准备）、B 系列（全程记录与考评）、C 系列（总结与汇报）。所有表格均为空白可填写件，可直接复印或打印后手写填报；需电子归档的，按受控编号扫描存入一案一档。

本文件中单位名称统一为"某某医院"，实际发布时由院办替换为本院全称并加盖公章；文件编号、发放编号按本院受控文件管理规定编制。

二、分方使用索引表

下表为检查方与演练方的共用索引。●=必填/必查，○=可选/参考，—=不涉及。

阶段	文书编号	文书名称	检查方	演练指挥部	参演科室	观察考评组	保障组
准备	A01—A10	演练布置与准备文书	○	●	○	○	●
实施	B01—B12	全程记录与考评文书	●	○	○	●	○
收尾	C01—C10	总结与汇报文书	●	●	○	○	○
通用	W1—W6	《演练实战包》配套表单	●	○	●	●	○

三、编制依据

层级	依据	本文件引用要点
法律	《中华人民共和国传染病防治法》（2025 修订，2025-09-01 施行）	第 26 条专门科室与人员；第 27 条建筑/流程/危险因素监测/消毒隔离/医废污水；第 30 条应急预案定期演练
行政法规	《突发公共卫生事件应急条例》（国务院令第376号）	事件报告与应急联动
部门规章	《医院感染管理办法》（卫生部令第48号）	第 5、6 条管理机构与职责
规范性文件	《医院感染暴发报告及处置管理规范》（卫医政发〔2009〕73号）	第 10 条 12 h 同时报两家；第 11—12 条 24 h 逐级；第 13 条 2 h；第 22 条瞒报责任；第 23 条术语
规范性文件	国卫办医函〔2019〕480号及十项基本制度	感控分级管理、暴发报告与处置制度

层级	依据	本文件引用要点
技术标准	WS/T 524—2025《医院感染暴发控制标准》	第 1—7 章及附录 A—E（本文件全部脚本的条款依据）
引用标准	GB 19193、WS/T 311、312、313、367、512、547	属传染病范畴消毒、隔离、监测、手卫生、消毒、环境、信息系统
方法学	WHO 现场调查十步法；Tenover 1995 PFGE 判读标准	调查流程与同源性判定

四、组织架构与职责

机构/小组	组成	职责	本文件对应文书
演练指挥部	分管院长任总指挥，院感科、医务部、护理部、应急办、宣传/党办	审定方案、下达启动与终止令、对外报告、资源调配	A01—A03、C03、C04
参演组	各脚本"牵头部室 + 配合部门"	按脚本响应、填报 W1—W6、接受提问	B01—B06、W1—W6
观察考评组	院感科专职人员、质管办、院外专家	按 B03—B09 记录、判定、评分，不参与决策	B03—B09、C07
检查/督导组	卫健行政部门、疾控、院外督导专家	调阅资料、现场观察、抽查提问、出具意见	B07、B09、C08
保障组	总务后勤、设备科、信息科、保卫科、药学部	场地物资、信息系统、秩序、药品与防护用品	A07、A09、B10
模拟患者/标准化病人	由非参演人员担任	按设定提供信息与反应，不诱导参演者	A05、B02

五、演练总时序（T-14 日 → T+90 日）

时点	阶段	主要动作	责任方	对应文书
T-14 日	立项	确定场景与目标、审批方案、成立指挥部	院感科/应急办	A01、A02
T-7 日	通知与保密	发布通知（只给主题时间）、角色卡签订保密承诺	院办/院感科	A03—A05
T-3 日	物资与场地	场地、物资、信息系统、注入卡受控发放核查	保障组	A06、A07
T-1 日	Go/No-Go	最终确认；检查组对接；安全告知签署	指挥部/保障组	A08—A10
T 日	实施	按脚本时点注入、记录、考评、评分	全体	B01—B12
T+0（当日）	即时复盘	三问复盘、失分点认领、整改通知	观察考评组	B11、C01、C02
T+7 日	总结上报	总结报告、向属地报送、检查意见归档	院感科/院办	C03、C04、C08
T+30/60/90 日	跟踪销项	整改销项、抽考、复测并对比评分	质管办/院感科	C05—C07、C10

六、主持人通用话术（照读模板）

以下话术适用于全部 23 个脚本，与各脚本 phases 中的 host 字段配合使用。

环节	主持人照读话术	禁止行为
开场	「本次演练依据 WS/T 524—2025 与本院预案实施。请注意：不提供脚本、不提示答案；所有判断请当场说出依据的条款号。观察员记录时间戳。」	不得提前泄露注入信息
角色确认	「请各角色依次报岗位与职责。总指挥确认启动级别后，演练计时开始。」	不得代参演者回答
注入	「现在注入第 N 条信息（朗读注入卡正面）。请相关岗位在 X 分钟内给出判断与下一步动作。」	不得同时给出两条注入
追问	「如果此时再多 2 例，你的决定会变吗？」「依据哪一条？」「如果证据相反呢？」	不得用反问暗示答案
卡点	「请查看报告时限卡（文书 W1）后重新作答。」（每个时点最多提示一次，提示即记录）	不得重复提示
终止	「本次演练现场处置阶段结束。请各岗位原地保留全部记录，进入复盘。」	不得提前收表
复盘	「三问：当时为什么这么判断？依据哪一条？现在改怎么判断？请逐条对应到条款号。」	不得将复盘开成表扬会

七、检查/督导方作业指引

检查方到场后按"资料调阅 → 现场观察 → 抽查提问 → 评分复核 → 出具意见"五步作业，全部动作留痕于 B07、B09、C08。

类别	项目	判定要点
调阅清单	演练方案与审批（A01—A03）	有审批签字、有条款依据、有目标与场景
调阅清单	角色卡与保密承诺（A05）	参演者演练前未获脚本
调阅清单	注入卡受控发放回收记录（A06、B02）	编号连续、无缺失、回收签字齐全
调阅清单	演练全程时间轴与关键动作判定（B01、B04）	时间戳连续、动作有证据编号
调阅清单	报告时限核验（B05）	发现→判定→报出全程可追溯，超时须说明
调阅清单	W1—W6 表单原件	逐份有填写、有签字、无事后补记痕迹
调阅清单	评分表与汇总（B08）	评分有依据、扣分有记录、复核签字
调阅清单	总结报告与整改台账（C03—C06）	失分点全部进入整改并销项
一票否决	真实暴发发生时未中止演练并切换真实响应	立即判定不合格
一票否决	应报未报或瞒报（含演练中虚构的瞒报动作未纠正）	立即判定不合格
一票否决	先消毒后采样导致证据灭失	立即判定不合格
一票否决	未同时报卫健与疾控两家	立即判定不合格
一票否决	无病例定义或定义事后修改未留痕	立即判定不合格
一票否决	观察员参与决策、或参演者提前获知脚本	本次成绩无效

类别	项目	判定要点
一票否决	演练记录缺失 B01 时间轴或 B08 评分汇总	本次成绩无效
提问库	3 例算不算暴发？依据哪一条？	答 3.3 疑似暴发、3 例以上含本数
提问库	"同种同源"是上报前提吗？	答否，疑似即应报告
提问库	12 小时报给谁？	答县级卫健 + 疾控，同时
提问库	哪些情形 2 小时内报？	答 10 例以上、特殊病原体、重大公共影响
提问库	什么时候可以宣布结束？	答 2 个最长潜伏期 / 无明确潜伏期按四条口径
提问库	CRE 随访筛查阳性算新发吗？	答不算（6.2.2 口径 4）
提问库	采样和消毒哪个先？	答先采样后消毒
提问库	假暴发有哪三类机制？	答标本污染、实验室错误、监测方法改变
提问库	属传染病范畴时消毒按哪份标准？	答 GB 19193（6.1.5）
提问库	调查人员进入现场前先做什么？	答按 5.1 依可疑病原与途径采取个人防护

八、演练中止、切换真实响应与合规边界

①中止条件：演练期间如发生真实医院感染暴发、突发公共卫生事件、患者病情突变、信息系统真实故障或任何可能危及患者安全的情形，由总指挥立即宣布中止演练，全体转入真实应急响应，并在 B01 时间轴记录中止时点与原因。

②切换要求：中止后不得沿用演练表单充当真实记录；真实事件另按 W1、W4、W5 重新填报，并注明"真实事件"。演练已产生的模拟标本、封条、注入卡全部加盖"作废"章并单独封存。

③保密与受控：注入卡、角色卡、评分标准按受控文件管理，编号发放、当场回收；参演者签保密承诺（A05）；检查方资料调阅须登记（A09）。

④安全与不干扰真实诊疗：演练不得占用抢救设备、不得中断真实诊疗、不得使用真实患者信息；模拟患者与模拟标本须有明显标识（A08）。

⑤信息与舆情：按 4.5 统一口径、指定发言人；演练对外信息须标注"演练"，避免引起公众误解；不得擅自发布未核实结论。

⑥个人信息保护：按《传染病防治法》第十三条，演练涉及的所有模拟患者信息不得使用真实姓名、住院号；记录表用编号代替；资料保存到期后按本院规定销毁。

⑦不得歧视与及时救治：按《传染病防治法》第十六条，演练脚本中的隔离、留观、限制措施不得设计为歧视性或拒绝救治情形。

⑧档案：一案一档，保存期限不少于 5 年（C09）；含方案、脚本、注入卡、全部记录、评分、总结、整改与检查意见。

九、脚本—场景—部门覆盖索引（D1—D23）

供检查方按受检部门反查脚本、演练方按能力缺口选练。D16—D23 为扩充场景；D23 可替换任一脚本的初始注入，作为该场景的"飞检"版本。

编号	场景 / 牵头部室	主要配合部门	训练靶心
D1	血透中心丙肝"疑似暴发"的 48 小时｜血液透析室	院感科、检验科/微生物室、医务部、护理部、宣传/党办、应急办、属地疾控联络人	12 h / 2 h 报告档位、疑似与确诊分离、三级病例定义、2 个最长潜伏期

编号	场景 / 牵头部室	主要配合部门	训练靶心
D2	NICU 肠道病毒暴发：从 2 例发热到病区分区管控｜新生儿科 / NICU	产科、儿科、护理部、院感科、检验科、后勤保洁、宣传/党办、医务部	脆弱人群保护性隔离、探视与母乳动线、环境储源、救治优先
D3	术后切口龟分枝杆菌暴发：灭菌链回溯｜手术室 / CSSD	手术室、CSSD、产科、骨科、设备科、药学部、院感科、检验科、医务部	可疑物品封存、批次追溯、消毒剂浓度实测、特殊病原体报告档位
D4	ERCP 术后 CRE 暴发：内镜 + 环境 + 人 三重排查｜消化内镜中心	消化内科、内镜洗消组、微生物室、设备科、院感科、ICU、医务部	抬钳器清洗、环境储源、CRE 四条口径终止判定
D5	ICU CRAB 聚集：定植与感染的分辨｜重症医学科（ICU）	ICU、呼吸与危重症科、康复科、微生物室、保洁/后勤、设备科、院感科、护理部	聚集与暴发分界、定植/感染判定、高频接触面与环境储源
D6	支气管镜脓肿分枝杆菌"假暴发"：先证伪，再定性｜呼吸与危重症科 / 微生物室	呼吸科、支气管镜室、微生物室、院感科、设备科、检验科、宣传/党办	假暴发三类机制、阴性结果的证据价值、整改才算成果
D7	血培养阳性"假暴发"：监测口径改变｜检验科 / 微生物室	微生物室、检验科、信息科(LIS)、临床科室、院感科、质管办	第三类假暴发机制（监测方法/信息系统改变）、LIS 变更管理
D8	灭菌生物监测阳性：器械召回与全院追溯｜消毒供应中心（CSSD）	CSSD、手术室、骨科、妇产科、介入室、设备科、院感科、医务部、信息科	灭菌失败分级响应、批次召回、放行记录追溯、暴露事件判定
D9	急诊输液室诺如病毒聚集：门诊动线、保洁与食堂联防｜急诊科 / 门诊部	急诊科、门诊部、总务后勤、保洁外包、营养食堂、院感科、检验科、宣传/党办、保卫科	门诊高流量动线、呕吐物处置、环境储源、属传染病范畴消毒接口
D10	临时特殊场所呼吸道传染病聚集：预检分诊与方舱式管理｜发热门诊 / 感染性疾病科	发热门诊、预检分诊、感染科、院感科、保卫科、总务后勤、设备科、应急办、属地疾控	第 1 章临时特殊场所参照执行、流调人员防护、临时场所分区
D11	高致病性病原微生物实验室暴露：附录 A 六项要点全流程｜检验科 / 院感科（职业暴露）	检验科/微生物室、院感科、感染科、药学部、急诊科、心理科、应急办、保卫科、属地疾控	响应时点前移到"发生暴露"、预防用药、留观与心理疏导、对外联动
D12	信息系统多科室预警交叉：阈值、会签与舆情联动｜信息科 / 院感科	信息科、院感科、医务部、宣传/党办、应急办、质管办、各临床科室	预警阈值治理、多信号交叉研判、信息发布口径
D13	血液科 CLABSI 聚集：静配与置管维护双线｜血液科 / 静脉用药调配中心（PIVAS）	血液科、PIVAS、药学部、介入/置管组、微生物室、护理部、院感科、设备科	导管维护 bundle、静配批次与药液污染、粒缺人群保护
D14	口腔科门诊器械交叉使用：门诊小操作的暴发风险｜口腔科 / 门诊手术室	口腔科、门诊部、CSSD、设备科、院感科、微生物室、医务部	门诊小器械清洗灭菌、牙科手机水路、一人一用一灭菌
D15	水源性与医废动线：军团菌/铜绿假单胞菌环境储源｜总务后勤 / 院感科	总务后勤、基建/水务、污水处理站、保洁外包、设备科、院感科、微生物室、ICU/血液科、宣传/党办	工程系统类感染源、后勤与临床协同、污水与医废动线
D16	产后 A 组链球菌感染聚集：产妇、新生儿与带菌者三线同查｜产科 / 产房（助产组）	产科病区、产房/助产组、新生儿科、手术室、微生物室、院感科、护理部、医务部、被服/洗衣房、保洁外包	无症状带菌者筛查、双人群（产妇+新生儿）病例定义、人与人传播链、被服与产房环境

编号	场景 / 牵头部室	主要配合部门	训练靶心
D17	介入术后血流感染聚集：多剂量瓶、共用盐水与耗材追溯｜心内科 / 介入导管室（DSA）	心内科、导管室/介入护士、DSA 机房、药学部、设备科/耗材、CSSD、微生物室、院感科、医务部、护理部	多剂量药瓶共用、一次性耗材复用识别、导管室环境分级、介入器械与使用批次追溯
D18	艰难梭菌腹泻聚集：芽孢、洗手与抗菌药物三线联防｜老年医学科 / 康复病区	老年医学科、康复科、临床药学（AMS 小组）、检验科/微生物室、营养科、保洁外包、被服/洗衣房、护理部、院感科、医务部	芽孢对醇类耐受、必须流动水洗手、含氯消毒、接触隔离与抗菌药物管理联动
D19	院区施工期曲霉菌肺部感染聚集：ICRA、压差与停工决策｜基建科 / 总务后勤（施工管理）	基建科、总务后勤、血液科层流病房、肿瘤科、设备科（HVAC/HEPA）、施工方/监理、微生物室、院感科、医务部、护理部、宣传/党办	施工前感染风险评估（ICRA）、压差/换气/HEPA 核验、患者转运路线、停工权限
D20	输液后寒战高热聚集：药源性热原反应与"假暴发"的证伪｜药学部 / 静配中心（PIVAS）	药学部、PIVAS、护理部、各病区治疗班、检验科、耗材/器械科、药品不良反应监测组、院感科、医务部、宣传/党办	感染性与非感染性鉴别、批次封存与追溯、两条报告链（ADR 与院感）不混用、不误报暴发
D21	植入物术后感染聚集：外来器械、跟台员与追溯断点｜骨科 / 手术室（外来器械与跟台人员）	骨科、手术室、CSSD、设备科/采购、外来器械供应商与跟台员、微生物室、院感科、医务部、护理部、病案室	外来器械提前放行、快速灭菌与生物监测、跟台人员资质与动线、植入物—器械包—患者三方追溯
D22	跨院区转诊中的 CRE 交叉传播：统一指挥、交接与谁报告｜院办 / 医务部（多院区与院前急救）	院办、医务部、东/西院区院感科、120 急救分站与转运车队、急诊科、检验科/微生物室、信息科、病案与转诊办、属地疾控、医联体成员单位	多院区统一病例定义与分子分母、转诊单感染状态交接、救护车终末消毒、报告主体与信息互通
D23	不发脚本的飞检：资料回溯、现场提问、临时注入与一票否决｜检查/督导组 + 院感科（受检方）	检查/督导组、院办、院感科、医务部、护理部、检验科/微生物室、信息科、总务后勤、病案室/档案室、被抽查临床科室、宣传/党办	检查方作业规范、台账真实性与可追溯、无准备状态下的真实响应能力、一票否决判定与意见独立签署

第二篇　应急演练脚本（D1—D23）

D1　血透中心丙肝"疑似暴发"的 48 小时

项目	内容
演练类型	桌面推演
牵头部室	血液透析室
配合部门	院感科、检验科/微生物室、医务部、护理部、宣传/党办、应急办、属地疾控联络人
建议时长	90 分钟
依据条款	WS/T 524—2025 3.3、4.2、4.3、5.1—5.4、6.2.2；卫医政发〔2009〕73号第十、十三、二十二条
训练靶心	12 h / 2 h 报告档位、疑似与确诊分离、三级病例定义、2 个最长潜伏期
失败类型	合规性失败
配套文书	W1 / W2 / W3 / W4 / W5 / W6

场景设定：某某医院血透中心维持性血透患者 148 名、4 班次 49 台机。周一 08:30 护士长报告 3 名同班次患者 ALT 升高（186/240/312 U/L），既往丙肝抗体阴性。

角色卡

角色	职责
主持人（Facilitator）	控制节奏、按时点注入信息、记录时间戳，不参与决策
总指挥（分管院长）	决定启动级别、对外口径、资源调配
院感科主任	技术主导：判定、病例定义、流调组织、报告撰写
血透室主任/护士长	现场执行：分区分机、患者安置、操作核查
检验科/微生物室	标本处理、分子分型送检、结果解释
医务部	临床救治协调、纠纷应对、转诊
护理部	人力调配、操作规范核查
宣传/党办	舆情监测与对外发布口径
疾控联络人（可邀请）	技术指导与复核、流调支援

逐时点注入脚本

时点 / 阶段	注入的信息	主持人照读话术
T+0 h　信号出现	周一 08:30，血透室护士长报告：上周五至本周一，本中心 3 名维持性血透患者先后出现乏力、ALT 升高（分别为 186、240、312 U/L），均为同一班次（周二/周四下午班）。三人既往丙肝抗体均阴性（最近一次检测为 6 个月前）。	「八点半，三名同班次患者转氨酶升高。请总指挥决定：这算不算事件？院感科先说条款号。」

时点 / 阶段	注入的信息	主持人照读话术
T+4 h　报告决策	院感科初步判定为疑似暴发（3 例）。同时得知：该中心近 3 个月新入患者 12 名，未全部完成 6 个月复查；上月在班护士由 6 人减至 4 人。	「T+4 小时，新入 12 名未全部复查、护士由 6 减至 4。请回答：报给谁、几小时内、谁必须同时收到？」
T+8 h　病例搜索与定义	全部 148 名在透患者筛查：新增丙肝 RNA 阳性 11 例（含前述 3 例），另 6 例抗体阳性 RNA 阴性。阳性者分布在 3 个班次、5 台透析机。	「T+8 小时，筛查新增 RNA 阳性 11 例，另 6 例抗体阳性 RNA 阴性。请写出三级病例定义，并说这 6 例算不算病例。」
T+24 h　假设与验证	现场核查发现：①隔离区与非隔离区无物理隔断，共用通道与护士站；②肝素注射器按班次共用（"一人一针"未落实）；③手卫生以戴手套代替洗手；④11 例阳性中 9 例曾使用 3 号透析机（该机复用消毒记录缺 2 次）。	「T+24 小时，隔离区无隔断、肝素注射器共用、以手套代替洗手。请先说采样方案，再说控制措施——注意顺序。」
T+48 h　效果评价与报告	分子分型回示：9 例血清株与 3 号机冲洗液分离株高度同源；2 例为不同来源（社区带入）。停用 3 号机并整改后 14 天无新发。	「T+48 小时，9 例与 3 号机同源、2 例社区带入。什么时候可以宣布结束？依据是什么？」

时点	必做动作	判定标准	典型错法
T+0 h	院感科 30 分钟内到达现场，完成 5.1 七要素速记；立即核查：该班次透析机编号、护士排班、是否共用肝素/穿刺包；判定：3 例同症候群、同一班次 → 达"疑似医院感染暴发"（3.3）；启动经验性措施：该班次患者单机透析、加强手卫生、器械专用	是否在 1 小时内完成"是否是事件"的判断；是否同时抓"人、机、物"三条线	等丙肝 RNA 结果再判断——已错失 48 小时窗口
T+4 h	核对报告档位：3 例以上暴发/5 例以上疑似暴发 → 12 小时内报（第十条）；同时报属地县级卫生健康行政部门与疾控机构（"同时"是硬要求）；预警升级判断：若例数增至 10 例或出现特殊病原体 → 2 小时内（第十三条）；启动院内多部门机制（4.2），成立处置小组	是否准确报出"12 小时""同时报两家"；是否预判升级档位	只报卫健委不报疾控；或按"确诊"才报
T+8 h	制定三级病例定义（疑似/临床诊断/确诊），写明时间窗与判定依据（5.4 a）；病例搜索三源并用：信息系统、检验阳性报告、临床上报（5.4 b）；绘制流行曲线，推算暴露时间窗（首例发病 – 潜伏期）；分析：跨 3 班次 5 机 → 提示非单一机器，指向"分区分机失效+共用物品+手卫生"	病例定义是否写入报告并可复现；流行曲线是否当日完成	病例定义过宽，把 6 例抗体阳性 RNA 阴性算作病例，虚增规模
T+24 h	形成三条假设并逐条验证：分区分机 / 共用肝素注射器 / 3 号机复用消毒缺陷；采样：3 号机管路冲洗液、复用间环境、手（消毒前）；送分子分型：11 例血清 + 环境阳性分离株，做同源性比对（5.6）；措施升级：3 号机停用封存、复用间停用整改、肝素一人一用、分区物理隔断	假设是否可验证（有采样方案与判读标准）；措施是否"停用+封存"而非"先消毒"	直接消毒 3 号机——销毁证据，无法验证假设
T+48 h	按 6.2.2 判定：丙肝潜伏期 15—45 天（取最长 45 天），特定时间 = 2 个最长潜伏期 = 90 天；区分"院内感染"与"社区带入"，不把 2 例计入分子；撰写初次报告 + 后续订正报告（暴发终止后 1 周内，4.3）；整改清单：分区分机物理隔断、肝素一人一用、手卫生、复用消毒记录电子化	是否用"2 个最长潜伏期"而非"7 天/14 天"；是否识别社区带入病例	14 天无新发就宣布结束——丙肝潜伏期远长于此

评分表（100 分）

维度	分值	评分要点
判定准确性	20	是否在 T+0 即判为疑似暴发；病例定义是否分级且可复现
报告合规	25	12 小时时限、同时报卫健委与疾控、升级档位预判、订正报告
调查方法	25	七要素、病例搜索三源、流行曲线、假设-验证、分子分型
措施有效性	20	停用封存优先、分区分机、肝素一人一用、环境处置

维度	分值	评分要点
终止判定	10	按 2 个最长潜伏期、区分社区带入、环境验证

专属考点：（1）3 例以上含本数，3 例即达疑似门槛　（2）3.2 同种同源是定性要件，3.3 是启动要件，不可混用　（3）丙肝最长潜伏期约 45 天 → 2 个 = 90 天　（4）社区带入不计入分子；抗体阳性 RNA 阴性不计入病例

D2　NICU 肠道病毒暴发：从 2 例发热到病区分区管控

项目	内容
演练类型	实战模拟
牵头部室	新生儿科 / NICU
配合部门	产科、儿科、护理部、院感科、检验科、后勤保洁、宣传/党办、医务部
建议时长	半天
依据条款	WS/T 524—2025 3.3、4.3、5.2、5.4、5.5、6.1.1—6.1.4、6.2.2；附录 C
训练靶心	脆弱人群保护性隔离、探视与母乳动线、环境储源、救治优先
失败类型	技术性失败
配套文书	W1 / W2 / W3 / W4 / W5 / W6

场景设定：某某医院 NICU 在院 28 名新生儿，2 名早产儿 24 h 内先后发热拒乳、1 例伴皮疹，同暖箱区域同护理组；近 1 周 3 名感冒家长坚持探视。

角色卡

角色	职责
总指挥	分区管控级别、暂停收治
院感科	判定、病例定义、流调、报告
NICU 主任/护士长	分区、专组护理、暖箱专用
产科	母婴同室、探视与母乳接收
感染科/儿科	救治与鉴别
检验科	肠道病毒 PCR、分型
后勤保洁	奶具间、地漏、物表处置
护理部	人力与手卫生考核
宣传/党办	家属沟通口径

逐时点注入脚本

时点 / 阶段	注入的信息	主持人照读话术
T+0　信号出现	2 例发热、1 例皮疹，同区域同护理组；3 名感冒家长曾探视。	「只有两例。院感科，你还启动吗？依据哪一条？」

时点 / 阶段	注入的信息	主持人照读话术
T+2 h　报告与分区	第 3 例出现；夜班跨区域支援，未报属地。	「第三例出现，夜班还跨区支援。请下令：分区怎么划、人怎么排、家属怎么说？」
T+6 h　定义与搜索	28 名患儿筛查：发热 5 例、无症状 PCR 阳性 4 例；产科母婴同室另有 2 例阳性。	「5 例发热、4 例无症状阳性、产科 2 例。无症状算病例吗？产科算同一事件吗？」
T+24 h　环境验证	奶具间地漏、配奶台面阳性；保洁员兼管 NICU 与普通儿科；湿化水记录缺 3 天；探视通道与员工通道交叉。	「环境线索有了。请列采样清单，并注意动作顺序。」
T+72 h　终止与整改	分区后 7 天无新发；环境复采 2 次阴性；1 例转上级医院。	「七天无新发，能结束吗？请按条款算一遍。」

时点	必做动作	判定标准	典型错法
T+0	院感科 30 min 到场，按 5.1 完成七要素速记并做个人防护；按 5.2 危害性原则启动调查（不足 3 例亦启动）；2 例单间隔离、专组护理、暖箱与听诊器专用；登记 28 名患儿与近 7 日探视人员	不足 3 例是否启动；探视者是否纳入流调	等第 3 例才启动
T+2 h	按 3.3 判疑似，12 h 内同时报卫健与疾控（W1）；病区三区划分：确诊/疑似/观察，物理隔断+独立通道；冻结跨区护理支援，护理部重排班并考核手卫生；暂停探视或改视频探视，母乳接收专人专柜，统一告知话术	"同时报两家"是否执行；分区是否物理隔断	只做床边隔离、跨区支援不冻结
T+6 h	三级病例定义，区分"感染"与"无症状检出"（W2）；三源搜索并回溯近 14 天出院患儿；绘制流行曲线，推算暴露窗；产科母婴同室纳入同一事件	定义是否可复现；是否回溯出院患儿	把无症状阳性全算病例
T+24 h	四假设：奶具/湿化水/保洁动线/探视带入；消毒前采样：地漏、台面、湿化水、手、奶具（W6）；环境株与患儿株同源比对；保洁分区固定、湿化水每日更换记录、通道物理分离	采样在消毒前；四假设各有采样点	先消毒再采样
T+72 h	按 6.2.2：肠道病毒最长潜伏期约 7 天 → 2 个 = 14 天；按 6.2.1 实时趋势研判而非"7 天"一刀切；订正报告与调查报告（W5）附流行曲线；整改：探视制度、保洁分区、湿化水记录、出院随访 14 天	是否用 2 个最长潜伏期；出院患儿是否随访	7 天无新发即宣布结束

评分表（100 分）

维度	分值	评分要点
判定与启动	20	危害性原则、3 例即判疑似
报告合规	20	12 h、同时两家、订正
分区与动线	20	物理隔断、专组、探视与保洁分离
调查方法	20	三级定义、流行曲线、消毒前采样
终止与整改	20	2 个潜伏期、出院随访、制度整改

专属考点：（1）新生儿是 5.2 危害性原则最典型场景　（2）附录 B"其他人员"栏目覆盖探视者、保洁员、产科　（3）环境储源重点：奶具间地漏、配奶台、暖箱湿化水　（4）6.1.4 保护性隔离在脆弱人群优先级最高

D3　术后切口龟分枝杆菌暴发：灭菌链回溯

项目	内容
演练类型	实战模拟

项目	内容
牵头部室	手术室 / CSSD
配合部门	手术室、CSSD、产科、骨科、设备科、药学部、院感科、检验科、医务部
建议时长	半天
依据条款	WS/T 524—2025 3.3、4.3、5.4—5.6、6.1.2、6.1.3、6.2.2；WS/T 367；附录 C/D
训练靶心	可疑物品封存、批次追溯、消毒剂浓度实测、特殊病原体报告档位
失败类型	技术性失败
配套文书	W1 / W2 / W3 / W4 / W5 / W6

场景设定：某某医院近 3 周剖宫产与骨科择期手术后 6 例切口渗液、窦道，常规培养阴性；近期更换戊二醛供应商与器械清洗刷。

角色卡

角色	职责
总指挥	暂停择期手术范围、报告级别
院感科	判定、流调、报告
手术室护士长	器械批次与手术间记录
CSSD 护士长	清洗消毒灭菌记录、生物监测、放行签字
产科/骨科	病例识别、切口标本
微生物室	抗酸染色、分枝杆菌培养鉴定
设备科	浓度抽检、清洗刷批次、灭菌器验证
药学部	消毒剂资质与配制领用记录
医务部	纠纷应对与随访

逐时点注入脚本

时点 / 阶段	注入的信息	主持人照读话术
T+0　信号	6 例切口渗液，常规培养阴性，跨 2 科室 3 手术间，首例在 3 周前。	「常规培养阴性，六个切口都在渗液。微生物室，下一步加做什么？」
T+4 h　封存	5 例使用同批次器械包；新供应商戊二醛配制记录仅写"按要求配制"。	「批次对上了。第一件事是消毒还是封存？」
T+24 h　分析流行病学	队列：涉事批次 52 台发病 6 例，未暴露 96 台 0 例；新清洗刷刷毛偏硬致器械划痕。	「暴露 52 台发病 6 例、未暴露 96 台 0 例。请算罹患率并说明。」
T+72 h　确认升级	4 例培养出龟分枝杆菌；器械与消毒液容器同菌；实测戊二醛 1.0%（应 2%）。	「菌种和浓度都确认了。报告档位变不变？要随访多少人？」
T+14 d　终止	停用整改后 14 天无新发；器械与消毒液复采 3 次阴性。	「14 天能结束吗？这个菌的潜伏期和丙肝一样吗？」

时点	必做动作	判定标准	典型错法
T+0	按 3.3 判疑似暴发，12 h 内同时报两家；切口分泌物加做抗酸染色与分枝杆菌培养；登记近 6 周全部相关手术患者并主动随访；两科室跨科归并同一事件	是否想到非结核分枝杆菌；是否跨科归并	因"培养阴性"排除感染
T+4 h	立即封存同批次器械包、剩余原液与配制容器（贴封条编号）；调取生物监测、B-D 试验、灭菌物理参数与放行签字；实测戊二醛浓度（不得凭标签）；暂停涉事批次器械，改用已验证批次	封存先于消毒；浓度为实测值	先重新消毒再追溯
T+24 h	计算罹患率并做统计学检验（5.2 a）；三假设：浓度不足 / 清洗不彻底 / 灭菌参数不达标；采样：器械表面、清洗刷、消毒液、灭菌器腔体、物表；队列研究结果写入调查报告（5.6）	是否有分母；用罹患率而非粗例数	只报 6 例不给分母
T+72 h	按 3.2 定性暴发（同种同源）；按特殊病原体情形 2 h 档报告并请求疾控/参比实验室支援；全部 52 名暴露者建立随访与告知；停用涉事供应商产品，全院浓度实测排查	是否升级 2 h 档；是否覆盖全部暴露者	只报 6 例、不追踪其余 46 人
T+14 d	按 6.2.2 结合该菌潜伏期（数周）与风险评估确定观察期并写明理由；整改：每批次浓度实测记录、配制双人核对、清洗刷准入、放行签字；订正报告附浓度实测与批次追溯表（W5）；报属地处置完成并申请终末评估	观察期有依据；整改落到记录与双人核对	用 14 天无新发直接结束

评分表（100 分）

维度	分值	评分要点
判定与报告	20	疑似判定、2 h 升级、同时报两家
封存与追溯	25	封存优先、批次、浓度实测、放行记录
分析流行病学	20	分母、罹患率、队列、假设验证
措施与随访	20	停用、全院排查、52 人随访
终止与整改	15	观察期依据、制度性整改

专属考点：（1）1998 深圳妇儿医院 166 例的直接原因是戊二醛浓度配错 200 倍 （2）常规培养阴性不能排除分枝杆菌 （3）6.1.2 可疑物品封存必须先于消毒或丢弃 （4）附录 C 手术部位列有"龟分枝杆菌等非结核分枝杆菌"

D4　ERCP 术后 CRE 暴发：内镜 + 环境 + 人 三重排查

项目	内容
演练类型	实战模拟
牵头部室	消化内镜中心
配合部门	消化内科、内镜洗消组、微生物室、设备科、院感科、ICU、医务部
建议时长	半天—2 周
依据条款	WS/T 524—2025 5.1—5.6、6.1—6.2；WS 507—2016；WS/T 826—2023
训练靶心	抬钳器清洗、环境储源、CRE 四条口径终止判定
失败类型	技术性失败
配套文书	W1 / W2 / W3 / W4 / W5 / W6

场景设定：某三甲医院消化内科内镜中心，月均 ERCP 约 120 例；内镜清洗消毒由 3 名洗消员轮班，其中 1 名于 2 个月前入职、尚未取得洗消培训合格证；十二指肠镜 4 条，其中 1 条（编号 DU-03）前端抬钳器曾有维修记录。

角色卡

角色	职责
总指挥	暂停 ERCP 与对外报告
院感科	判定、定义、流调、报告
内镜中心	停用封存、诊疗调整
洗消组	流程回溯、每例记录
微生物室	CRKP 分型、WGS-SNP
设备科	抬钳器维修、测漏、干燥过滤器
ICU/感染科	救治、接触隔离、筛查
医务部	出院随访与告知

逐时点注入脚本

时点 / 阶段	注入的信息	主持人照读话术
第 1 周 单例漏报	感染科会诊 1 例 ERCP 术后胆管炎，胆汁培养碳青霉烯耐药肺炎克雷伯菌（CRKP）。按常规处置，未上报。	「第一例。单例 CRE 要不要升级？依据 5.2 哪一句？」
第 3 周 判定上报	同科室再出现 2 例 ERCP 术后 CRKP 感染。院感科介入，判定"疑似医院感染暴发"（3.3）。	「三条镜共用过同一清洗槽。停几条？说出理由。」
48—72 h 假设验证	7 例均在 ERCP 术后 3—14 天发病；6 例使用过 DU-03；1 例使用 DU-01（与 DU-03 共用同一清洗槽时段）；7 株 CRKP 均产 KPC-2；WGS-SNP 差异 ≤3，判为同一克隆；DU-03 抬钳器腔道冲洗液培养阳性（CRKP，同克隆）；清洗槽排水口阳性；洗消间水龙头起泡器阳性；①抬钳器刷洗步骤缺失（新员工未培训）；②清洗槽未做到"一镜一换液"；③干燥环节用压缩空气但未装过滤器；④DU-03 维修后未做测漏与腔道验证	「列采样清单，注意别漏掉干燥用的压缩空气。」
1—2 周 整改验证	更换/维修所有问题部件（抬钳器、干燥过滤器）；环境终末消毒并复采验证。	「整改逐项写验证方式。只写加强培训不得分。」
终止判定 CRE 四口径	按 6.2.2：CRE 无明确潜伏期 → 用四条口径（不同分离株/不同种/不同酶、间隔 12 个月、筛查阳性后感染、已知感染者后续筛查阳性不算新发）；本院拟设观察期 90 天。	「90 天里又检出 3 例，都是已登记感染者的随访筛查。算新发吗？」

时点	必做动作	判定标准	典型错法
第 1 周	单例 CRKP 即按 5.2 危害性原则升级关注；核查镜号、洗消批次、操作者；院感科介入而非科室自行处置	单例是否升级；是否留器械追溯	归档为"社区带入"

时点	必做动作	判定标准	典型错法
第 3 周	按 3.3 判疑似，12 h 内同时报两家；停用封存 DU-03（不消毒），追溯 3 个月全部 ERCP 患者；在院暴露者直肠拭子筛查 + 接触隔离；决定：停 DU-03 还是停全部 4 条十二指肠镜	停用范围是否覆盖同槽器械；封存先于消毒	只停涉案一条镜
48—72 h	三线并行采样（消毒前）：抬钳器腔道、清洗槽、排水口、水龙头、干燥气源；患者株 vs 环境株同源比对；洗消全流程视频回溯（5.4 现场影像资料）；暂停 ERCP 或改"仅急诊+手工强化+每例采样"	采样是否覆盖水槽/水龙头/气源；视频是否调取	只采镜体或先消毒后采样
1—2 周	更换抬钳器与干燥过滤器，清洗槽改"一镜一换液+每例记录"；洗消员持证上岗与双人核对，维修后测漏+腔道验证；环境连续 2 次采样阴性；建立 ERCP 术后 30 天主动监测	整改是否可验证（采样、视频、持证记录）	只培训不换部件，储源未除
终止判定	按 6.2.2 四条口径区分新发与既往定植/随访阳性；观察期须有依据（≥2 倍平均检出间隔）并写入报告；已知感染者后续筛查阳性不算新发；不同株/不同种/不同酶视为不同病例	是否用四口径；观察期是否说明理由	把随访阳性算新发

评分表（100 分）

维度	分值	评分要点
发现与判定	15	首例是否升级关注、3 例是否及时判定
上报合规	15	12 小时时限、报卫健委与疾控、重大情形 2 小时
停用与封存	15	是否停机封存而非先消毒；范围是否覆盖同槽器械
溯源完整性	25	器械/环境/人三线并行；采样时机正确；分子分型支撑
措施与验证	20	整改可验证（采样、视频、持证）；储源是否清除
终止判定	10	是否用 CRE 四条口径；观察期是否有依据

专属考点：（1）十二指肠镜抬钳器是结构最复杂、最难清洗的部位，是国际公认的 CRE 传播高风险器械 （2）环境储源（水槽、排水口、水龙头）一旦定植，常规消毒难以清除，往往需要更换或结构性改造 （3）洗消员培训与持证不是"人事问题"，是暴发的直接技术原因 （4）压缩空气未装过滤器 = 用污染气流"吹干"镜腔，是隐蔽的污染源 （5）WGS-SNP ≤3 的同一克隆 + 器械腔道同克隆 = 因果链闭合

D5　ICU CRAB 聚集：定植与感染的分辨

项目	内容
演练类型	实战模拟
牵头部室	重症医学科（ICU）
配合部门	ICU、呼吸与危重症科、康复科、微生物室、保洁/后勤、设备科、院感科、护理部
建议时长	半天
依据条款	WS/T 524—2025 3.2—3.4、4.1、5.2—5.6、6.1.3、6.2.2；WS/T 312—2023
训练靶心	聚集与暴发分界、定植/感染判定、高频接触面与环境储源
失败类型	判断性失败
配套文书	W1 / W2 / W3 / W5 / W6

场景设定：某某医院综合 ICU 24 床，3 周内 9 例患者痰/直肠拭子检出 CRAB（基线月均 1—2 例），仅 3 例有肺炎临床与影像表现；保洁员由 3 人减至 2 人。

角色卡

角色	职责
总指挥	限制收治与加强筛查
院感科	判定、定义、三间分布、报告
ICU 主任/护士长	分区、专组、呼吸机回路
微生物室	药敏、同源分型、定植与感染
呼吸/感染科	VAP 临床判定
设备科	呼吸机回路、湿化器、纤支镜
保洁/后勤	床单元终末消毒、高频接触面
护理部	人力与手卫生

逐时点注入脚本

时点 / 阶段	注入的信息	主持人照读话术
T+0　聚集还是暴发	信息系统提示 9 例筛查阳性，较基线明显升高。	「九例阳性。这是聚集还是暴发？几例是真感染？」
T+4 h　定义与三间分布	9 例中 3 例 VAP、2 例痰阳性无影像、4 例直肠定植；集中东侧 6 张床，4 张共用一台纤支镜。	「集中在东侧六张、四张共用纤支镜。请画床位图再说假设。」
T+24 h　环境采样	纤支镜未干燥即备用；湿化水超 48 h 未换；床护栏与监护仪按钮清洁记录缺项；抹布分区混用。	「列采样清单。提示：想想护士每小时摸哪里。」
T+72 h　定性与报告	环境株与 3 例确诊 VAP 同源；2 例社区带入。	「能定性了吗？报几例？2 例社区带入怎么写？」
T+14 d　解除	整改后 14 天无新发 VAP，每周筛查仍有 2 例定植阳性（既往已登记）。	「又有两例阳性，都是老病人。解除还是继续？」

时点	必做动作	判定标准	典型错法
T+0	按 3.4 判"医院感染聚集"，启动主动核查；区分"检出/定植"与"感染"：仅 3 例符合 VAP 标准；按 4.1 复核信息系统预警阈值（WS/T 547）；先做流行病学关联分析，不急于宣布暴发	先判聚集而非暴发；定植与感染分辨	把 9 例全算病例并上报暴发
T+4 h	三级定义，明确"定植不计入感染病例"（W2）；绘制流行曲线与床位分布图（5.5）；四假设：共用纤支镜 / 湿化水 / 保洁动线 / 手卫生；全病区 24 名患者扩大主动筛查	定植是否排除；床位图是否揭示共同暴露	不做床位分布，归因"患者本身重"
T+24 h	消毒前采样：纤支镜腔道、湿化水、床护栏、按钮、保洁抹布（W6）；环境株与患者株同源比对；措施：纤支镜一用一灭菌并干燥、湿化水每日更换、抹布色标、终末消毒双人核对；接触隔离 + 专组护理 + 手卫生依从观察	采样在消毒前；覆盖高频接触面与保洁工具	只采空气与患者
T+72 h	按 3.2 定性暴发，完成初次报告订正（W4/W5）；12 h 档报告（达 10 例或重大情形按 2 h 档）；社区带入单列说明，不计入分子；申请疾控复核与环境终末评估	定性依据为同源证据；社区带入单列	按 9 例上报

时点	必做动作	判定标准	典型错法
T+14 d	按 6.2.2 四条口径判定新发；既往定植随访阳性不算；本院设观察期并写明依据，环境连续 2 次阴性；解除加强措施前完成 6.2.1 风险评估并留记录；整改：筛查阈值复核、呼吸机回路 SOP、保洁色标	是否用四口径；风险评估有记录	把随访阳性当新发，长期不解除

评分表（100 分）

维度	分值	评分要点
判定分级	25	聚集/疑似/暴发三段；定植与感染
病例定义	20	三级定义可复现；分母分子清晰
调查方法	20	床位分布、流行曲线、消毒前采样
控制措施	20	纤支镜、湿化水、高频接触面
终止判定	15	四口径、观察期依据、风险评估

专属考点：（1）3.4 聚集是统计信号，3.2 暴发需同种同源 （2）主动筛查会"制造"阳性（6.2.2 口径 4）（3）ICU 环境储源重点是高频接触面与保洁工具，不是空气 （4）WS/T 547 预警阈值需定期复核

D6　支气管镜脓肿分枝杆菌"假暴发"：先证伪，再定性

项目	内容
演练类型	实战模拟（判断型）
牵头部室	呼吸与危重症科 / 微生物室
配合部门	呼吸科、支气管镜室、微生物室、院感科、设备科、检验科、宣传/党办
建议时长	半天
依据条款	WS/T 524—2025 3.5、5.2 b)、5.3、5.4、5.5；中国感染控制杂志 2024;23(9):1167-1172
训练靶心	假暴发三类机制、阴性结果的证据价值、整改才算成果
失败类型	判断性失败
配套文书	W2 / W3 / W5 / W6

场景设定：基于已发表真实案例改编：某院呼吸与危重症医学科支气管镜室，2022 年 9 月 7 日至 10 月 20 日共完成支气管肺泡灌洗 344 例次；10 例患者灌洗液检出脓肿分枝杆菌。

角色卡

角色	职责
总指挥	是否停做与对外口径
院感科	判定、组织证伪、结论
呼吸科	逐例核实临床与影像
支气管镜室	测漏、洗消记录、维修

角色	职责
微生物室	染色液批次、质控、鉴定一致性
检验科	转运时限、前处理耗材
设备科	漏点送修验证
宣传/党办	患者告知口径

逐时点注入脚本

时点 / 阶段	注入的信息	主持人照读话术
第 1 例　检出而非感染	10 月初，微生物室报告 1 例灌洗液检出脓肿分枝杆菌（该患者有支气管扩张基础病，门诊随访中）。临床认为"可能定植"，未特殊处理。	「第一例，门诊病人，有支气管扩张。院内还是社区感染？」
第 4—6 例疑似与三线并查	两周内累计 4 例。院感科介入，判定"疑似暴发"，启动调查。	「累计四到六例，科室要求立即停做上报。同意吗？先做什么？」
第 10 例线索对峙	累计 10 例。科室要求"立即停做支气管镜并上报"。此时院感科提出三种可能：①真暴发（镜体污染）②标本污染 ③实验室污染。	「十例了，33 份环境全阴性。阴性结果能不能当证据？」
六步调查标本链与实验室	采样→转运→前处理→接种→培养。发现：标本转运延迟（>4 h）2 例、前处理用同一瓶消化液处理多份标本。；染色液批号、培养箱温度记录、质控菌株、鉴定方法（MALDI-TOF 与基因测序一致性）。发现：某批抗酸染色阳性率异常升高。；33 份环境标本（含水源、清洗槽、镜体腔道）均未检出；但测漏发现 2 条镜体有漏点。	「镜体有漏点。有漏点就等于这次是暴发吗？」
处置复盘整改才算成果	更换染色液批次、暂停共用消化液、9 例随访 1 个月无感染。	「结论是假暴发。可以散会了吗？还差什么？」

时点	必做动作	判定标准	典型错法
第 1 例	按 5.3 核实诊断：有支气管扩张基础病与院外既往培养；登记为"检出"，暂不计为感染病例；不停做检查，保留标本与染色片	是否先核实诊断	首例即宣布暴发
第 4—6 例	按 3.3 判疑似并启动调查；三线并查：镜体 / 标本污染 / 实验室误差；逐例核实症状、影像、是否改变治疗；暂不对外宣布暴发，备好统一告知话术	是否三线并查；宣布前先证伪	直接停做并对外发布
第 10 例	两组线索按证据强度逐条评分；按 W6 假暴发核查单七项逐项过；三级定义：确诊=培养阳性+感染征象+影像支持；33 份环境标本系统采样并记录全阴性	定义是否排除单纯检出；阴性结果是否写入报告	把 10 例检出全计入
六步调查	核查采样→转运→前处理→接种→培养全链（共用消化液、转运>4h）；核查染色液批号、培养箱温度、质控菌株、鉴定一致性；2 条漏点镜体停用送修，建立测漏制度；结论：假暴发（3.5），9 例"检出"不构成感染	标本链逐环节；区分漏点风险与假暴发	只查漏点就宣布原因找到
处置复盘	不停做检查，改"一例一镜一处理"，转运 ≤2 h 并记录；前处理一份标本一套耗材；每例测漏；洗消持证；灌洗液培养阳性率基线 ±2SD 控制图；订正报告（W5）：排除是结论、整改是成果	系统缺陷是否全部整改并留记录	宣布虚惊一场后解散

评分表（100 分）

维度	分值	评分要点
是否先证伪	20	是否在宣布暴发前系统排查标本/实验室/监测口径三类假暴发机制
病例定义	20	是否区分"检出"与"感染"；是否用临床+影像收窄
标本链核查	20	转运时限、前处理共用、染色液批次是否逐项排查
器械与制度	20	测漏制度、洗消持证、维修记录是否落地
复盘整改	20	是否把假暴发暴露的系统缺陷全部整改，而非止于"排除"

专属考点：（1）假暴发的第一信号往往是"检出多、症状轻"——临床与实验室数据不匹配时，先怀疑链条而非患者 （2）阴性结果同样是证据：33 份环境标本全阴性，是排除环境传播的关键 （3）镜体漏点既可能导致真暴发（洗消失效），也可能导致假暴发（污染灌洗液）——两者不可混为一谈 （4）把"排除暴发"当成"结论"，把"整改器械与标本流程"当成"成果"，才算完成处置 （5）过早宣布"暴发"同样有代价：隔离、停做检查、患者恐慌、声誉损失，全部沉没

D7　血培养阳性"假暴发"：监测口径改变

项目	内容
演练类型	桌面推演
牵头部室	检验科 / 微生物室
配合部门	微生物室、检验科、信息科(LIS)、临床科室、院感科、质管办
建议时长	90 分钟
依据条款	WS/T 524—2025 3.5、5.2 b)、5.3、5.4；WS/T 547—2024
训练靶心	第三类假暴发机制（监测方法/信息系统改变）、LIS 变更管理
失败类型	判断性失败
配套文书	W2 / W4 / W5 / W6

场景设定：某某医院 LIS 本月初升级，血培养阳性报警由"人工审核后推送"改为"自动推送"；同月更换血培养瓶供应商。本周信息系统报警：凝固酶阴性葡萄球菌血流感染 8 例（上月 2 例），分布 5 个科室。

角色卡

角色	职责
总指挥	是否启动响应与对外报告
院感科	判定、组织核查、结论
微生物室	报警规则、培养瓶批号、污染率质控
信息科	升级变更单、推送规则、数据字典
临床科室	逐例核实临床征象
质管办	变更管理
检验科	采血皮肤消毒与采血量

逐时点注入脚本

时点 / 阶段	注入的信息	主持人照读话术
T+0　报警初核	8 例散在 5 科室，无共同操作或器械；报警规则本月刚变更。	「八例散在五科室、无共同暴露。这个月系统动过，第一反应查什么？」
T+2 h　口径复核	新规则把单瓶阳性也计入；8 例中 6 例单瓶阳性且无临床征象。	「六例单瓶阳性、无发热。按旧口径重算，还超基线吗？」
T+6 h　实验室与采血	新旧培养瓶污染率 2.1%→3.4%；部分科室采血皮肤消毒时间不足。	「污染率 2.1% 升到 3.4%。这个数字该谁负责？」
T+24 h　结论整改	按旧口径重算本月 2 例与基线持平；2 例双瓶阳性不同克隆；判假暴发。	「系统上线前谁签字？下次升级怎么避免全院虚惊？」

时点	必做动作	判定标准	典型错法
T+0	按 3.4 判为"信号"，先查数据生成口径；调取 LIS 变更单、报警规则前后对照、数据字典；按 5.3 逐例核实：发热、PCT/CRP、是否治疗、是否单瓶阳性；列三种可能：真暴发 / 标本污染 / 监测方法改变	是否先怀疑监测口径改变；是否查变更记录	把 8 例直接判暴发上报
T+2 h	按 5.4 重定定义：确诊需双瓶阳性或临床征象+实验室支持；回溯升级前 3 个月，按新旧两套口径各算基线；把"口径改变"写入调查记录（3.5）；暂停自动推送，改人工复核过渡	是否两套口径重算基线；识别单瓶污染	只按新口径上报
T+6 h	核查批号、质控菌株、污染率趋势（W6）；核查采血 SOP：消毒、采血量、瓶数、送检时限；2 例双瓶阳性做同源比对，确认互不相关；评估暂停新批次培养瓶	污染率是否纳入质控趋势；是否查采血环节	只盯病原体
T+24 h	判假暴发并写明类型：监测方法改变为主，叠加采血污染；完成订正报告（W5）；整改：LIS 变更须院感科会签、规则双人验证、上线并行比对 1 个月；建立信息系统变更前后基线校正制度	LIS 变更是否纳入院感会签；有并行比对期	结论写完就结束

评分表（100 分）

维度	分值	评分要点
口径核查	30	变更单、新旧双算、单瓶污染
病例定义	20	双瓶阳性/临床征象
实验室质控	20	污染率趋势、批号、采血 SOP
结论	15	假暴发类型、同源比对
制度整改	15	变更会签、双人验证、并行比对

专属考点：（1）3.5 第三类机制"监测方法改变"常与 LIS 升级同步发生　（2）WS/T 547 规则变更须做前后基线校正　（3）报警灵敏度提高会"制造"病例　（4）LIS 变更需院感科会签是 4.1 的组织保障

D8　灭菌生物监测阳性：器械召回与全院追溯

项目	内容
演练类型	实战模拟

项目	内容
牵头部室	消毒供应中心（CSSD）
配合部门	CSSD、手术室、骨科、妇产科、介入室、设备科、院感科、医务部、信息科
建议时长	3 小时
依据条款	WS/T 524—2025 4.2、4.3、5.1、6.1.2、6.1.3、7.1；WS/T 367；WS 310 系列
训练靶心	灭菌失败分级响应、批次召回、放行记录追溯、暴露事件判定
失败类型	流程性失败
配套文书	W1 / W4 / W5 / W6

场景设定：某某医院 CSSD 周五 16:20 报告：第 3 锅压力蒸汽灭菌生物监测阳性，同锅含骨科包 12、剖宫产包 6、介入包 4，其中 9 个包当日下午已用于手术；物理监测曾出现 1 次温度波动报警。

角色卡

角色	职责
总指挥	召回范围、暂停择期手术
院感科	判定、风险评估、报告、随访方案
CSSD 护士长	批次追溯、放行记录、封存
临床科室	已使用器械患者清单核对
设备科	灭菌器验证、传感器校准
信息科	器械包条码—患者关联追溯
医务部	患者告知与随访
微生物室	复测指示剂、环境监测

逐时点注入脚本

时点 / 阶段	注入的信息	主持人照读话术
T+0　阳性报告	生物监测阳性；22 个包中 9 个已用于 9 台手术；物理监测有温度波动报警。	「九个包已经用在病人身上。第一件事做什么？」
T+1 h　判定报告	9 名患者（骨科 5、剖宫产 3、介入 1）暂无感染病例；温度报警被手动确认后继续运行。	「现在没有一例感染。要不要报？报什么？」
T+4 h　原因与召回	温度传感器偏差 +2.5 ℃、校准超期 3 个月；指示剂未置于最难灭菌部位。	「校准超期三个月。要追溯多少锅？」
T+24 h　患者与沟通	9 名患者中 2 例切口轻微红肿；家属群传"器械没消毒"。	「家属群传开了。请给一句统一口径和一份告知要点。」
T+7 d　验证整改	三次生物监测合格；9 人及扩大追溯 38 台手术患者无异常。	「可以恢复手术了吗？请出示三样东西。」

时点	必做动作	判定标准	典型错法
T+0	立即停止发放同锅及相邻批次器械包，就地封存（封条编号）；复测生物指示剂并核查批号、有效期、对照管；按 5.1 完成现场速记，保存物理监测曲线与报警记录；启动条码—患者追溯，30 min 内产出 9 名患者清单	封存先于处理；追溯覆盖已使用	丢掉指示剂重做一锅，或只查在库
T+1 h	按 6.1.2 对可疑物品封存、停用、追溯；按 4.3 完成院内报告；判定：目前为"重大隐患/暴露事件"，尚无病例，不按暴发上报但须报告留档；按附录 A 思路登记暴露者、医学观察、必要时预防性措施；暂停择期手术直至验证通过	区分暴露事件与暴发；无病例仍报告	认为没病例就不报不记
T+4 h	三假设：设备故障 / 指示剂放置 / 装载超载；调取近 3 个月全部生物与物理监测记录，划定受影响批次；扩大召回：校准超期期间全部批次追溯至患者；设备停用挂牌，维修后三次连续生物监测合格方可复用	范围按校准超期而非仅阳性一锅	只处理阳性这一锅
T+24 h	按 4.5 风险沟通：统一口径、指定发言人、主动告知 9 人并说明随访；2 例有征象者采切口分泌物培养，备同源比对；建立 30 天随访（切口、发热、炎症指标）；舆情监测与澄清，不隐瞒不争辩	主动告知而非等投诉；统一口径	封锁消息
T+7 d	按 6.2.1 完成风险评估并解除暂停，保留验证记录；按 W5 结构撰写事件调查报告；整改：预防性维护日历、校准到期预警、指示剂放置双人核对、放行电子签收；纳入年度演练复测	解除有验证记录；整改落到预警与双人核对	口头宣布没问题即恢复

评分表（100 分）

维度	分值	评分要点
封存与追溯	25	封存优先、条码追溯、已使用清单
判定与报告	20	暴露事件 vs 暴发、院内与属地报告
原因分析	20	三假设、扩大召回范围
患者与沟通	20	主动告知、30 天随访、统一口径
验证与整改	15	三次监测、维护日历、放行签收

专属考点：（1）6.1.2 可疑物品处置：封存、停用、追溯三步 （2）无病例不等于无事件，附录 A 把时点前移到"发生暴露" （3）校准超期使受影响批次远大于阳性一锅 （4）4.5 风险沟通是技术动作

D9 急诊输液室诺如病毒聚集：门诊动线、保洁与食堂联防

项目	内容
演练类型	实战模拟
牵头部室	急诊科 / 门诊部
配合部门	急诊科、门诊部、总务后勤、保洁外包、营养食堂、院感科、检验科、宣传/党办、保卫科
建议时长	3 小时
依据条款	WS/T 524—2025 3.3、4.5、5.4、5.5、6.1.3、6.1.5、附录 C/D；GB 19193—2025
训练靶心	门诊高流量动线、呕吐物处置、环境储源、属传染病范畴消毒接口
失败类型	组织性失败

项目	内容
配套文书	W1 / W2 / W4 / W5 / W6

场景设定：某某医院急诊输液室周一上午 2 h 内 7 名患者/陪护呕吐腹泻，2 名为同一家属陪同；候诊区 1 处呕吐物已按"普通垃圾"清理；当日门诊量 1200 人次、食堂早餐 600 份。

角色卡

角色	职责
总指挥	分区管控、是否限流
院感科	判定、定义、流调、报告
急诊科	分区、安置、标本
门诊部	候诊动线、预检分诊、限流
总务/保洁	呕吐物规范处置、卫生间、工具分区
营养食堂	留样、从业人员健康、餐具消毒
检验科	诺如核酸、食品/水样
保卫科	人流疏导
宣传/党办	告知与口径

逐时点注入脚本

时点 / 阶段	注入的信息	主持人照读话术
T+0　信号	7 例呕吐腹泻 2 h 内集中；候诊区 1 处呕吐物按普通垃圾清理。	「七例里两个是陪护。搜索范围多大？已清掉的呕吐物还要不要处理？」
T+1 h　报告与传染病范畴	诺如初筛阳性 4 例；肠道传染病高发季；科室问"要不要报疾控"。	「诺如阳性四例。消毒按哪份标准？报给谁、几小时内？」
T+3 h　三间分布与假设	病例分布 3 个输液区、均在上午 8—10 时；2 名陪护同早餐窗口；保洁工具跨区混用。	「都在八到十点，像什么曲线？三条假设各采哪里？」
T+24 h　控制	食堂 1 名从业人员阳性；环境 3 份阳性；累计 18 例（含陪护 5 例）。	「食堂查出一例。现在能只处理食堂吗？」
T+7 d　终止	末例后 7 天无新发；环境复采 2 次阴性；食堂整改验收合格。	「七天无新发。诺如的终止标准该怎么算？」

时点	必做动作	判定标准	典型错法
T+0	按 3.3 判疑似暴发；开辟独立区域、专用卫生间，动线与普通患者分离；呕吐物按感染性废物处置并追溯已清理区域，重新终末消毒（6.1.5 / GB 19193）；登记 2 h 内候诊区全部人员与陪护，采病例与食品/水样	陪护是否纳入搜索；呕吐物是否按感染性废物	只登记挂号患者；呕吐物清完就算了
T+1 h	按 4.3：12 h 档同时报卫健与疾控，重大情形 2 h 档；按 6.1.5：处置遵循 GB 19193（强制性）；完成初次报告（W4），写明病原待定/例数可变；按 4.5 候诊区告示与统一口径，避免"食物中毒"先入为主	是否引用 6.1.5 与 GB 19193；同时报两家	按食物中毒内部处理不报

时点	必做动作	判定标准	典型错法
T+3 h	绘制流行曲线（点源暴露特征）；三假设：食堂早餐 / 候诊区环境 / 保洁工具交叉；食堂留样封存、从业人员健康与手卫生核查；消毒前采样：门把手、水龙头、输液椅扶手、保洁工具、餐具（W6）	三假设各有采样点；识别点源曲线	不做时间分布，归因季节性肠胃炎
T+24 h	从业人员调离、餐具终末消毒、留样送检溯源；候诊区分区限流、增设手消点、呕吐物处置 SOP 全员培训；保洁工具色标分区、一区一巾、消毒浓度实测记录；按 4.3 完成订正报告（W5），备疾控联合复盘	三线同步；陪护计入	只处置食堂
T+7 d	按 6.2.2：诺如最长潜伏期约 72 h → 2 个 ≈ 6 天，结合风险评估；解除限流前完成 6.2.1 趋势研判并留记录；整改：呕吐物处置包配置到诊区、保洁色标、食堂晨检留样、病假制度；撰写总结报告并纳入年度复测	用 2 个最长潜伏期；整改制度化	用 7 天惯例且不留研判

评分表（100 分）

维度	分值	评分要点
判定与报告	20	疑似判定、6.1.5/GB 19193、同时两家
病例搜索	20	覆盖陪护、点源曲线、三级定义
三线控制	25	食堂、候诊环境、保洁工具同步
消毒与沟通	20	呕吐物处置、统一口径
终止与整改	15	2 个潜伏期、制度化

专属考点：（1）门诊病例搜索必须含陪护、家属、保洁等"非挂号人群" （2）6.1.5 是 2025 版新增：属传染病范畴消毒按 GB 19193 （3）点源暴露曲线与持续人传人不同，决定控制方向 （4）4.5 风险沟通在高流量场景直接影响秩序

D10　临时特殊场所呼吸道传染病聚集：预检分诊与方舱式管理

项目	内容
演练类型	桌面推演+现场
牵头部室	发热门诊 / 感染性疾病科
配合部门	发热门诊、预检分诊、感染科、院感科、保卫科、总务后勤、设备科、应急办、属地疾控
建议时长	半天
依据条款	WS/T 524—2025 第 1 章、4.2、4.3、5.1、6.1.5、附录 A/C/D；《传染病防治法》第 26、27、30 条
训练靶心	第 1 章临时特殊场所参照执行、流调人员防护、临时场所分区
失败类型	组织性失败
配套文书	W1 / W2 / W4 / W5 / W6

场景设定：某某医院按属地要求启用临时发热门诊（原体检中心改造，留观床 40 张）。启用第 5 天，留观区 3 名患者与 1 名工作人员先后发热；工作人员通道与患者通道在更衣区交叉。

角色卡

角色	职责
总指挥	管控级别、暂停收治
院感科	判定、分区核查、流调、防护
发热门诊	留观管理与标本
预检分诊	首诊分流与登记
感染科	救治与鉴别
保卫科	通道管控
总务后勤	三区两通道、通风与污水
设备科	防护用品与通风设备
应急办/疾控联络	属地联动

逐时点注入脚本

时点 / 阶段	注入的信息	主持人照读话术
T+0　信号与防护	3 名留观患者+1 名工作人员发热；通道在更衣区交叉。	「有工作人员也发热了。进现场前，先回答：穿什么、走哪条通道？」
T+2 h　判定报告	核酸复核 2 例阳性；临时场所通风未做感染风险评估；污水预处理未验收。	「这是临时改造场所。除了患者，还有哪两样必须查？」
T+8 h　专项核查	清洁区与潜在污染区无隔断；脱卸区面积不足；保洁由普通病区抽调未专项培训；医废路线穿行候诊区。	「列临时场所专项核查清单。想想空气往哪流、垃圾怎么走。」
T+24 h　联动沟通	属地疾控到场；媒体询问是否院内传播；部分留观人员要求自行离院。	「疾控到了，媒体也在问。谁来说？现场拟一句话。」
T+14 d　恢复	整改后 14 天无新发；通风与污水验收合格；环境复采阴性。	「可以重新启用吗？请出示验收与培训两样记录。」

时点	必做动作	判定标准	典型错法
T+0	按第 1 章确认"可参见执行"，按 3.3 判疑似；流调人员按 5.1 依可疑病原与途径采取防护后方可进入；核查三区两通道，物理隔离交叉点，暂停交叉时段流动；登记 40 名留观患者与近 3 日全部工作人员班次	先做调查者防护；识别通道交叉为结构缺陷	未升级防护直接进留观区
T+2 h	12 h 内同时报卫健与疾控；按 6.1.5 / GB 19193；按 4.2 启动多部门机制并请求属地疾控支援；通风与污水纳入环境因素采样与风险评估（5.5）；暂停新收治，留观人员原地分区不转运	通风/污水是否纳入；是否请求疾控	只查患者不查工程；院内自行处置
T+8 h	逐项核查三区两通道、脱卸区、通风方向、污水、医废路线；四假设：通道交叉 / 脱卸污染 / 通风回流 / 医废路线；消毒前采样：脱卸区台面、门把手、回风口、污水入口（W6）；整改：物理隔断、脱卸区扩容、医废专用路线与时段	覆盖工程与动线；采样在消毒前	只做空气采样不改通道
T+24 h	按 4.2 配合疾控，提供全部记录与采样信息；按 4.5 统一对外口径、指定发言人，不擅自定性不隐瞒；保卫科与属地协同做好秩序与离院管理（依法依规、不得歧视）；工作人员心理疏导与轮休（附录 A 延伸）	协作而非各自为战；口径统一	院方自行发布"未发生院内传播"

时点	必做动作	判定标准	典型错法
T+14 d	按 6.2.1 完成趋势研判与风险评估，观察期按病原潜伏期；恢复前完成三区两通道验收、人员专项培训与考核；撰写总结报告（W5）报属地，纳入临时场所启用前核查清单；修订《临时特殊场所感染防控预案》	恢复前有验收；教训固化进预案	无新发即恢复原状

评分表（100 分）

维度	分值	评分要点
防护与分区	25	5.1 防护、三区两通道
判定与联动	20	第 1 章适用、12 h 报告、4.2 疾控协助
工程与动线	20	通风、污水、医废、脱卸区
沟通与秩序	20	4.5 口径、留观管理、心理疏导
恢复与固化	15	风险评估、验收、预案修订

专属考点：（1）第 1 章"临时特殊场所可参见执行"是 2020 年后新增适用范围 （2）5.1 个人防护：调查者不得成为传播链一环 （3）临时场所风险常在工程与动线，不在临床操作 （4）4.2 专家组定位为"协助上级卫健或疾控"

D11　高致病性病原微生物实验室暴露：附录 A 六项要点全流程

项目	内容
演练类型	实战模拟
牵头部室	检验科 / 院感科（职业暴露）
配合部门	检验科/微生物室、院感科、感染科、药学部、急诊科、心理科、应急办、保卫科、属地疾控
建议时长	3 小时
依据条款	WS/T 524—2025 4.4、附录 A；《人间传染的病原微生物目录》；《传染病防治法》第 27、30 条
训练靶心	响应时点前移到"发生暴露"、预防用药、留观与心理疏导、对外联动
失败类型	响应性失败
配套文书	W1 / W3 / W4 / W5 / W6

场景设定：某某医院微生物室技师处理疑似高致病性病原体标本时，生物安全柜内离心管破裂，手套破损，前臂 0.5 cm 划痕；同室另有 2 人在场；标本尚未最终鉴定。

角色卡

角色	职责
总指挥	启动附录 A 响应、上报级别
院感科	暴露评估、处置主导、记录报告
微生物室	现场封控、标本信息、操作回溯
感染科	暴露分级、观察与预防方案

角色	职责
药学部	预防性药品可及性与发药记录
急诊科	伤口处理、留观
心理科	心理疏导
保卫科	实验室封控与出入登记
应急办/疾控联络	属地联动

逐时点注入脚本

时点 / 阶段	注入的信息	主持人照读话术
T+0　即刻处置	离心管破裂、手套破损、前臂划痕；同室 2 人在场；标本未定型。	「还没症状，标本也没定型。现在启动吗？依据附录 A 哪一条？」
T+1 h　评估与用药	标本初步提示《目录》中高致病性病原体（待参比确认）；划痕属较高风险暴露。	「目录里是高致病性但没最终确认。预防用药现在给还是等？」
T+4 h　联动报告	属地疾控电话询问；科室担心影响考核；网络出现传言。	「有人建议先内部处理。报给谁、谁统筹、不报的后果？」
T+24 h　场所人员管理	参比实验室确认；终末消毒完成，HEPA 待验证；2 名同室人员焦虑明显。	「实验室消完毒了，能开吗？请出示两样东西。」
观察期结束　终止改进	观察期满无异常；环境复采 2 次阴性；暴露者返岗。	「观察期满了，人没事。还差哪几份文件？」

时点	必做动作	判定标准	典型错法
T+0	立即停止操作，就地消毒并封控现场，保留破裂容器与标本信息；伤口处理：近心端向远心端挤压、流动水冲洗、消毒包扎并记录；按流程脱卸防护用品，2 名同室人员一并登记；30 min 内报院感科与总指挥，按 4.4 启动附录 A（不等症状）	无症状即启动；同室人员纳入	等鉴定结果或等发热再处置
T+1 h	暴露分级评估：途径、剂量、时长、防护状态、基础免疫；感染科与药学部确定预防性用药/疫苗方案并即刻给药（可及性核查）；医学观察期按该病原最长潜伏期设定，每日健康监测记录；实验室环境、生物安全柜、离心机采样与消毒验证	预防性措施即刻而非等待；观察期按潜伏期	等确认再决定是否用药
T+4 h	按附录 A.4 报属地卫健（统筹、协调、监督、指导），同步报疾控；按 4.5 统一口径，禁止瞒报迟报、禁止自行发布；完整记录暴露经过、处置时点、用药、观察、采样；为暴露者与同室人员提供心理疏导并记录	是否按 A.4 联动；心理疏导是否落实	内部消化不报；只做身体处置
T+24 h	实验室复采阴性 + HEPA 验证合格后方可恢复；暴露者继续观察，建立每日随访台账与异常升级路径；同室人员心理疏导持续，必要时轮休；操作回溯：离心管质量、SOP、生物安全柜使用、培训持证	恢复有验证记录；心理疏导持续	消毒完即恢复
观察期结束	按附录 A 完成终止评估并出具书面结论；按 W5 结构完成事件报告报属地，含全部时点与处置记录；整改：离心管准入、生物安全柜年度验证、SOP 修订、专项培训演练；纳入年度职业暴露演练复测	书面终止结论；整改覆盖设备耗材培训	口头宣布没事了

评分表（100 分）

维度	分值	评分要点
响应时点	25	无症状即启动、30 min 报告、同室纳入
现场处置	20	伤口处理、封控、标本容器保留
医学措施	20	分级、预防用药即刻性、观察期
联动与疏导	20	A.4 属地联动、统一口径、心理疏导
终止与改进	15	书面结论、验证、报告与整改

专属考点：（1）附录 A 把响应时点从"出现病例"前移到"发生暴露" （2）"心理疏导"写进技术标准是重大进步 （3）附录 A.4 明确属地卫健统筹协调监督指导 （4）特殊病原体定义借用《人间传染的病原微生物目录》

D12 信息系统多科室预警交叉：阈值、会签与舆情联动

项目	内容
演练类型	桌面推演
牵头部室	信息科 / 院感科
配合部门	信息科、院感科、医务部、宣传/党办、应急办、质管办、各临床科室
建议时长	90 分钟
依据条款	WS/T 524—2025 4.1、4.5、5.4；WS/T 547—2024；WS/T 312—2023
训练靶心	预警阈值治理、多信号交叉研判、信息发布口径
失败类型	系统性失败
配套文书	W1 / W2 / W4 / W5

场景设定：某某医院院感信息系统周一 07:30 同时推送 4 条预警：①ICU 3 例 CRAB 检出；②血透室 2 例 ALT 升高；③产科 3 例切口红肿；④全院手卫生依从率数据缺失 2 天。上周新规则上线未经院感科会签。

角色卡

角色	职责
总指挥	统一启动响应、对外口径
院感科	研判、分派、判定、报告
信息科	规则、阈值、数据字典、变更单
医务部	临床协调
质管办	变更管理
宣传/党办	舆情与统一发布
ICU/血透/产科	现场核实
应急办	记录与联动

逐时点注入脚本

时点 / 阶段	注入的信息	主持人照读话术
T+0　四信号同到	4 条预警涉及 3 科室 + 1 项数据缺失；新规则未会签。	「四条预警同时响。第一件事是分头处置，还是先查一件事？」
T+1 h　核实回填	ICU 3 例中 2 例定植；血透 2 例未达 3 例；产科 3 例中 1 例脂肪液化；手卫生数据因终端故障缺失。	「四减三等于几？逐条给判定与条款号。」
T+4 h　会签与口径	新规则把"单次检出"即计入；院内群出现"医院暴发"字样。	「阈值改回去就行了吗？群里传开了怎么说？」
T+24 h　复盘固化	1 起进入调查，其余 3 条订正；无真实暴发；群信息已澄清。	「虚惊一场。制度里要加哪三行字？」

时点	必做动作	判定标准	典型错法
T+0	不逐条当独立暴发，先统一研判：真实信号还是规则产物；调取变更单、阈值、数据字典与上线时间；按 5.4 分派三组现场核实，30 min 回报是否构成病例；记录全部预警到达时间，建立演练时间轴（B01）	先查规则变更；统一研判而非分头响应	四科室各报四起暴发
T+1 h	按 W2 复核定义，把定植/非感染明确排除；按 5.2 危害性原则：血透 2 例仍应启动核查；数据缺失单列为监测系统缺陷整改；形成结论：1 起进入调查，其余为信号/缺陷	区分信号—聚集—疑似三段；数据缺失识别为系统缺陷	把数据缺失也当一起暴发
T+4 h	按 4.1 建立信息系统变更院感科会签与上线并行比对期；按 4.5 启动风险沟通：统一口径、指定发言人；对已推送 4 条预警做订正说明并留痕；质管办按变更管理记录与整改	建立会签与并行比对；统一对外口径	信息科直接改回阈值不留记录
T+24 h	完成研判记录与订正报告（W5）；整改：阈值双人验证、变更会签、上线并行比对 1 个月、月度复核；把"信息系统预警≠暴发"写入监测制度与培训教材；纳入年度演练复测多信号交叉场景	固化到制度与培训；有并行比对期	口头说明系统误报即结案

评分表（100 分）

维度	分值	评分要点
统一研判	30	先查规则变更、四信号不各自定性
病例核实	20	三级定义、定植排除、危害性原则
变更管理	20	会签、双人验证、并行比对
风险沟通	15	统一口径、订正说明
制度固化	15	监测制度修订、培训、复测

专属考点：（1）4.1 预警能力必须配套治理能力　（2）规则变更是 3.5 假暴发第三类机制的组织版　（3）多科室同时报警先统一研判再分派　（4）4.5 在"未核实信息已扩散"时最见功力

D13　血液科 CLABSI 聚集：静配与置管维护双线

项目	内容
演练类型	实战模拟
牵头部室	血液科 / 静脉用药调配中心（PIVAS）

项目	内容
配合部门	血液科、PIVAS、药学部、介入/置管组、微生物室、护理部、院感科、设备科
建议时长	半天
依据条款	WS/T 524—2025 4.1、5.4—5.6、6.1.2、6.1.3、附录 C/D；WS/T 313—2019
训练靶心	导管维护 bundle、静配批次与药液污染、粒缺人群保护
失败类型	技术性失败
配套文书	W1 / W2 / W3 / W4 / W5 / W6

场景设定：某某医院血液科层流病房 18 床，2 周内 5 例粒缺患者寒战发热，血培养革兰阴性杆菌待鉴定；均留置 PICC/CVC，4 例使用同批次冲封管液，3 例由同组护士维护。

角色卡

角色	职责
总指挥	暂停置管与静配批次
院感科	判定、定义、流调、报告
血液科	分区、导管 bundle 核查
PIVAS	批次追溯、洁净台监测
药学部	冲封管液批次、冷链有效期
介入/置管组	置管记录、最大无菌屏障
微生物室	鉴定与同源分型
护理部	冲封管操作考核、手卫生

逐时点注入脚本

时点 / 阶段	注入的信息	主持人照读话术
T+0　信号判定	5 例粒缺发热，均留置中心静脉导管，血培养 G− 杆菌待鉴定。	「五例都有导管。分母是什么？第一件事做什么？」
T+4 h　双线假设	4 例共用同批次冲封管液；3 例同组护士维护；层流压差记录缺 2 天；PIVAS 该批次洁净台监测未做。	「除导管外还有一条线容易漏。列四条假设各自采样点。」
T+24 h　确认措施	冲封管液与 3 例血培养同菌；该批次由供应商分装，院内分装记录缺项。	「批次确认了。要随访多少人？」
T+14 d　终止制度	整改后无新发；复采阴性；供应商资质与分装流程复核完成。	「报告里的感染率怎么算？整改哪些可验证？」

时点	必做动作	判定标准	典型错法
T+0	按 3.3 判疑似，12 h 内同时报两家（W1）；定义：确诊需血培养阳性+临床征象，区分污染菌；登记 2 周内全部置管患者与导管日数（分母）；暂停同批次冲封管液并封存（不丢弃）	是否有导管日分母；封存先于丢弃	只报 5 例不算感染率

时点	必做动作	判定标准	典型错法
T+4 h	四假设：冲封管液 / 导管维护 / 静配环节 / 层流环境；消毒前采样：剩余冲封管液、导管接头、配制台面、回风口、护士手；调取 PIVAS 批次记录、沉降菌、压差与温湿度曲线；bundle 逐项核查：手卫生、最大无菌屏障、接头消毒、冲封管、敷料	四假设各有采样点；核查工程参数	只做血培养与手卫生
T+24 h	按 3.2 定性暴发，完成初次报告订正；停用召回同批次产品，全院冲封管液批次排查；bundle 再培训与考核（双人核对、接头消毒时间）；对全部批次暴露者建立 30 天随访	召回按批次而非科室；随访全部暴露者	只处理 5 例发病者
T+14 d	按 6.2.2 结合潜伏期与风险评估确定观察期并写明理由；整改：耗材批次准入与分装记录、洁净台每批次监测、压差报警；订正报告含导管日分母与罹患率（W5）；修订《中心静脉导管维护 SOP》并纳入考核	报告含分母与罹患率；整改可验证	只写加强无菌操作

评分表（100 分）

维度	分值	评分要点
判定与定义	20	疑似判定、分母、污染菌排除
假设与采样	25	四假设、消毒前采样、工程参数
控制措施	25	批次召回、bundle 考核、暴露者随访
报告与分母	15	12 h 报告、罹患率、订正
终止与整改	15	观察期、批次准入、SOP

专属考点：（1）粒缺患者是 6.1.4 保护性隔离重点人群 （2）冲封管液、静配批次、层流压差是易漏的非操作类感染源 （3）CLABSI 必须有导管日作分母 （4）附录 D 提示"共用液体/药液"接触传播路径

D14　口腔科门诊器械交叉使用：门诊小操作的暴发风险

项目	内容
演练类型	实战模拟
牵头部室	口腔科 / 门诊手术室
配合部门	口腔科、门诊部、CSSD、设备科、院感科、微生物室、医务部
建议时长	3 小时
依据条款	WS/T 524—2025 4.1、5.4—5.6、6.1.2、6.1.3；WS/T 367；WS 506—2016
训练靶心	门诊小器械清洗灭菌、牙科手机水路、一人一用一灭菌
失败类型	流程性失败
配套文书	W1 / W2 / W4 / W5 / W6

场景设定：某某医院口腔科门诊近 2 周 4 例拔牙/牙周治疗后出现局部肿胀、溢脓，培养待回；4 例均在周二上午由同一诊位完成；牙科手机数量不足，存在"一机多用、快速擦拭后继续使用"。

角色卡

角色	职责
总指挥	暂停诊位与器械
院感科	判定、定义、流调、报告
口腔科主任	诊位排班、器械追溯
口腔护士长	手机清洗灭菌记录、水路管理
CSSD	集中处理与生物监测
设备科	手机数量、水路过滤器
微生物室	培养鉴定与同源比对
医务部	患者告知与随访

逐时点注入脚本

时点 / 阶段	注入的信息	主持人照读话术
T+0　信号	4 例术后肿胀溢脓，均周二上午同一诊位；科室称"手机不够用"。	「四例都在周二上午同一诊位。共同暴露是什么？」
T+4 h　器械与水路	手机清洗记录仅写"已消毒"无灭菌参数；牙科水路未做定期监测；手机数量与诊疗量不匹配。	「列采样清单。提示：水从哪来、手机腔里有什么？」
T+24 h　确认与措施	3 例与手机内腔/水路分离株同菌；水路菌落总数超标。	「根因是手机不够用。只培训能解决问题吗？」
T+14 d　终止	整改后无新发；手机与水路复采 2 次阴性；随访完成。	「可以结束了吗？请出示复采与随访两样记录。」

时点	必做动作	判定标准	典型错法
T+0	按 3.3 判疑似，12 h 内同时报两家；封存涉事诊位全部器械、手机与剩余耗材；登记近 2 周该诊位全部患者并主动随访；调取排班与器械使用记录	是否把"同一诊位/同一时段"作为共同暴露	按散在病例各自处理
T+4 h	四假设：手机灭菌不彻底 / 水路污染 / 器械混用 / 手卫生；消毒前采样：手机内腔、水路出水、器械表面、诊位物表、工作人员手；调取生物监测与灭菌器放行记录；立即停用涉事手机，启用一次性或已验证批次	采样覆盖手机内腔与水路；停用先于整改	只换手机不查水路
T+24 h	按 3.2 定性暴发，完成初次报告订正；召回涉事诊位近 2 周全部患者随访与告知；整改：手机"一人一用一灭菌"并配足数量、水路每日冲洗+定期监测+过滤器；CSSD 集中处理、放行电子签收、灭菌参数每锅记录	召回覆盖全部暴露者；整改解决"数量不足"根因	只做培训不增配手机
T+14 d	按 6.2.2 结合潜伏期与风险评估确定观察期；完成订正报告（W5）含器械追溯表；修订门诊小器械 SOP 与配置标准；纳入年度演练复测	整改落到配置标准与记录	口头宣布结束

评分表（100 分）

维度	分值	评分要点
判定与报告	20	疑似判定、12 h、同时两家
封存与追溯	25	手机/器械封存、诊位患者清单

维度	分值	评分要点
假设与采样	25	四假设、手机内腔与水路采样
措施与根因	20	召回、配足手机、水路监测
终止与整改	10	观察期、SOP 与配置标准

专属考点：（1）门诊小操作同样适用本标准（第 1 章"各级各类医疗机构"）（2）牙科手机内腔与水路是口腔特有储源 （3）"数量不足"是制度性根因，培训无法替代资源配置 （4）6.1.2 可疑物品封存同样适用于门诊器械

D15　水源性与医废动线：军团菌/铜绿假单胞菌环境储源

项目	内容
演练类型	实战模拟
牵头部室	总务后勤 / 院感科
配合部门	总务后勤、基建/水务、污水处理站、保洁外包、设备科、院感科、微生物室、ICU/血液科、宣传/党办
建议时长	半天
依据条款	WS/T 524—2025 4.2、5.5、5.6、6.1.3、6.1.5、附录 C/D；GB 19193—2025；《传染病防治法》第 27 条
训练靶心	工程系统类感染源、后勤与临床协同、污水与医废动线
失败类型	组织性失败（临床与后勤各查各的）
配套文书	W1 / W2 / W4 / W5 / W6

场景设定：某某医院近 1 个月 ICU 与血液科先后 5 例重症肺炎/血流感染，检出铜绿假单胞菌；两科室分处不同楼栋但共用同一套集中热水系统；近期热水温度因节能下调至 45 ℃；污水处理站余氯记录缺 1 周；医疗废物暂存点靠近空调新风取风口。

角色卡

角色	职责
总指挥	跨部门机制、工程系统排查
院感科	判定、流调、报告、统筹
总务后勤/水务	热水系统、管网、温度记录
污水处理站	余氯、污水监测记录
保洁外包	医废转运路线、暂存点
设备科	空调新风、过滤器
微生物室	环境株与患者株同源比对
ICU/血液科	病例识别与临床救治
宣传/党办	口径

逐时点注入脚本

时点 / 阶段	注入的信息	主持人照读话术
T+0　跨楼栋信号	5 例铜绿假单胞菌，分处两楼栋；共用集中热水；热水温度近期下调至 45 °C。	「两个楼栋、同一套热水系统。这是一起还是两起？」
T+4 h　工程采样	污水余氯记录缺 1 周；医废暂存点靠近新风取风口；部分病区水龙头起泡器有生物膜。	「列采样清单。提示：想想热水温度是谁批的、新风从哪进。」
T+24 h　协同控制	热水回水与 3 例患者株同源；起泡器生物膜阳性；调温未做感染风险评估。	「根因在节能调温。整改只做保洁够不够？制度要加哪一条？」
T+14 d　终止	整改后无新发；热水与出水复采 2 次阴性；工程变更会签制度发布。	「结束前请出示三样：复采、温度记录、会签制度。」

时点	必做动作	判定标准	典型错法
T+0	按 3.3 判疑似，12 h 内同时报两家；不按"两楼栋=两起事件"拆分，统一研判共同系统；调取热水温度曲线、管网图、近期维修改造记录；登记近 1 个月两科室全部易感患者与用水点	是否识别共同工程系统；是否合并事件	拆成两起各自调查
T+4 h	四假设：热水系统 / 水龙头起泡器 / 污水与新风 / 保洁工具；消毒前采样：热水回水、病区水龙头、淋浴、污水处理出水、新风取风口、拖把（W6）；调取节能调温审批记录与风险评估；环境株与患者株同源比对	采样覆盖工程系统；是否追溯"节能决策"这一管理因素	只采病区物表与空气
T+24 h	按 3.2 定性暴发，完成初次报告订正；热水温度恢复并做军团菌/铜绿专项控制，起泡器更换或消毒；医废暂存点移位、新风取风口加装过滤与隔离、污水余氯每日记录；建立"工程变更须经院感科会签"制度（4.2 多部门机制）	控制覆盖工程系统；建立变更会签	只加强病区保洁
T+14 d	按 6.2.2 结合病原与风险评估确定观察期并写明理由；完成订正报告（W5）含管网图与温度曲线；整改：热水温度在线监测与报警、起泡器定期更换、污水余氯日记录、工程变更会签；纳入后勤年度演练与维保合同	报告含工程证据；整改进入维保合同	口头宣布结束

评分表（100 分）

维度	分值	评分要点
判定与合并	25	共同系统识别、事件合并、12 h 报告
工程采样	25	热水/起泡器/污水/新风采样、消毒前
假设与溯源	20	四假设、节能决策追溯、同源比对
协同控制	20	工程整改、医废动线、变更会签
终止与合同	10	观察期、维保固化

专属考点：（1）5.5 环境卫生学监测在 2025 版升为独立调查步骤，工程系统是重点　（2）4.2 多部门机制在工程类暴发中最见成效　（3）"节能降耗"类管理决策必须做感染风险评估并会签　（4）附录 D 提示水、气、环境表面等共同媒介传播途径

D16　产后 A 组链球菌感染聚集：产妇、新生儿与带菌者三线同查

项目	内容
演练类型	实战模拟
牵头部室	产科 / 产房（助产组）

项目	内容
配合部门	产科病区、产房/助产组、新生儿科、手术室、微生物室、院感科、护理部、医务部、被服/洗衣房、保洁外包
建议时长	半天
依据条款	WS/T 524—2025 3.2、3.3、5.2、5.4、5.5、6.1.3、6.1.4；附录 B/C；WS/T 311—2023；GB 15982
训练靶心	无症状带菌者筛查、双人群（产妇+新生儿）病例定义、人与人传播链、被服与产房环境
失败类型	判断性失败（漏查工作人员带菌）
配套文书	W1 / W2 / W3 / W4 / W5 / W6

场景设定：某某医院产科 10 天内 4 例顺产产妇产后 24—48 h 出现发热、宫底压痛、恶露臭味，2 例血培养 A 组β溶血链球菌（GAS）阳性；其中 1 例新生儿生后 36 h 出现呼吸道症状。4 例由同一助产组接生，近 1 周该组 1 名助产士患咽炎仍上岗。

角色卡

角色	职责
总指挥	暂停收治范围、带菌者筛查与对外报告
院感科	判定、病例定义、流调、报告、采样方案
产科主任/护士长	产妇分区、隔离、恶露与切口观察
产房助产长	接生登记、助产组排班、人员健康监测
新生儿科	新生儿双人群监测与预防性评估
微生物室	GAS 培养、emm 分型、同源比对
手术室	剖宫产器械与产房器械动线核查
被服/洗衣房	产包、产妇垫、布类洗涤温度与批次
护理部	手卫生与患病上岗制度考核

逐时点注入脚本

时点 / 阶段	注入的信息	主持人照读话术
T+0　信号与人员线索	4 例产妇发热，2 例血培养 GAS；同一助产组接生，1 名助产士患咽炎仍上岗；1 例新生儿出现症状。	「4 个产妇、1 个孩子、1 个嗓子疼的助产士。请说：谁是传染源？要查多少人？」
T+4 h　带菌者与环境	助产士咽拭子 GAS 阳性；另 2 名工作人员咽拭子阳性但无症状；产房器械清洗记录缺 2 天；产妇垫布类洗涤温度记录为 60 °C。	「咽拭子阳性了。下一步要不要分型？带菌的人怎么处理、什么时候能回来？」
T+24 h　控制与双人群	累计 6 例产妇、2 例新生儿；产妇 2 例、新生儿 1 例同源；产房与病区抹布混用，隔离产妇未单间。	「六个产妇、两个孩子。隔离措施分别写，别只写一半。出院的那几位怎么随访？」
T+14 d　终止与制度	整改后 14 天无新发；带菌者复采 2 次阴性；环境复采 2 次阴性。	「GAS 潜伏期一两天，还要不要 14 天？请把依据写进报告。」

时点	必做动作	判定标准	典型错法
T+0	按 3.3 判疑似暴发，12 h 内同时报属地卫健与疾控；把产妇与新生儿纳入同一事件、分别设病例定义（W2）；立即登记近 14 天该助产组接生的全部产妇与新生儿；暂停患病人员直接接生并做咽拭子/肛拭子筛查	是否把工作人员纳入流调；双人群是否分列	只查产妇、不查助产组
T+4 h	三线并行：产妇/新生儿、工作人员带菌、环境与布类（W6）；消毒前采样：产床、器械、水龙头、产妇垫、工作人员手与咽拭子；带菌者 emm 分型与患者株同源比对；带菌者暂停直接接触产妇，按规定处置并复采阴性后返岗	是否采工作人员；同源比对是否做	只做环境采样，认为"人是干净的"
T+24 h	按 3.2 定性暴发并完成初次报告订正（W4/W5）；产妇单间隔离、专组护理，新生儿单独分区并做接触隔离；产房与产科病区抹布色标分区、器械一用一灭菌、布类洗涤温度与含氯消毒复核；对全部暴露产妇与新生儿建立随访，含出院者	双人群措施是否分别落地；出院者是否随访	只隔离产妇、不管新生儿
T+14 d	按 6.2.2 结合 GAS 潜伏期（1—3 天）与风险评估确定观察期并写明理由；整改：工作人员患病报告与上岗准入、手卫生、布类洗涤参数记录、产房终末消毒双人核对；订正报告附 emm 分型结果与随访名单；纳入产科年度演练与助产组健康监测台账	观察期有依据；制度落到"患病即报告"	14 天无新发直接宣布结束

评分表（100 分）

维度	分值	评分要点
判定与报告	20	双人群疑似判定、12 h 同时两家
传染源追溯	25	工作人员带菌筛查、emm 同源、三线采样
控制措施	25	产妇与新生儿分区、带菌者管理、布类与器械
随访与记录	15	全部暴露者含出院者、随访名单
终止与制度	15	观察期依据、患病上岗制度

专属考点：（1）GAS 暴发的经典传染源是医务人员/助产人员的咽部或皮肤带菌，附录 B"其他人员"栏目必须填 （2）产妇与新生儿是同一起事件的两个人群，定义与分母必须分列，不能合并成一个分子 （3）5.5 环境卫生学监测与人员带菌筛查应同步开展，先消毒后采样即失去证据 （4）"无症状带菌者"不等于病例，但必须作为暴露源登记与处置

D17　介入术后血流感染聚集：多剂量瓶、共用盐水与耗材追溯

项目	内容
演练类型	实战模拟
牵头部室	心内科 / 介入导管室（DSA）
配合部门	心内科、导管室/介入护士、DSA 机房、药学部、设备科/耗材、CSSD、微生物室、院感科、医务部、护理部
建议时长	半天
依据条款	WS/T 524—2025 3.3、5.1、5.4、5.5、6.1.2、6.2.2；附录 C/D；WS/T 367—2012；GB 15982
训练靶心	多剂量药瓶共用、一次性耗材复用识别、导管室环境分级、介入器械与使用批次追溯
失败类型	技术性失败（漏查共用肝素盐水）
配套文书	W1 / W2 / W3 / W4 / W5 / W6

场景设定：某某医院导管室 1 周内 5 例冠脉介入术后 24—72 h 出现寒战发热，3 例血培养凝固酶阴性葡萄球菌/铜绿假单胞菌；5 例集中在同一手术间、同一周；回顾发现肝素盐水为 500 mL 大瓶多患者共用、造影剂抽吸后回抽。

角色卡

角色	职责
总指挥	暂停择期介入范围、报告级别
院感科	判定、定义、流调、采样方案、报告
导管室护士长	台次记录、药液配制与开启时间
心内科主任	病例识别与救治
药学部	肝素盐水/造影剂配制、开启后使用时限、批次
设备科/耗材	导管、鞘管、压力传感器批号与一次性使用核查
CSSD	复用器械清洗灭菌与放行记录
微生物室	血培养鉴定、药敏、同源分型
医务部	暴露者随访与告知

逐时点注入脚本

时点 / 阶段	注入的信息	主持人照读话术
T+0　聚集信号	5 例术后发热，集中在同一手术间同一周；3 例血培养阳性。	「5 例发热、3 例阳性。要等菌型出来才动吗？分母按什么算？」
T+4 h　共用媒介	500 mL 肝素盐水多患者共用，开启后使用超 4 h；造影剂抽吸后回抽；压力传感器未一用一换；手术间地面有血迹。	「大瓶肝素盐水给几个人用？请列封存清单和采样点，注意别先倒掉。」
T+24 h　溯源与定性	药液瓶口与 2 例患者株同源；共用时段台次 31 台，发病 5 例；复用压力传感器清洗记录缺 3 台。	「31 台用了同一瓶。要随访 5 个还是 31 个？请算罹患率。」
T+14 d　整改与终止	整改后无新发；药液与传感器复采 2 次阴性；制度修订发布。	「结束前请出示从任一患者反查到药液批号的那张表。」

时点	必做动作	判定标准	典型错法
T+0	按 5.2 危害性原则启动调查，不等"同种同源"证据齐备；调取近 2 周该手术间全部台次、术者、器械批号与药液开启记录；按 3.3 判疑似暴发，12 h 内同时报两家；登记全部暴露患者并主动随访（含已出院）	是否先启动调查；是否按台次建分母	等病原学结果再启动
T+4 h	立即封存剩余药液、空瓶、同批次造影剂与耗材（贴封条编号）；四假设：共用肝素盐水 / 造影剂回抽 / 压力传感器 / 环境与手卫生；消毒前采样：药液、瓶口、注射器、传感器、台面、术者手（W6）；停用多剂量瓶，改单剂量单次使用并记录开启与废弃时间	封存先于丢弃；四假设各有采样点	把剩液倒掉再消毒
T+24 h	计算罹患率并做队列/病例对照分析（5.2 a）；按 3.2 定性暴发，完成初次报告订正；全部 31 名暴露者建立随访、告知与血培养筛查；核查一次性耗材是否存在复用，形成书面结论	是否有分母；31 台是否全部追踪	只随访 5 例发病者
T+14 d	按 6.2.2 结合病原与风险评估确定观察期并写明理由；整改：单剂量单次使用、开启时间标签、一用一换传感器、台次—批号—患者三方追溯表；订正报告附共用时段台次表与随访名单；纳入导管室日常核查表与年度演练	追溯表能否从患者反查到批号	只写"加强无菌操作"

评分表（100 分）

维度	分值	评分要点
启动与报告	20	危害性原则、12 h 同时两家、台次分母
封存与采样	25	药液/瓶口/传感器、消毒前、封存优先
分析流行病学	20	31 台分母、罹患率、同源比对
控制与随访	20	单剂量、一用一换、全部暴露者
终止与追溯	15	观察期依据、三方追溯表

专属考点：（1）多剂量瓶（肝素盐水、造影剂、冲洗液）是介入/麻醉/门诊注射场景的经典共同媒介 （2）一次性压力传感器、鞘管等"看似可复用"的耗材必须核查复用行为并给书面结论 （3）5.4 现场调查须调取台次记录与药品开启记录，二者构成暴露分母 （4）"加强无菌操作"不是整改，可验证的整改是单剂量、时间标签与三方追溯表

D18　艰难梭菌腹泻聚集：芽孢、洗手与抗菌药物三线联防

项目	内容
演练类型	实战模拟
牵头部室	老年医学科 / 康复病区
配合部门	老年医学科、康复科、临床药学（AMS 小组）、检验科/微生物室、营养科、保洁外包、被服/洗衣房、护理部、院感科、医务部
建议时长	半天—1 周
依据条款	WS/T 524—2025 3.3、5.2、5.5、6.1.3、6.1.4、6.2.2；附录 C/D；WS/T 367—2012；《抗菌药物临床应用管理办法》
训练靶心	芽孢对醇类耐受、必须流动水洗手、含氯消毒、接触隔离与抗菌药物管理联动
失败类型	技术性失败（用速干手消代替洗手）
配套文书	W1 / W2 / W3 / W4 / W5 / W6

场景设定：某某医院老年医学科与康复病区共 76 床，2 周内 8 例住院患者出现水样便、腹胀发热，均有近 1 个月广谱抗菌药物史；6 例艰难梭菌毒素阳性。两病区共用康复治疗室与同一组保洁员，床旁便器清洗后未做含氯消毒。

角色卡

角色	职责
总指挥	分区管控、抗菌药物会签、报告
院感科	判定、定义、三间分布、采样、报告
老年/康复主任	病例识别、停换抗菌药物
临床药学 AMS	抗菌药物使用强度与品种回溯
微生物室	毒素检测、PCR 核糖体型、同源比对
护理部	接触隔离、洗手与手卫生考核

角色	职责
保洁外包	含氯消毒浓度、便器与卫生间终末消毒
被服/洗衣房	污染布类密闭转运与洗涤参数
营养科	膳食与肠内营养配制卫生

逐时点注入脚本

时点 / 阶段	注入的信息	主持人照读话术
T+0　信号与洗手	8 例水样便，6 例毒素阳性；均有广谱抗菌药物史；共用康复治疗室与保洁组。	「8 个腹泻，都在用广谱抗生素。第一件事：手怎么洗？康复室还去不去？」
T+6 h　环境与药物	床旁便器清洗后未含氯消毒；床护栏、呼叫铃、卫生间门把手采样点待定；近 1 个月三代头孢使用强度上升 40%。	「列采样清单，再写消毒剂名字和浓度。只说"加强消毒"不打分。」
T+48 h　定义与分布	76 床中筛查出 8 例确诊、3 例无症状毒素阳性、2 例社区带入；集中在同一护理单元西侧。	「8 个确诊、3 个无症状、2 个社区带入。报几例？分母是什么？」
T+14 d　终止	整改后无新发；环境复采 2 次阴性；抗菌药物使用强度回落。	「CDI 会复发。观察期怎么定？整改要不要写进保洁合同？」

时点	必做动作	判定标准	典型错法
T+0	按 3.3 判疑似暴发，12 h 内同时报两家；即刻单间/ cohort 接触隔离，挂接触隔离标识；明确"必须流动水+皂液洗手"，速干手消毒液对芽孢无效并书面告知；冻结两病区共用康复治疗与跨区保洁支援	是否识别醇类对芽孢无效；是否冻结共用区域	照常用速干手消、患者继续去康复室
T+6 h	消毒前采样：便器、床护栏、呼叫铃、门把手、保洁抹布与卫生间（W6）；环境与患者株核糖体型同源比对；AMS 小组调取 8 例及全病区抗菌药物使用清单，启动品种干预；保洁改用含氯消毒剂（明确浓度与作用时间），抹布一床一换、色标分区	是否含氯而非季铵盐/酒精；AMS 是否介入	用酒精湿巾擦拭环境
T+48 h	三级病例定义，明确无症状携带者与社区带入不计入院内感染分子（W2）；绘制流行曲线与床位分布图（5.5）；按 5.2 a 计算罹患率并做抗菌药物暴露的病例对照分析；污染布类密闭转运、洗涤温度与时间参数记录	定义是否可复现；社区带入是否单列	把 13 例全算院内病例
T+14 d	按 6.2.2 结合 CDI 潜伏期与风险评估确定观察期并写明理由（复发需另计）；完成订正报告附毒素分型、床位图与 AMS 干预数据；整改：洗手设施与依从观察、含氯消毒 SOP、布类密闭转运、抗菌药物分级会签；纳入两病区季度联合演练与保洁外包合同考核	观察期是否考虑复发；整改是否进外包合同	14 天无新发即宣布结束

评分表（100 分）

维度	分值	评分要点
判定与报告	20	疑似判定、12 h 同时两家、社区带入单列
隔离与手卫生	25	接触隔离、流动水洗手、冻结共用区
消毒与采样	20	含氯浓度、消毒前采样、布类转运
AMS 联动	20	抗菌药物清单、病例对照分析、分级会签
终止与固化	15	观察期含复发、外包合同考核

专属考点：（1）艰难梭菌芽孢对醇类速干手消毒液与季铵盐类消毒剂耐受，必须流动水洗手 + 含氯制剂 （2）无症状毒素阳性属携带者，社区带入单列，均不计入院内感染病例分子 （3）抗菌药物管理（AMS）是 CDI 聚集的控制措施之一，不能只做环境与隔离 （4）5.5 环境卫生学监测对象应含便器、床护栏、呼叫铃等高频接触面与保洁工具

D19　院区施工期曲霉菌肺部感染聚集：ICRA、压差与停工决策

项目	内容
演练类型	桌面推演+现场勘查
牵头部室	基建科 / 总务后勤（施工管理）
配合部门	基建科、总务后勤、血液科层流病房、肿瘤科、设备科（HVAC/HEPA）、施工方/监理、微生物室、院感科、医务部、护理部、宣传/党办
建议时长	半天
依据条款	WS/T 524—2025 4.2、5.2、5.5、6.1.3、6.2.2；附录 D；GB 50333—2013；WS/T 368—2012
训练靶心	施工前感染风险评估（ICRA）、压差/换气/HEPA 核验、患者转运路线、停工权限
失败类型	组织性失败（基建与临床各查各的）
配套文书	W1 / W2 / W3 / W4 / W5 / W6

场景设定：某某医院血液科层流病房楼下进行管井改造并拆除部分吊顶，工期 3 周；第 2 周起 4 例粒缺患者出现发热、肺部 CT 示晕征，2 例 GM 试验阳性、1 例痰培养烟曲霉。施工围挡为单层彩条布，未设负压与高效过滤，材料经病区电梯运输。

角色卡

角色	职责
总指挥	停工与患者转运决策、多部门机制
院感科	ICRA 复核、判定、流调、空气采样、报告
基建科/监理	施工许可、围挡、动线、工期与整改
总务后勤	空调新风、压差、过滤器与电梯管理
血液科/层流病房	病例识别、保护性隔离与转运
设备科	HEPA 完整性、压差与换气次数实测
微生物室	GM/G 试验、曲霉培养与分型
施工方	作业记录、湿式作业、垃圾密闭清运
医务部/护理部	患者转运与人力
宣传/党办	施工告知与家属沟通

逐时点注入脚本

时点 / 阶段	注入的信息	主持人照读话术
T+0　施工与病例交叉	楼下拆吊顶第 2 周起 4 例粒缺患者肺部真菌感染，围挡为单层彩条布，材料走病区电梯。	「4 个粒缺病人肺部真菌。楼下在拆吊顶。第一步是采样还是停工？」

时点 / 阶段	注入的信息	主持人照读话术
T+4 h　工程参数	层流病房与走廊压差记录缺 5 天；部分高效过滤器超期未检；施工垃圾经病区通道清运；回风口积尘。	「列工程核查清单。压差表上写的数，你信吗？」
T+24 h　定性与决策	3 例烟曲霉同源线索；施工区尘土曲霉阳性；另有 1 例为社区带入。	「根因在施工审批。整改要不要加一条会签？谁有停工权？」
T+21 d　复工与终止	整改后连续 2 周无新发；压差与 HEPA 复测合格；空气与回风口复采 2 次阴性。	「复工要谁签字？观察期对粒缺病人要不要延长？」

时点	必做动作	判定标准	典型错法
T+0	按 5.2 危害性原则启动调查并复核施工前 ICRA 文件；核查施工许可是否经院感科会签（4.2 多部门机制）；立即暂停涉事作业、封闭病区电梯与施工通道；按 3.3 判疑似暴发，12 h 内同时报两家	是否追溯到施工许可；是否立即停工	先加做空气培养，施工照常
T+4 h	实测压差、换气次数、HEPA 完整性与回风口积尘（不得凭记录）；消毒前采样：病区空气、回风口、风口滤网、施工区尘土、电梯按钮（W6）；调取施工进度图与患者转运路线叠加分析；围挡升级为密闭负压 + 高效过滤、湿式作业、垃圾密闭专梯清运	是否实测而非查记录；动线是否叠加分析	只做病区空气采样
T+24 h	按 3.2 定性暴发并完成初次报告订正；4 例分层：院内 3 例、社区带入 1 例单列说明；高危患者转至备用层流单元或外院，转运路线避开施工区；建立"任何院区施工须 ICRA + 院感科会签 + 复评"制度	是否有会签制度；转运路线是否避开	只做患者救治与抗真菌治疗
T+21 d	按 6.2.2 结合曲霉潜伏期与粒缺患者风险评估确定观察期并写明理由；复工前由院感科、基建、设备三方联合验收并签字；订正报告附压差曲线、HEPA 检测报告与转运路线图；纳入基建合同范本与年度联合演练	复工是否有三方验收；观察期是否考虑粒缺人群	工期结束即复工、口头宣布结束

评分表（100 分）

维度	分值	评分要点
机制与停工	25	ICRA 会签、立即停工、4.2 多部门
工程核查	25	压差/换气/HEPA 实测、动线叠加
采样与定性	20	消毒前采样、同源线索、社区带入单列
患者保护	15	转运路线、保护性隔离
终止与固化	15	三方验收、基建合同范本

专属考点：（1）施工相关曲霉病是"工程决策致病"的典型，ICRA（感染控制风险评估）必须在开工前完成并经院感科会签　（2）压差、换气次数、HEPA 完整性须实测，不能引用维保记录作为证据　（3）附录 D 列明空气/尘埃传播途径，附录 C 提示曲霉等真菌为免疫抑制人群重点病原　（4）整改的终点是制度与合同（会签、复评、停工权），而非只做空气消毒

D20　输液后寒战高热聚集：药源性热原反应与"假暴发"的证伪

项目	内容
演练类型	桌面推演（判断型）
牵头部室	药学部 / 静配中心（PIVAS）

项目	内容
配合部门	药学部、PIVAS、护理部、各病区治疗班、检验科、耗材/器械科、药品不良反应监测组、院感科、医务部、宣传/党办
建议时长	90 分钟
依据条款	WS/T 524—2025 3.5、5.2、5.4、6.1.2；《药品不良反应报告和监测管理办法》（卫生部令第81号）；WS/T 433—2013
训练靶心	感染性与非感染性鉴别、批次封存与追溯、两条报告链（ADR 与院感）不混用、不误报暴发
失败类型	判断性失败（按院感暴发误报）
配套文书	W1 / W2 / W4 / W5 / W6

场景设定：某某医院 3 个病区 1 天内 7 例患者在同一批次静脉输液后 30—60 min 出现寒战、高热（38.5—39.8 ℃），均在停药+对症后数小时缓解；血培养（24 h）全部阴性，无共同感染部位，CRP/PCT 无明显升高。7 例均使用同批号某厂家氯化钠注射液与同批号输液器。

角色卡

角色	职责
总指挥	是否启动院感暴发响应、对外沟通
院感科	按 3.5 组织假暴发核查、判定、必要时报告
药学部/PIVAS	药品批号、配制记录、同批次留样与封存
耗材科	输液器批号、进货查验与留样
护理部/治疗班	输注时序、开启与冲管操作记录
检验科	血培养、内毒素/微粒线索、PCT 判读
ADR 监测组	按药品不良反应渠道报送给药监/卫健
医务部	患者告知与病历记录
宣传/党办	统一口径，避免"院内感染"误传

逐时点注入脚本

时点 / 阶段	注入的信息	主持人照读话术
T+0　误报压力	7 例输液后寒战高热，家属已在社交平台发"院内感染暴发"，科室要求立即按暴发上报。	「7 个病人都在输液后半小时发冷。这是暴发吗？先别急着答，说出你怀疑的三类机制。」
T+4 h　封存与两条链	7 例共用同批号氯化钠与输液器；PIVAS 该批次配制 186 袋；血培养 24 h 阴性，PCT 正常。	「186 袋药发到哪些病区？封存清单写全。这个要报给谁——疾控还是药监？」
T+24 h　证伪与定性	内毒素/微粒线索指向同批号输液器；患者血培养与配制环境采样均阴性；停用品种后无新发。	「证据齐了。原准备的那份报告怎么处理？随访 7 个还是 186 个？」
T+7 d　整改与复盘	同批次产品召回，进货查验与留样制度补漏；ADR 与院感两条台账建立联动。	「下次再遇到，药学部和院感科谁先给谁打电话？写进制度。」

时点	必做动作	判定标准	典型错法
T+0	按 5.2 启动核查，但先按 3.5 假暴发三类机制并行排查；七要素速记：共同暴露为输液批次而非病区/操作者；时序高度集中（30—60 min）；不急于定性暴发，也不擅自对外否认；统一口径为"正在核查"；按 12 h 档做好报告准备，判定后决定走哪条链	是否识别共同暴露为药品批次；口径是否审慎	立即按暴发上报并向媒体否认
T+4 h	立即封存同批号药品、输液器、配制残液与留样（贴封条编号，不得先行销毁）；调取 186 袋的去向清单与输注时序，建立分母；药品/输液器按 ADR 渠道报送（卫生部令第81号），院感科同步保留 W1 备查；送检内毒素/不溶性微粒与无菌检查，环境与人员手作对照采样	封存是否含留样；两条报告链是否分清	把药液倒掉、只按院感暴发上报
T+24 h	按 3.5 判定为"非感染性输液反应/假暴发"，形成书面证伪结论；订正或撤回原拟院感报告，说明依据与证据编号（W4/W5）；全部 186 名暴露者随访，未发病者亦记录；对外口径更正：非感染事件、已停用涉事批次、患者均好转	证伪是否有证据链；是否撤回/订正报告	只口头说"没事了"，文书不改
T+7 d	整改：每批次进货查验、留样与可从患者反查批号的追溯表；建立 ADR 监测组与院感科的双向通报与会商机制；复盘"误报压力"下的判定纪律，纳入 C02 三问与 C08 检查方意见；归档：封存清单、检测报告、订正报告、随访名单、口径稿	双向通报机制；追溯表可反查	只培训、不建台账联动

评分表（100 分）

维度	分值	评分要点
鉴别与判定	30	3.5 三类机制、时序与共同暴露识别
封存与追溯	25	药品/输液器/留样、186 袋去向分母
报告链合规	20	ADR 与院感两条链、订正/撤回
随访与沟通	15	186 人随访、口径更正
整改与复盘	10	进货查验、双向通报、归档

专属考点：（1）3.5 假暴发三类机制：监测口径改变、标本/检验污染、非感染性事件；本例属第三类 （2）共同暴露落在"药品/耗材批号"而非"病区或操作者"，是最关键的鉴别线索 （3）血培养阴性不能单独排除感染，须结合 PCT/CRP、时序、缓解方式与流行病学关联综合判断 （4）ADR 报告与院感暴发报告是两条法定链，误报与漏报同为缺陷；对外口径须与证据同步

D21　植入物术后感染聚集：外来器械、跟台员与追溯断点

项目	内容
演练类型	实战模拟
牵头部室	骨科 / 手术室（外来器械与跟台人员）
配合部门	骨科、手术室、CSSD、设备科/采购、外来器械供应商与跟台员、微生物室、院感科、医务部、护理部、病案室
建议时长	半天—2 周
依据条款	WS/T 524—2025 3.3、5.4、5.6、6.1.2、6.2.2；附录 C；WS 310.1—310.3（CSSD 三部标准）；《医疗机构医用耗材管理办法》
训练靶心	外来器械提前放行、快速灭菌与生物监测、跟台人员资质与动线、植入物—器械包—患者三方追溯
失败类型	技术性失败（急诊植入物跳过生物监测）
配套文书	W1 / W2 / W3 / W4 / W5 / W6

场景设定：某某医院骨科 3 周内 5 例脊柱/关节植入术后切口深部感染，3 例培养表皮葡萄球菌/金黄色葡萄球菌；5 例均使用同一供应商提供的外来器械包，其中 2 台为急诊加台、器械到院距手术不足 90 min，跟台员未固定、无准入培训记录。

角色卡

角色	职责
总指挥	暂停择期植入手术、报告与供应商处置
院感科	判定、定义、流调、采样、报告
骨科主任	病例识别、取出/保留植入物决策
手术室护士长	加台记录、器械接收时间与跟台员登记
CSSD 护士长	清洗、灭菌、生物监测与放行签字
设备科/采购	供应商资质、器械清单、配送时限合同
供应商跟台员	器械交接、清洗状态说明
微生物室	培养鉴定、同源分型
医务部/病案室	暴露者名单与随访、植入物登记反查

逐时点注入脚本

时点 / 阶段	注入的信息	主持人照读话术
T+0　加台与追溯	5 例深部切口感染，均用同一供应商外来器械；2 台急诊加台、器械到院不足 90 min。	「两台加台器械到院不到 90 分钟就上台了。请调哪几张记录？」
T+6 h　放行与人员	CSSD 记录显示 2 台生物监测结果未出即放行；跟台员无准入培训、曾跨 3 个手术间走动；器械有残留组织。	「生物监测没出就用了。谁签的字？残留组织要不要采？」
T+48 h　分析与定性	该供应商器械包近 3 周用于 41 台，发病 5 例；3 例患者株与器械残留株同源；另 1 例社区带入。	「41 台用了这家器械。报几例？其余 36 人怎么办？」
T+30 d　终止与合同	停用整改后无新发；外来器械复采 3 次阴性；配送时限与放行流程修订。	「植入物感染能 30 天就画句号吗？合同里要加哪几条？」

时点	必做动作	判定标准	典型错法
T+0	按 3.3 判疑似暴发，12 h 内同时报两家；调取 3 周内该供应商全部器械包清单、接收时间、灭菌批次与对应患者；核查 2 台急诊是否跳过生物监测或违规"快速灭菌"放行；暂停该供应商全部择期植入手术并封存涉事器械包	是否追溯"器械包→患者"；是否发现放行违规	只查 5 例发病者，不改排程
T+6 h	消毒前采样：器械关节/缝隙残留物、清洗槽、灭菌器腔体、跟台员手（W6）；调取清洗效果、B-D 试验、物理参数与放行签字，核查谁签字放行；跟台人员资质、健康与动线核查，固定专人并限制跨间；明确"生物监测未出不得放行"的例外处置流程并书面化	放行签字责任；清洗残留是否作为证据	只做环境采样，不查放行记录
T+48 h	计算罹患率并做队列分析（5.2 a），41 台为分母；按 3.2 定性暴发并完成初次报告订正；41 名暴露者全部建立随访、告知与切口/影像筛查；供应商约谈、暂停供货并报采购与监管部门备案	是否覆盖 41 台；社区带入是否单列	只随访 5 例、按 5 例上报
T+30 d	按 6.2.2 结合植入物相关感染潜伏期（可达数周至数月）与风险评估确定长观察期并写明理由；整改：提前 24 h 送达、清洗—灭菌—生物监测—放行四段签字、跟台员准入与动线、每包可反查患者；订正报告附 41 台追溯表、放行记录与随访名单；纳入供应商合同与年度评价，不合格一票退出	观察期是否按植入物感染延长；合同是否固化	30 天无新发即结束

评分表（100 分）

维度	分值	评分要点
判定与报告	20	疑似判定、12 h 同时两家、社区带入单列
追溯与放行	25	41 台分母、接收时间、生物监测与签字
采样与定性	20	消毒前采样、器械残留、同源比对
控制与随访	20	暂停供货、跟台员管理、41 人随访
终止与合同	15	长观察期依据、四段签字、供应商退出

专属考点：（1）急诊加台与"快速灭菌"是外来器械最典型的放行违规点，生物监测结果未出不得放行 （2）附录 C 手术部位感染病原含葡萄球菌等皮肤定植菌，跟台员与器械清洗残留都应进入采样清单 （3）追溯必须做到"任一患者 ↔ 器械包 ↔ 灭菌批次"三方互查，仅到器械包不算闭环 （4）植入物相关感染潜伏期长，6.2.2 观察期须按病原与植入物类型单独论证，不能套用 14 天

D22　跨院区转诊中的 CRE 交叉传播：统一指挥、交接与谁报告

项目	内容
演练类型	桌面推演+跨机构联动
牵头部室	院办 / 医务部（多院区与院前急救）
配合部门	院办、医务部、东/西院区院感科、120 急救分站与转运车队、急诊科、检验科/微生物室、信息科、病案与转诊办、属地疾控、医联体成员单位
建议时长	半天
依据条款	WS/T 524—2025 4.2、4.3、5.1、5.6、6.1.4；《传染病防治法》（2025 修订）第 26、27、30 条；《医院感染管理办法》第 5、6 条
训练靶心	多院区统一病例定义与分子分母、转诊单感染状态交接、救护车终末消毒、报告主体与信息互通
失败类型	组织性失败（各院区各算各的）
配套文书	W1 / W2 / W3 / W4 / W5 / W6

场景设定：某某医院东院区 ICU 转出 1 例 CRE 定植患者至西院区康复病区，转诊单未标注感染状态；两周内东院区检出 3 例、西院区检出 4 例同型 CRKP，另有 1 例经 120 转运至医联体单位后检出。两院区各自按"本院 3 例/4 例"分别研判，信息未互通；转运救护车终末消毒记录缺 2 次。

角色卡

角色	职责
总指挥（院级）	统一指挥、跨院区合并事件、对外报告
院办/医务部	转诊制度、跨机构协调、报告主体
东/西院区院感科	各自流调但统一定义、统一分母并向院级汇总
120 分站/转运车队	转运交接单、车辆终末消毒与记录
急诊科/康复病区	接收时的感染状态核验与接触隔离

角色	职责
检验科/微生物室	统一药敏口径、同源分型与结果互认
信息科	跨院区预警互联、患者主索引去重
转诊办/病案	转诊链路回溯
属地疾控/医联体	信息互通与协同处置

逐时点注入脚本

时点 / 阶段	注入的信息	主持人照读话术
T+0　两个"本院"	东院 3 例、西院 4 例同型 CRKP，各自研判"未达本院暴发门槛"；转诊单未标注感染状态。	「东院 3 例、西院 4 例，都说没到门槛。这是一起还是两起？谁来报？」
T+4 h　交接断点	转诊单无感染状态栏；救护车终末消毒记录缺 2 次；接收病区未做接触隔离；检验两院区药敏口径不一致。	「同一病人在两边都做过培养。先数清楚：到底几例？交接单要加哪几栏？」
T+24 h　跨机构	医联体单位检出 1 例同型；120 另转运过 6 名患者；东院 ICU 与西院康复病区环境待查。	「外院也检出了。要不要通报？6 个被转运的人谁去随访？」
T+21 d　统一终止	整改后无新发；车辆与各病区复采 2 次阴性；转诊单新版上线。	「结束由谁宣布？四口径在两院区要不要用同一把尺子？」

时点	必做动作	判定标准	典型错法
T+0	按 4.2 院级多部门机制合并为同一起事件统一研判；统一病例定义、统一时间窗与统一分母（按院级暴露人群，不按院区拆）；按 3.3 判疑似暴发，明确由院级统一在 12 h 内同时报两家；立即回溯 2 周内全部跨院区转诊与 120 转运链路	是否合并事件；报告主体是院级还是院区	两院区各报各的、或都不报
T+4 h	转诊单增设"感染/定植状态、隔离要求、联系人"必填栏并追溯补录；转运车辆终末消毒与记录核查，缺记录按未执行处理；统一药敏判读口径与同源分型，结果两院区互认；信息科按患者主索引去重，避免同一患者被计为 2 例	交接栏是否必填；主索引是否去重	只补填记录，不改制度
T+24 h	按 5.1 七要素统一登记含转运环节（附录 B"其他人员/场所"）；消毒前采样：救护车物表与担架、两院区病区高频接触面、转运交接台（W6）；向医联体单位与属地疾控通报，协同筛查 6 名转运患者；对全部暴露者（含外院）建立统一随访名单	是否覆盖外院与转运环节；是否主动通报	只管本院两院区
T+21 d	按 6.2.2 结合 CRE 四条口径区分新发与既往定植/随访阳性，院级统一判定；完成订正报告（W5）含跨院区流行曲线、转运链路图与去重说明；整改：转诊单必填栏、120 终末消毒双人核对、跨院区预警互联与月度会商；向属地疾控与医联体报送处置完成并申请终末评估	四口径是否统一适用；去重说明是否入报告	按本院"14 天无新发"分别结束

评分表（100 分）

维度	分值	评分要点
统一指挥与报告	25	事件合并、院级报告主体、12 h 同时两家
定义与去重	20	统一分母、主索引去重、药敏口径互认
交接与转运	25	转诊单必填栏、车辆终末消毒、交接核验
跨机构协同	15	医联体通报、6 人随访、采样覆盖
终止与固化	15	CRE 四口径、链路图、月度会商

专属考点：（1）同一法人多院区是一起事件的统一研判单元，按院区拆分会人为压低例数并规避报告义务 （2）转诊/转运交接单缺"感染状态"栏是跨机构传播最常见断点，附录 B 的场所与其他人员栏目须覆盖 （3）患者主索引去重是分子准确的前提，同一患者多院区检出不得重复计数 （4）报告主体为医疗机构（院级），并同步属地疾控；《传染病防治法》2025 修订第 26、27、30 条为报告义务上位依据

D23　不发脚本的飞检：资料回溯、现场提问、临时注入与一票否决

项目	内容
演练类型	突击督查式演练（检查方主导 · 无预告）
牵头部室	检查/督导组 + 院感科（受检方）
配合部门	检查/督导组、院办、院感科、医务部、护理部、检验科/微生物室、信息科、总务后勤、病案室/档案室、被抽查临床科室、宣传/党办
建议时长	2—3 小时
依据条款	WS/T 524—2025 全文（重点 4.1—4.3、5.1—5.6、6.1—6.2）；《医院感染管理办法》第 5、6 条；本文件 B07 / B09 / C08
训练靶心	检查方作业规范、台账真实性与可追溯、无准备状态下的真实响应能力、一票否决判定与意见独立签署
失败类型	诚信性失败（补填台账 / 提前通知）
配套文书	A09 / B01 / B07 / B08 / B09 / B11 / C03 / C05 / C06 / C08 / C09 / C10

场景设定：某某医院接受不打招呼的院感暴发处置专项督导。检查组当日 09:00 到达，不提供脚本、不预告科室，仅给出一条注入信息：随机抽取某病区近 3 个月 3 例同种病原体检出记录，要求院方现场还原"从信号发现到控制终止"的全部证据链。检查方同步调阅台账、现场提问、临时追加注入。

角色卡

角色	职责
检查/督导组组长	注入控制、调阅清单、提问、评分与意见签署
检查方资料组	调阅 A/B/C 系列台账与病历、核对时间逻辑
检查方现场组	病区现场观察、手卫生与隔离措施抽查
院办/受检总协调	资料调阅对接、不代拟检查方意见
院感科	现场还原判定、定义、报告、采样与终止依据
医务部/护理部	人员、隔离、排班与培训记录
检验科/微生物室	原始药敏与分型记录、报告时限
信息科	预警阈值、日志与导出记录
总务后勤	消毒与保洁记录、外包合同
病案室/档案室	既往病例与归档清单
宣传/党办	突发询问下的口径
观察员	全程记录 B01，不参与指挥

逐时点注入脚本

时点 / 阶段	注入的信息	主持人照读话术
09:00　无预告进场	检查组到达，仅提供注入：某病区近 3 个月 3 例同种病原体检出。要求还原完整证据链，不得现补材料。	「我们没给脚本。请从这三例开始，把当时的证据链一条条摆出来。」
09:30　资料回溯	调阅：病例定义工作单、初次/订正报告、个案调查表、采样记录、报告时限台账、培训与演练档案。	「这份订正报告是当天写的吗？请拿出来采样原始单和发送记录对一下时间。」
10:15　现场提问与临时注入	抽查 3 名不同岗位人员；临时注入：新增第 4 例且为 2 h 档特殊病原体情形，另有家属在自媒体发布"院内暴发"。	「第 4 例来了，病原体变了。报告几小时内、发给谁？这位护士，你来说。」
11:00　判定与反馈	检查组汇总：发现 2 项重大缺陷、1 项一票否决候选；受检方申请说明与申辩。	「这条算不算一票否决？请给事实、条款、证据编号三样，缺一样不判。」
11:30　收口与后续	检查组宣布结束，明确后续报送、整改复测与归档要求。	「整改谁来验证？检查记录原件归到哪一档？」

时点	必做动作	判定标准	典型错法
09:00	受检方按 B01 起记时间轴，检查方独立记录（双方时间轴分开）；院办按 A09 登记调阅清单，逐项签字交接；院感科现场说明判定依据与条款号，不查阅"预置答案"；检查方声明不提前通知、不代拟整改、不修改台账	是否做到无预告；双方记录是否独立	提前通知科室、临时补填台账
09:30	核对时间逻辑：发现→判定→报告→采样→订正，是否自洽且与原始记录一致；检查报告是否"同时报两家"、是否在 12 h / 2 h 档内；检查病例定义是否冻结、修改是否留痕（W2）；检查采样是否在消毒前，W6 与环境监测记录能否互证	原始记录优先于汇总台账；时间逻辑是否闭合	以汇总表代替原始记录、事后补齐签名
10:15	按 B07 记录提问、回答与依据条款号，逐人签字；现场回答报告档位切换、同时报两家、口径统一与风险沟通；现场演示病例定义修订并留痕，不得口头改定义；观察员同步记录是否出现"查资料才答得出"的能力缺口	回答是否落到条款；注入后动作是否即时	统一由院感科代答、其余人员不掌握
11:00	按 B09 逐项列明事实、条款、证据编号与判定理由，允许受检方书面申辩；一票否决项独立复核，不由院方自评替代；按 B08 出具评分，按 C08 由检查方独立填写意见并双方签字；现场出具 B11 即时整改通知单，明确责任人与复测时点	意见是否检查方独立填写；申辩是否留痕	检查方意见由院方代拟、无证据编号
11:30	受检方 3 个工作日内提交 C03 总结与 C05 整改清单；C06 销项验证须由检查方或第三方复核，不得自证；全部材料按 C09 一案一档归档，含检查方原始记录；按 C10 提出下一次演练脚本与需复测的关键动作	销项是否第三方复核；检查方记录是否入档	整改自评即销项、检查方记录不归档

评分表（100 分）

维度	分值	评分要点
无预告与真实性	25	不提前通知、原始记录优先、时间逻辑闭合
资料完整性	20	A/B/C 台账齐备、定义冻结、报告时限与两家
现场响应能力	25	多岗位作答、条款号、注入后即时动作
检查方作业规范	20	独立记录、独立意见、事实—条款—证据三要素
整改闭环	10	第三方复核销项、一案一档、C10 建议

专属考点：（1）检查方与演练方共用同一套脚本与文书，但角度不同：检查方调阅、提问、评分、签意见，演练方执行与填报（2）"原始记录优先于汇总台账"是飞检第一原则，事后补填、代签、代拟意见均属诚信性失败并触发一票否决　（3）一票否决判定须

同时具备事实、条款号、证据编号三要素，并允许受检方书面申辩 （4）本脚本可套用于任一 D1—D22 场景，把"注入信息"替换为该场景的初始设定即为突击演练

第三篇　演练布置与准备文书（A 系列）

演练布置与准备阶段使用，检查方在演练前调阅核查。

A01　应急演练立项审批表

适用方	使用时点	填写人	保存期限
演练指挥部 / 检查方调阅	T-14 日	院感科	5 年

填写要点：（1）写明演练目标、选定脚本编号、参演范围、时间与预算　（2）需附风险评估：是否影响真实诊疗　（3）审批栏须有分管院长签字与公章

依据：WS/T 524—2025 4.2；《传染病防治法》第 30 条

项目	内容
申请单位	某某医院
演练名称	
选用脚本编号	
演练类型（桌面/实战/综合）	
演练目标	
参演部门与人数	
时间 / 地点	
是否邀请检查/督导组	
是否影响真实诊疗（附风险评估）	
经费与物资预算	
申请日期 / 申请人	

填表人 / 日期	科室负责人 / 日期	观察考评组 / 日期	检查方 / 日期

A02　应急演练方案（正文模板）

适用方	使用时点	填写人	保存期限
演练指挥部 / 检查方调阅	T-14 日	院感科 + 应急办	5 年

填写要点：（1）方案须逐章写明，不可只写"按预案执行"　（2）评估方法须对应 B 系列评分表　（3）安全条款单列

依据：WS/T 524—2025 第 4—7 章；卫医政发〔2009〕73号

章节	应写明的内容
一、目的与依据	目的、适用标准与条款号
二、场景与脚本	脚本编号、设定、注入时点数
三、组织架构	指挥部、参演组、观察考评组、保障组、检查组
四、时间与流程	总时序、每时点起止与主持人
五、评估方法	评分维度、分值、判定标准、一票否决
六、记录与文书	A/B/C 系列与 W1—W6 清单
七、安全与合规	中止条件、保密、个人信息、舆情
八、成果与归档	总结报告、整改台账、一案一档

填表人 / 日期	科室负责人 / 日期	观察考评组 / 日期	检查方 / 日期

A03　关于开展应急演练的通知（红头样式）

适用方	使用时点	填写人	保存期限
全体 / 检查方调阅	T-7 日	院办	5 年

填写要点：（1）只告知主题、时间、地点、参演范围，不给脚本与注入内容　（2）注明"演练"字样，避免公众误解　（3）附签到与保密要求

依据：WS/T 524—2025 4.2、4.5

要素	填写
文件标题	某某医院关于开展医院感染暴发应急演练的通知
发文字号	
主送	各临床医技科室、职能科室
演练主题与时间	
参演范围	
保密要求	参演者不得以任何方式获取演练脚本与注入信息
工作要求	按时参加、携带本院现行预案与表单、现场填报
联系人与电话	
落款与日期	某某医院（盖章）

填表人 / 日期	科室负责人 / 日期	观察考评组 / 日期	检查方 / 日期

A04　参演人员名单与签到表

适用方	使用时点	填写人	保存期限
演练方 / 检查方核对	T 日现场	应急办	5 年

填写要点：（1）按角色分组签到，检查方核对实际到岗与名单一致　（2）迟到、缺席、代签须在备注栏记录

依据：WS/T 524—2025 4.2

序号	姓名	科室/岗位	演练角色	到岗时间	签字	备注

填表人 / 日期	科室负责人 / 日期	观察考评组 / 日期	检查方 / 日期

A05　角色卡发放登记与保密承诺

适用方	使用时点	填写人	保存期限
演练方 / 检查方调阅	T-7 日	院感科	5 年

填写要点：（1）一人一卡，卡面只写岗位与职责，不写注入信息　（2）保密承诺须本人签字　（3）检查方重点核查此项以确认演练有效性

依据：WS/T 524—2025 4.2；本文件第六条

角色卡编号	领取人	岗位	发放时间	保密承诺签字	回收时间	回收人

填表人 / 日期	科室负责人 / 日期	观察考评组 / 日期	检查方 / 日期

A06　注入卡受控发放与回收登记表

适用方	使用时点	填写人	保存期限
主持人 / 检查方核对	T-3 日至 T 日	主持人	5 年

填写要点：（1）注入卡按脚本时点编号，正面注入信息、背面判定标准　（2）当场发放、当场回收，编号连续不得缺号　（3）作废卡加盖作废章单独封存

依据：本文件第六、八条

卡号	所属脚本	时点	发放时间	领取人	回收时间	回收人	状态

填表人 / 日期	科室负责人 / 日期	观察考评组 / 日期	检查方 / 日期

A07　场地、物资与信息系统准备核查表

适用方	使用时点	填写人	保存期限
保障组 / 检查方调阅	T-3 日	保障组	5 年

填写要点：（1）每项须有责任人与完成时间，未完成的写替代方案　（2）信息系统须提前验证预警与计时功能

依据：WS/T 524—2025 4.1、4.2；WS/T 547

核查项	标准要求	责任人	完成时间	结果（合格/不合格）	备注
演练场地与分区	与真实诊疗区分离，有明显演练标识				
注入卡与角色卡	按受控编号齐备、密封				
计时设备	可记录各时点时间戳				
文书 W1—W6	按参演人数 +20% 印制				
评分表与观察记录	观察员人手一份				
模拟标本与封条	有明显"模拟"标识				
信息系统与预警	可演示、可回溯、不影响真实数据				
影像留存设备	拍照/录像，含存储与保密				
复盘室与投影	可容纳全体参演与检查人员				
急救与安全预案	真实患者安全不受影响				

填表人 / 日期	科室负责人 / 日期	观察考评组 / 日期	检查方 / 日期

A08　演练安全告知与不干扰真实诊疗声明

适用方	使用时点	填写人	保存期限
全体 / 检查方调阅	T-1 日	保障组 + 院感科	5 年

填写要点：（1）全体参演者签字 （2）模拟患者与模拟标本标识须现场可辨 （3）含个人信息保护条款

依据：《传染病防治法》第 13、16、27 条

条款	内容	确认签字
不占用抢救设备	演练不占用除颤仪、抢救车、呼吸机等真实抢救资源	
不中断真实诊疗	不得因演练延误任何真实患者的检查、治疗与转运	
模拟标识	模拟患者、模拟标本、模拟封条均有明显标识	
个人信息	不使用真实姓名、住院号；记录一律用编号	
防护安全	涉及现场处置时按 5.1 采取相应个人防护	
中止权利	任何参演者发现安全隐患可立即叫停并报告总指挥	
信息发布	对外信息统一标注"演练"，由指定发言人发布	

填表人 / 日期	科室负责人 / 日期	观察考评组 / 日期	检查方 / 日期

A09　检查/督导组对接与资料调阅登记表

适用方	使用时点	填写人	保存期限
检查方 / 演练方共同	T-1 日至 T 日	应急办	5 年

填写要点：（1）检查方人员、单位、证件与联系方式逐一登记 （2）调阅资料逐项登记，归还时签收

依据：本文件第七条

序号	调阅资料名称/编号	份数	调阅时间	调阅人	归还时间	签收

填表人 / 日期	科室负责人 / 日期	观察考评组 / 日期	检查方 / 日期

A10　演练前一日 Go / No-Go 最终确认表

适用方	使用时点	填写人	保存期限
演练指挥部 / 检查方	T-1 日	总指挥	5 年

填写要点：（1）任一关键项为"否"即不得开演，须延期并说明 （2）总指挥签字后方可启动

依据：本文件第五条

确认项	标准	是/否	说明
方案与通知已发布	有审批、有签字		
角色卡与保密承诺齐备	无脚本外泄		
注入卡密封且编号连续	当场可核对		
场地与真实诊疗区已隔离	标识清晰		
全部文书已印制	A/B/C 与 W1—W6		
观察员已培训评分标准	有培训记录		
检查组接待与资料调阅已安排	联系人明确		
安全告知已签署	全体参演者		
信息系统与计时设备正常	已实测		
无正在处置的真实感染事件	院感科确认		

填表人 / 日期	科室负责人 / 日期	观察考评组 / 日期	检查方 / 日期

第四篇　演练全程记录与考评文书（B 系列）

演练实施当日全程使用，检查方与观察考评组共同填写、复核。

B01　演练全程时间轴记录表

适用方	使用时点	填写人	保存期限
观察考评组 / 检查方调阅	T 日全程	观察员	5 年

填写要点：（1）每个注入时点与实际动作均记录到分钟　（2）证据编号对应照片、录音、表单编号　（3）本表是检查方必查项，缺失则成绩无效

依据：WS/T 524—2025 4.3、7.1

序号	实际时间	计划时点	发生动作/发言摘要	责任岗位	证据编号	记录人

填表人 / 日期	科室负责人 / 日期	观察考评组 / 日期	检查方 / 日期

B02　主持人注入执行记录表

适用方	使用时点	填写人	保存期限
主持人 / 检查方核对	T 日全程	主持人	5 年

填写要点：（1）逐条记录注入内容与参演者首次反应时间　（2）提示次数单独记录（提示即扣分）

依据：本文件第六条

卡号	时点	注入时间	注入内容（简述）	首个应答时间	提示次数	参演者初始判断	主持人签字

填表人 / 日期	科室负责人 / 日期	观察考评组 / 日期	检查方 / 日期

B03　观察员现场观察记录表

适用方	使用时点	填写人	保存期限
观察考评组	T 日全程	观察员	5 年

填写要点：（1）一岗一表，只记录"看到/听到"的事实，不下结论　（2）结论统一在 B04、B08 形成

依据：WS/T 524—2025 第 4—6 章

观察对象	时间	观察到的事实（动作/原话）	对应条款	证据编号	备注

填表人 / 日期	科室负责人 / 日期	观察考评组 / 日期	检查方 / 日期

B04　关键动作判定表（10 项硬动作）

适用方	使用时点	填写人	保存期限
观察考评组 / 检查方复核	T 日全程	观察考评组	5 年

填写要点：（1）每项按"完成/未完成/部分完成"判定，须填证据编号　（2）一票否决项单独用 B09 记录

依据：WS/T 524—2025 3.3、4.3、5.1、5.2、5.4、5.5、6.1.2、6.2.2

序号	关键动作	判定标准	结果	证据编号	扣分
1	3 例即判疑似并启动	3.3；不等第 4 例、不等同源			
2	12 h 内同时报卫健与疾控	73号第十条；两家均须有记录			
3	流调人员进入现场前做个人防护	5.1			
4	先采样后消毒，未销毁证据	5.5、6.1.2			
5	病例定义分级并冻结	5.4 a)；修改须留痕			
6	病例搜索三源并用	信息系统、检验、临床上报			
7	可疑物品停机/停用并封存	6.1.2；封条编号			
8	绘制流行曲线与暴露推算	5.5			
9	措施落实有验证记录	6.2.1			
10	终止判定用 2 个最长潜伏期或四条口径	6.2.2			

填表人 / 日期	科室负责人 / 日期	观察考评组 / 日期	检查方 / 日期

B05　报告时限核验表

适用方	使用时点	填写人	保存期限
观察考评组 / 检查方复核	T 日	观察员	5 年

填写要点：（1）以"发现—判定—报出"三个时间戳计算　（2）超时须写明原因，不得事后补记

依据：卫医政发〔2009〕73号第十、十三条；WS/T 524—2025 4.3

环节	应达时限	实际时间	间隔	是否超时	依据/说明
信号发现（科室）	—				
院感科到场	30 min 内（本院预案）				
判定疑似暴发	1 h 内（本院预案）				
报告县级卫健	12 h 内				
报告属地疾控	与卫健同时				
2 h 档升级判断	触发即 2 h 内				
初次报告成稿	随报告同时				
订正报告	暴发终止后及时				

填表人 / 日期	科室负责人 / 日期	观察考评组 / 日期	检查方 / 日期

B06　演练文书填写质量核查表（W1—W6）

适用方	使用时点	填写人	保存期限
检查方 / 观察考评组	T 日结束前	检查方	5 年

填写要点：（1）逐份核查原件，重点查签字、时间、事后补记痕迹　（2）缺项按 B08 对应维度扣分

依据：《演练实战包》W1—W6

文书	核查要点	完整	有签字	时间合理	无补记痕迹	备注
W1 报告登记表 + 时限卡	两家报告均有记录					
W2 病例定义工作单	三级定义、不计入项					
W3 个案调查表	B.5 全部栏目、无法查明选项					
W4 初次报告模板	六段齐全、附 W1/W2					
W5 订正报告模板	假设验证、效果评价、整改					

文书	核查要点	完整	有签字	时间合理	无补记痕迹	备注
W6 采样记录单 + 假暴发核查单	消毒前采样、七项过完					

填表人 / 日期	科室负责人 / 日期	观察考评组 / 日期	检查方 / 日期

B07　检查/督导组抽查提问记录表

适用方	使用时点	填写人	保存期限
检查方	T 日	检查方	5 年

填写要点：（1）问题从本文件第七条提问库抽取，可追加　（2）答复按"正确/基本正确/错误/未答"判定　（3）被问人签字确认

依据：本文件第七条

序号	提问内容	被问人/岗位	答复摘要	判定	条款号	被问人签字

填表人 / 日期	科室负责人 / 日期	观察考评组 / 日期	检查方 / 日期

B08　演练评分汇总表（D1—D23 通用）

适用方	使用时点	填写人	保存期限
观察考评组 / 检查方复核	T 日结束	观察考评组组长	5 年

填写要点：（1）按所选脚本的 5 个维度评分，合计 100 分　（2）一票否决项单独记录于 B09　（3）复核人须为检查方或院外专家

依据：各脚本 score 字段；本文件第七条

维度	分值	评分要点	实得分	扣分依据	评分人
维度一	按脚本				
维度二	按脚本				
维度三	按脚本				
维度四	按脚本				
维度五	按脚本				
合计	100				

维度	分值	评分要点	实得分	扣分依据	评分人
一票否决	有/无				
最终等级	优秀≥90 / 合格≥70 / 基本合格≥60 / 不合格<60				

填表人 / 日期	科室负责人 / 日期	观察考评组 / 日期	检查方 / 日期

B09　重大缺陷与一票否决记录单

适用方	使用时点	填写人	保存期限
检查方 / 观察考评组	T 日	检查方	5 年

填写要点：（1）触发任一项即判定本次演练不合格或成绩无效　（2）须写明事实、证据编号与条款号　（3）由检查方与演练指挥部双方签字

依据：本文件第七条

序号	缺陷事实	证据编号	对应条款	处理结论	检查方签字	院方签字

填表人 / 日期	科室负责人 / 日期	观察考评组 / 日期	检查方 / 日期

B10　影像与证据留存清单

适用方	使用时点	填写人	保存期限
保障组 / 检查方调阅	T 日至 T+7 日	保障组	5 年

填写要点：（1）照片/录像/录音逐项编号，与 B01 证据编号对应　（2）含存储位置、保密等级与保管人

依据：WS/T 524—2025 5.4（现场影像资料）、7.1

证据编号	类型	内容摘要	拍摄时间	存储位置	保密等级	保管人

填表人 / 日期	科室负责人 / 日期	观察考评组 / 日期	检查方 / 日期

B11　演练现场问题即时整改通知单

适用方	使用时点	填写人	保存期限
观察考评组 / 责任科室	T 日复盘前	观察考评组	5 年

填写要点：（1）现场发现即开单，不等总结会　（2）责任科室当场签收并承诺时限　（3）与 C05 整改台账编号对应

依据：WS/T 524—2025 6.2.3、7.1

项目	内容
通知单编号	
发现时间 / 时点	
问题描述	
对应条款	
风险等级（高/中/低）	
建议措施	
责任科室 / 责任人	
承诺完成时限	
责任科室签收	
验证方式与结果	

填表人 / 日期	科室负责人 / 日期	观察考评组 / 日期	检查方 / 日期

B12　参演者现场自评表

适用方	使用时点	填写人	保存期限
参演科室 / 检查方参考	T 日结束	参演者本人	3 年

填写要点：（1）匿名或实名均可，用于培训需求识别　（2）不计入正式成绩

依据：WS/T 524—2025 7.1（经验教训）

自评项	是/否/部分	说明
我清楚本岗位在暴发处置中的职责		
我能在 12 h 档准确说出报告对象与时限		
我能独立填写 W1 与 W2		
我知道采样必须在消毒之前		
我知道本院终止判定的依据		

自评项	是/否/部分	说明
我认为需要补充培训的内容		

填表人 / 日期	科室负责人 / 日期	观察考评组 / 日期	检查方 / 日期

第五篇　演练结束总结与汇报文书（C 系列）

演练结束后使用，含复盘、总结报告、对外报送、整改跟踪与归档。

C01　复盘会议程与签到表

适用方	使用时点	填写人	保存期限
全体 / 检查方	T 日复盘	应急办	5 年

填写要点：（1）复盘 60 分钟，严守"三问"25 分钟　（2）不得开成表扬会；失分点逐条对应条款号

依据：WS/T 524—2025 7.1

环节	时长	内容	主持人	签到
数据说话				
三问三答				
对照条款				
整改认领				
形成纪要				

填表人 / 日期	科室负责人 / 日期	观察考评组 / 日期	检查方 / 日期

C02　复盘"三问"记录表

适用方	使用时点	填写人	保存期限
观察考评组 / 参演科室	T 日复盘	观察员	5 年

填写要点：（1）一失分点一行，三问齐全　（2）"现在改怎么判断"须写出条款号

依据：本文件第六条

序号	失分点	①当时为什么这么判断	②依据哪一条	③现在改怎么判断（条款号）	责任人

填表人 / 日期	科室负责人 / 日期	观察考评组 / 日期	检查方 / 日期

C03　应急演练总结报告（院内正式文本模板）

适用方	使用时点	填写人	保存期限
演练指挥部 / 检查方调阅	T+7 日	院感科 + 院办	5 年

填写要点：（1）按十段结构逐段写实，不得只写"演练圆满成功"　（2）数据须与 B01、B08 一致　（3）附全部 A/B 系列文书目录

依据：WS/T 524—2025 7.1、7.2；附录 E

段落	应写明的内容	本报告填写
一、基本情况	时间、地点、脚本编号、参演部门与人数、检查方	
二、演练目标	对应条款与能力靶心	
三、组织实施	组织架构、时序、注入执行	
四、主要过程	按 B01 时间轴概述	
五、评分结果	各维度得分、总分、等级、一票否决情况	
六、亮点	可推广的做法（须有证据）	
七、存在问题	逐条对应条款号与失分点	
八、原因分析	制度/流程/人员/资源四类归因	
九、整改措施	对应 C05 整改台账编号	
十、结论与建议	是否达到目标、下一次演练建议	
附件目录	A/B 系列文书、影像证据、评分表	

填表人 / 日期	科室负责人 / 日期	观察考评组 / 日期	检查方 / 日期

C04　向卫生健康行政部门 / 疾控报送的演练情况报告

适用方	使用时点	填写人	保存期限
检查方 / 属地卫健与疾控	T+7 日	院办	5 年

填写要点：（1）对外报送须注明"演练"，避免与真实事件混淆　（2）报送渠道与真实事件报告渠道一致但不占用报告档位

依据：《传染病防治法》第 30 条；卫医政发〔2009〕73号

项目	内容
主送单位	
报告标题	某某医院关于医院感染暴发应急演练情况的报告
演练依据与脚本编号	
演练时间与参演范围	

项目	内容
组织与评估方式	
评分结果与等级	
发现的主要问题	
整改措施与完成时限	
检查/督导组意见摘要	
请求支持事项	
联系人与电话	
落款与日期	某某医院（盖章）

填表人 / 日期	科室负责人 / 日期	观察考评组 / 日期	检查方 / 日期

C05　整改清单与责任分解表

适用方	使用时点	填写人	保存期限
演练指挥部 / 检查方跟踪	T+7 日	质管办	5 年

填写要点：（1）每个失分点对应一条整改，编号与 B11 一致　（2）须有责任人、时限、验证方式，缺一不可

依据：WS/T 524—2025 6.2.3、7.1

编号	问题描述	对应条款	整改措施	责任科室/人	完成时限	验证方式	状态

填表人 / 日期	科室负责人 / 日期	观察考评组 / 日期	检查方 / 日期

C06　整改销项验证表

适用方	使用时点	填写人	保存期限
质管办 / 检查方复核	T+30/60/90 日	质管办	5 年

填写要点：（1）销项须附证据（制度文件、记录、照片、考核成绩）（2）未通过验证的不得销项，重新进入 C05

依据：本文件第八条

整改编号	验证时间	验证方式	证据编号	验证结论	验证人	复核人

填表人 / 日期	科室负责人 / 日期	观察考评组 / 日期	检查方 / 日期

C07　演练效果评价表（三方评价）

适用方	使用时点	填写人	保存期限
参演者 / 观察员 / 检查方	T+7 日	质管办	5 年

填写要点：（1）三方分别填写，结果用于下一次演练设计　（2）与下一次同类演练评分对比形成趋势

依据：WS/T 524—2025 6.2.1

评价维度	参演者自评	观察员评	检查方评	综合意见
目标达成度				
报告合规				
调查方法				
控制措施				
文书质量				
多部门协作				
总体建议				

填表人 / 日期	科室负责人 / 日期	观察考评组 / 日期	检查方 / 日期

C08　检查/督导组意见反馈表

适用方	使用时点	填写人	保存期限
检查方填写、院方签收	T 日末 / T+7 日	检查方	5 年

填写要点：（1）由检查方独立填写，院方不得代拟　（2）须给出等级结论与主要依据　（3）双方签字后归入一案一档

依据：本文件第七条

项目	检查方填写
检查单位 / 人员	
检查日期	
调阅资料清单	
现场观察要点	
抽查提问结果	
评分复核意见	
一票否决/重大缺陷	
等级结论（优秀/合格/基本合格/不合格）	
主要优点	
主要问题与整改要求	
检查方签字	
院方签收与承诺	

填表人 / 日期	科室负责人 / 日期	观察考评组 / 日期	检查方 / 日期

C09　演练档案归档清单（一案一档）

适用方	使用时点	填写人	保存期限
院感科 / 档案室 / 检查方调阅	T+30 日	院感科	≥5 年

填写要点：（1）按编号顺序装订，缺项须说明　（2）电子档与纸质档编号一致　（3）保存期限不少于 5 年

依据：WS/T 524—2025 7.1；本文件第八条

序号	归档材料	编号范围	份数	纸质/电子	归档日期	保管人
1	立项审批与方案	A01—A02				
2	通知、名单、角色卡与保密承诺	A03—A05				
3	注入卡受控记录、准备核查、安全告知	A06—A10				
4	全程记录与考评	B01—B12				
5	配套表单原件	W1—W6				
6	影像与证据	B10				
7	复盘与总结报告	C01—C04				
8	整改台账与销项	C05—C06				
9	评价与检查意见	C07—C08				

序号	归档材料	编号范围	份数	纸质/电子	归档日期	保管人
10	下一次演练改进建议	C10				

填表人 / 日期	科室负责人 / 日期	观察考评组 / 日期	检查方 / 日期

C10　下一次演练改进建议表

适用方	使用时点	填写人	保存期限
演练指挥部 / 检查方参考	T+90 日	院感科	5 年

填写要点：（1）基于本次失分点与 C07 趋势分析　（2）明确下一次脚本编号、时间与复测重点

依据：WS/T 524—2025 6.2.1、7.1

项目	建议内容
本次最低分维度	
需复测的关键动作	
建议下一次脚本编号	
建议新增部门/场景	
建议追加的注入信息	
计划时间	
与本次评分对比方式	
审批意见	

填表人 / 日期	科室负责人 / 日期	观察考评组 / 日期	检查方 / 日期

附　则

附 1　与《演练实战包》W1—W6 的对应关系

实战包文书	本文件对应文书	使用说明
W1	A07、B04、B05、B11	演练前印制、演练中填报、检查方核验
W2	B03、B04、B06、C02	病例定义须冻结，修改留痕
W3	B06、B10、C09	按 2025 版附录 B.5 栏目
W4	B05、B06、C04	12 h / 2 h 档通用
W5	B06、C03、C04	含假设验证与效果评价
W6	B04、B10、C05	采样必须在消毒前