配套 WS/T 524—2025 · D1 桌面推演 + S1/S2 实战模拟

核心层

医院感染暴发应急演练实战包

使用说明

本包是一套"拿来即用"的演练材料：三个完整场景脚本、逐时点注入卡、全部配套文书（报告单、病例定义工作单、个案调查表、采样记录单、报告模板、复盘模板）与评分工具。三种形态（HTML / PDF / PPTX）内容一致：HTML 供日常浏览，PDF 供打印装订发放，PPTX 供演练当天投影与讲评。

表 1　包内清单

编号	内容	形态	使用者
D1	桌面推演：血透中心丙肝疑似暴发 48 小时（90 分钟）	脚本 + 注入卡 + 评分表	主持人、观察员、参演者
S1	实战模拟 A：ERCP 术后 CRE 暴发（半天—2 周）	脚本 + 任务卡 + 决策卡 + 评分表	院感科、内镜中心
S2	实战模拟 B：支气管镜脓肿分枝杆菌假暴发	脚本 + 线索卡 + 调查步骤 + 评分表	院感科、呼吸科、微生物室
文书 W1—W6	报告时限卡 / 病例定义工作单 / 个案调查表 / 初次报告模板 / 订正报告模板 / 采样记录单与假暴发核查单	空白表单（可复印填报）	全体
工具 T1—T2	演练组织六阶段 + 物资清单；复盘模板与 30/60/90 天跟踪表	流程 + 表单	组织方

三种形态怎么选

①演练前两周：用 PDF 打印"文书 W1—W6"与角色卡发给参演者；②演练当天：投影 PPTX 的脚本页与注入页，观察员用 PDF 评分表打分；③演练后：用复盘模板出报告，HTML 版全文可检索。

不是"演一遍"，是"测一次"

演练设计原理：演练是可评分的能力检验

核心层

使用说明

演练的三个特征：注入式推进（新信息推翻上一判断）、每个时点有必做动作、有评分标准。三个场景各练一种失败类型。

表 2　三场景与失败类型

场景	练什么	失败类型	对应条款
D1 桌面推演	报告时限链、分级判定、多部门启动	合规性失败	4.2、4.3、5.1—5.4
S1 实战 A	器械+环境+人三重溯源	技术性失败	5.5、5.6、6.1、6.2
S2 实战 B	先证伪再定性	判断性失败	3.5、5.2、5.3



图 1　三个演练场景总览与能力靶心

出处：本包设计；依据 WS/T 524—2025 第 4—6 章

三条铁律

①不给脚本给场景；②注入要能推翻上一判断；③评分看"动作"不看"表态"——有没有停机封存、有没有同时报两家、有没有在采样前消毒。

训练靶心：报告时限链 · 分级判定 · 多部门协作启动｜90 分钟（含复盘 20 分钟）

核心层

D1 总览：血透中心丙肝"疑似暴发"的 48 小时

D1 桌面推演

场景：某三甲医院血透中心，维持性血透患者 148 名，4 个班次、49 台透析机。周一上午，护士长报告 3 名同班次患者 ALT 升高。演练按 5 个时点推进，共 90 分钟（含复盘 20 分钟）。

表 3　依据与目标

项	内容
依据条款	WS/T 524—2025 第 4 章、5.1—5.4；卫医政发〔2009〕73号 第十、十一、十三、二十二条
训练目标 1	12 小时/2 小时报告档位的准确判断；"同时报两家"的执行
训练目标 2	疑似暴发（3.3）低门槛启动 vs 暴发（3.2）同种同源定性的分离
训练目标 3	病例定义三级分级与可复现；流行曲线当日完成
训练目标 4	终止判定用"2 个最长潜伏期"而非经验天数

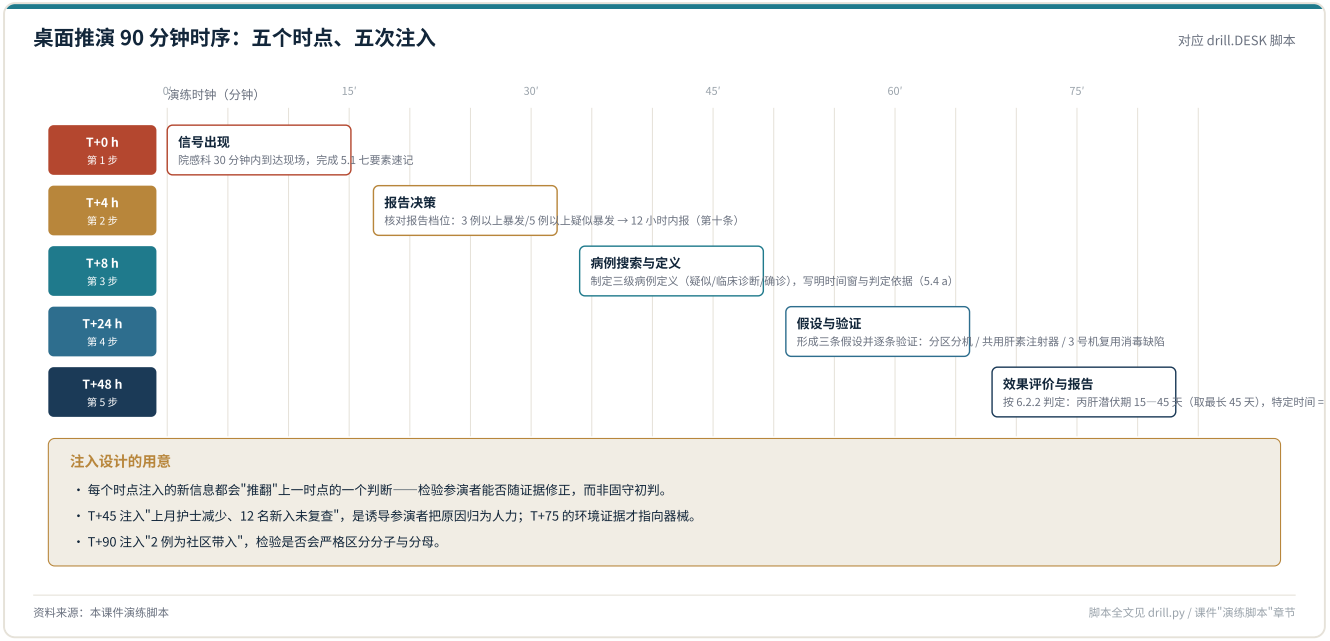


图 2　D1 桌面推演时序：五个时点、五次注入

出处：WS/T 524—2025《医院感染暴发控制标准》；卫医政发〔2009〕73号《医院感染暴发报告及处置管理规范》；演练脚本 D1（本包编制）

表 4　角色卡（9 个角色，一人一卡）

角色	职责要点
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

主持人按顺序逐卡注入 · 每卡注入后计时

案例层

D1 注入卡（一）：T+0 h → T+8 h

D1 桌面推演

表 5　注入卡 · 注入的信息（原话朗读）

时点	注入的信息
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）。
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+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。

表 6　必做动作 · 判定标准 · 典型错法

时点	必做动作（缺一即扣分）	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｜错法：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｜错法：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｜错法：病例定义过宽，把 6 例抗体阳性 RNA 阴性算作病例，虚增规模

主持人注意

注入后不给答案，先让对应角色说出判断与下一步动作，观察员记录时间戳。若参演者在 3 分钟内无动作，提示一次"请查看报告时限卡（文书 W1）"，再无动作即记失败。

主持人按顺序逐卡注入 · 每卡注入后计时

案例层

D1 注入卡（二）：T+24 h → T+48 h

D1 桌面推演

表 7　注入卡 · 注入的信息（原话朗读）

时点	注入的信息
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+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。

表 8　必做动作 · 判定标准 · 典型错法

时点	必做动作（缺一即扣分）	判定标准 / 典型错法
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"｜错法：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｜错法：14 天无新发就宣布结束——丙肝潜伏期远长于此

主持人注意

注入后不给答案，先让对应角色说出判断与下一步动作，观察员记录时间戳。若参演者在 3 分钟内无动作，提示一次"请查看报告时限卡（文书 W1）"，再无动作即记失败。

D1 评分表与常见失败路径

D1 桌面推演

表 9　D1 评分表（观察员用）

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

表 10　最常见的五条失败路径（复盘对照）

序号	失败路径	对应条款
1	等实验室结果再判定	—
2	只报卫健委不报疾控	—
3	消毒在采样之前	—
4	用 7 天/14 天作为终止标准	—
5	把抗体阳性 RNA 阴性计入病例	—

评分规则

每个时点的必做动作全部完成记满分，缺一项按比例扣；判定标准类动作按"对/错/未答"三档记。总分 <70 的环节列为下季度培训重点。

核心层

S1 总览：ERCP 术后 CRE 暴发

S1 实战模拟 A

背景设定（发给参演者的唯一信息）

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。

表 11　时间线（主持人逐步揭示）

时点	发生了什么
第 1 周	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 3 周	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）。
第 3 周末	回溯 3 个月：共 7 例 ERCP 术后 CRKP 感染，其中 2 例死亡。7 例均使用过 DU-03 或与其同批次清洗。

表 12　证据链（调查中逐步解锁）

维度	发现
流行病学	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）
微生物	7 株 CRKP 均产 KPC-2；WGS-SNP 差异 ≤3，判为同一克隆
环境	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
流程	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

训练靶心

单例 CRE 的升级判断（5.2 危害性原则）；器械停用与封存的时机；环境储源的排查（水槽、排水口、水龙头）；终止判定用 CRE 四条口径（6.2.2）。

出处：WS/T 524—2025《医院感染暴发控制标准》；卫医政…

黄金 24 小时 → 48—72 小时 → 1—2 周 → 终止判定

案例层

S1 任务卡：四个阶段的关键动作

S1 实战模拟 A

表 13　任务清单（按阶段发放）

阶段	必做动作
黄金 24 小时	判定与上报（12 小时内）；停用 DU-03 并封存（不消毒）；追溯 3 个月内全部 ERCP 患者；对在院暴露者做直肠拭子筛查（CRE 定植）；接触隔离 + 专组护理；通知手术/麻醉/ICU 协同筛查
48—72 小时	假设-验证：器械腔道 / 清洗槽 / 水龙头 / 洗消员操作；环境采样（消毒前）：腔道冲洗液、槽体、排水口、水龙头、干燥气源；分子分型送检（患者株 vs 环境株）；洗消流程全环节视频回溯（查操作是否规范）；暂停 ERCP 或改为"仅急诊+手工强化洗消+每例培养监测"
1—2 周	更换/维修所有问题部件（抬钳器、干燥过滤器）；清洗槽改"一镜一换液+每例记录"；洗消员培训与考核（持证上岗）；环境终末消毒并复采验证；建立 ERCP 术后 30 天主动监测（电话随访+门诊复查）
终止判定	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）；观察期：本院定 90 天（≥2 倍平均检出间隔）并说明理由；环境连续 2 次采样阴性；器械验证：DU-03 维修后腔道采样阴性 + 灭菌验证

阶段之间的硬门槛

24 小时内未完成"停用封存 + 暴露者筛查"，48—72 小时的溯源工作全部作废——证据已被破坏。主持人应在此设卡：未过门槛不发放下一阶段任务卡。

出处：WS/T 524—2025《医院感染暴发控制标准》；卫医政…

案例层

S1 决策卡与两种结局

S1 实战模拟 A

表 14　决策卡（每组先说结论再给理由）

决策点	建议与理由
立即停用全部 4 条十二指肠镜，还是只停 DU-03?	建议：先停全部十二指肠镜（直至完成环境与器械采样），因同槽清洗已构成交叉污染证据。只停 DU-03 会漏掉 DU-01 的共用清洗风险。这是"宁可过、不可漏"的现场判断。
要不要通报已出院患者?	要。7 例中 2 例死亡，且 CRE 感染可延迟发生。应按 4.5 与 6.1.2 建立随访（电话+门诊），并准备统一告知话术。隐瞒的代价远大于告知。
能否边做 ERCP 边整改?	可以，但须满足三个条件：①仅急诊/必需，②改为手工强化洗消且每例做腔道采样，③洗消员持证且双人核对。否则应暂停。这属 6.2.1 的风险研判决策。

表 15　两种结局（复盘时揭示）

结局	描述
处置到位	第 4 周起无新发；环境与器械连续 2 次采样阴性；90 天随访无新增；整改后通过市级专项检查；形成《十二指肠镜洗消加严流程》并推广至全院软式内镜。
处置不到位（常见失败路径）	只停 DU-03、未处理清洗槽与水龙头 → 2 周后再次出现 2 例不同克隆 CRKP；媒体介入；被认定"未按规定报告与处置"。教训：环境储源不除，暴发必然反复。

表 16　S1 评分表

维度	分值	评分要点	得分
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	

出处：WS/T 524—2025《医院感染暴发控制标准》；卫医政…

打印成科室培训卡

案例层

S1 关键技术卡：十二指肠镜五条要害

S1 实战模拟 A

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

一条隐藏考点

"压缩空气未装过滤器 = 用污染气流吹干镜腔"。这一条在本院内镜中心是否排查过？若没有，演练后立即列入整改清单。

核心层

S2 总览：先证伪，再定性

S2 实战模拟 B

背景设定（基于 2022 年已发表真实案例改编）

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。

表 17　时间线

时点	发生了什么
第 1 例	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 4—6 例	两周内累计 4 例。院感科介入，判定"疑似暴发"，启动调查。
第 10 例	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。

表 18　线索卡（分两组发放，制造对峙）

方向	线索
支持真暴发的线索	['10 例集中在同一镜室、同一时段', '现场测漏发现 2 条镜体存在漏点', '该室未常规做测漏']
支持假暴发的线索	['首例有院外病史与既往培养记录（社区感染）', '多数病例无明显感染征象、未改变治疗', '33 份环境标本均未检出脓肿分枝杆菌', '检出集中在某批次标本处理时段']

训练靶心

"检出多、症状轻"是假暴发的第一信号；阴性结果同样是证据；排除暴发只是第一步，整改标本链与器械缺陷才是成果。

案例层

S2 调查步骤卡：六步顺序不能乱

S2 实战模拟 B

表 19　六步调查卡

步骤	做什么、发现什么
第 1 步：核实诊断（5.3）	逐例查阅：影像、症状、是否抗感染治疗、随访转归。结论：首例为社区感染；9 例中 7 例无感染征象（仅培养阳性）。
第 2 步：病例定义（5.4）	确诊=灌洗液培养阳性+临床感染征象+影像支持；单纯培养阳性单列为"检出"不计数。结果：符合"感染"者仅 1 例（首例）。
第 3 步：标本链核查	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。
第 4 步：实验室核查（5.2 b）	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。
第 5 步：环境与器械（5.5）	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。
第 6 步：结论	判定为"假暴发"（3.5）：以标本污染为主（前处理共用消化液 + 染色液批次），叠加镜体漏点导致的洗消失效风险。9 例"检出"不构成感染，不计入暴发。

顺序错误的代价

跳过第 1 步（核实诊断）直接查器械，是实战最常见的路径错误——连"病例是不是真的感染"都没确认，查到的任何环境阳性都无法解释。

出处：WS/T 524—2025《医院感染暴发控制标准》；卫医政…

案例层

S2 行动卡、教训与评分

S2 实战模拟 B

表 20　三阶段行动卡

阶段	行动
即刻	不停做支气管镜，但改为"一例一镜一处理"，暂停共用消化液；更换抗酸染色液批次并做质控；2 条漏点镜体停用送修；对 9 例"检出"患者随访 1 个月（确认无感染）
1 周内	建立测漏制度（每例使用前测漏，记录）；标本转运时限 ≤2 h 并记录；前处理"一份标本一套耗材"；洗消人员持证上岗并考核；实验室每月质控与染色阳性率趋势监控
1—3 月	连续监测灌洗液培养阳性率（基线 ±2SD 控制图）；镜体维修记录电子化；模拟演练"假暴发识别"流程

表 21　五条教训 × 评分维度

教训	评分维度（分值）
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	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
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	病例定义（20）：是否区分"检出"与"感染"；是否用临床+影像收窄
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	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
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	器械与制度（20）：测漏制度、洗消持证、维修记录是否落地
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	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"

出处：WS/T 524—2025《医院感染暴发控制标准》；卫医政…

依据卫医政发〔2009〕73号第十、十二、十三条

核心层

W1 疑似医院感染暴发报告登记表 + 报告时限卡

演练文书 W1—W6（空白表单，可复印填报）

表 22　报告登记表（发现后立即填写，报院感科）

栏目	填写内容
报告科室 / 报告人 / 联系电话	
报告时间（精确到分）	
患者情况：例数 / 分布病区 / 主要临床症候群	
首发病例发现时间	
初步判断：□散发 □聚集（3.4）□疑似暴发（3.3）□暴发（3.2）	
已采取的措施	
院感科接报时间 / 到达现场时间	

表 23　报告时限卡（贴在院感科与值班室）

情形	时限	报给谁
（疑似）暴发 3 例以上	12 小时内	属地县级卫生健康行政部门 + 疾控机构（同时）
暴发 10 例以上	2 小时内	同上，并逐级上报
特殊病原体或重大影响	2 小时内	同上
县级 → 省级 → 国家	各 24 小时内	逐级上报
暴发终止后	及时订正	初次报告的同一渠道

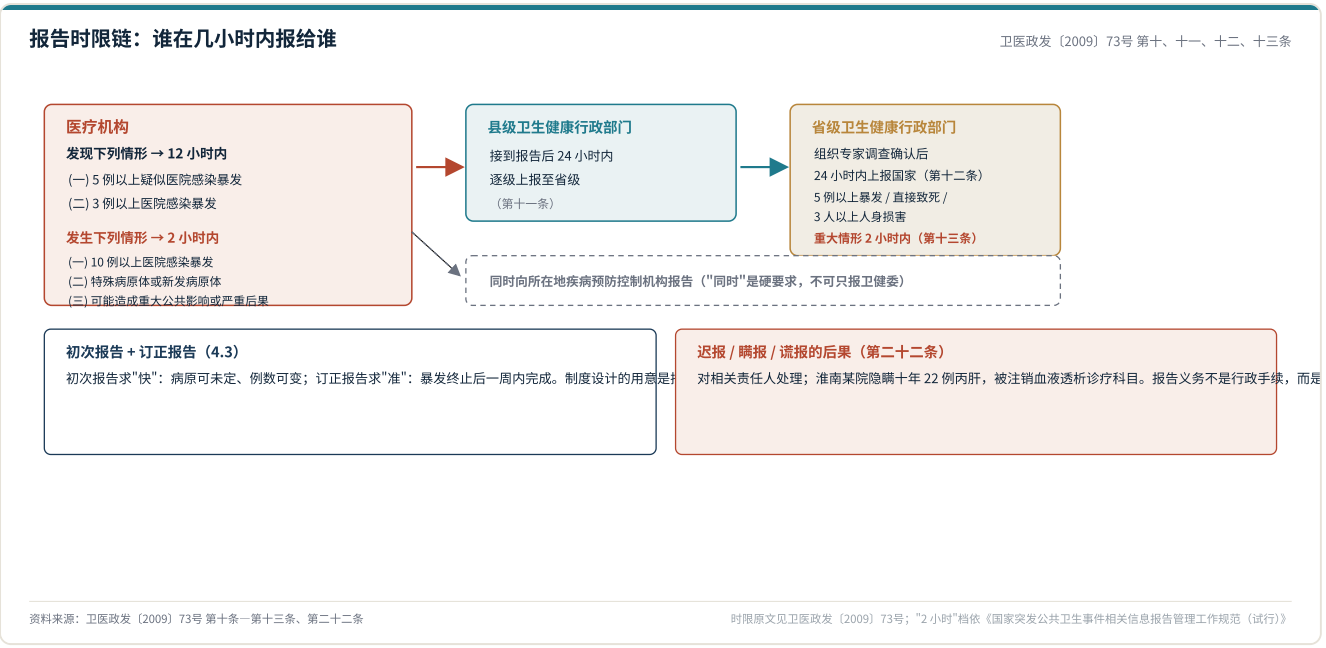


图 3　报告时限链（图示版）

出处：WS/T 524—2025《医院感染暴发控制标准》；卫医政发〔2009〕73号《医院感染暴发报告及处置管理规范》

填表提醒

"同时报两家"是硬要求——只报卫健委不报疾控，是历年检查扣分最集中的项。登记表一式两份：一份报院感科，一份科室留存。

依据 5.4 a)：定义要写入报告并可复现

核心层

W2 病例定义工作单（三级定义模板）

演练文书 W1—W6（空白表单，可复印填报）

表 24　病例定义工作单

层级	本项目填写（示例：丙肝）	本项目填写（示例：CRE）
疑似病例	ALT >2 倍上限且丙肝抗体/RNA 待复核的血透患者	直肠拭子 CRE 筛查阳性或临床标本检出 CRE 的住院患者
临床诊断病例	ALT 升高 + 丙肝抗体阳性（RNA 待复核）+ 同班次暴露史	临床感染征象（胆管炎/肺炎等）+ 感染部位标本检出 CRE
确诊病例	丙肝 RNA 阳性 + 分型与暴发株同源	标本检出 CRE + WGS 与暴发克隆 SNP 差异 ≤ 阈值
时间窗	首例发病前 1 个最长潜伏期起，至调查当日	回溯 3 个月（或上次环境阴性日起）
不计入	抗体阳性 RNA 阴性（既往感染）；社区带入（有院外暴露史且分型不同）	已知感染者随访筛查阳性；间隔 >12 个月的再检出

工作单使用规则

病例定义必须由院感科主任签字后冻结——冻结后每次增减病例都要用同一把尺。早期搜索可偏灵敏（宁可多抓），确定病因时收窄口径（宁可精准），两阶段各定一版。

出处：WS/T 524—2025《医院感染暴发控制标准》；卫医政…

依据附录 B（2025 版 B.5 高危因素栏目）

进阶层

W3 个案调查表（核心栏目版）

演练文书 W1—W6（空白表单，可复印填报）

表 25　个案调查表（每例一份，30 分钟内完成）

模块	栏目
基本信息	姓名 / 性别 / 年龄 / 住院号 / 入院日期 / 基础病 / 入院诊断
感染情况	感染日期 / 部位 / 诊断 / 病原学结果（菌种+药敏+分型）/ 标本类型与采集时间
危险因素 B.5.1	病室环境类别：☐ I 类（层流洁净）☐ II 类（ICU、产房、供应室无菌区等）☐III类（普通病室、治疗室等）☐IV类（传染科）
危险因素 B.5.2—B.5.4	invasive 操作（名称、日期、操作者）/ 抗菌药物使用 / 免疫状态
手卫生 B.5.2	是否洗手：☐是 ☐否 ☐无法查明；是否正确洗手：☐是 ☐否 ☐无法查明
周围人员 B.5.4	同病房患者、同病区患者、同医护诊疗行为相关人员中有无类似症状；会诊 / 医技 / 保洁人员接触情况；近期接触的医技科室检查项目
环境抽查 B.5.6	空气：合格 ☐是 ☐否（不合格结果记录）；物体表面：同前；工作人员手：同前
可疑物品 B.5.7	可疑消毒液 / 药品 / 输液/ 器械名称、批号、使用时段（留存封存）
调查人 / 日期	

与 2016 版的三处关键差别

①"无法查明"成为合法选项——承认查不清，减少数据造假；②周围人员扩展到会诊/医技/保洁；③环境抽查从"填数字"变为"做判定"。本院旧表若仍是 2016 版结构，先改表再演练。

出处：WS/T 524—2025《医院感染暴发控制标准》；卫医政…

结构化模板 · 每个空都有条款依据

核心层

W4 初次报告模板（12 小时档 / 2 小时档通用）

演练文书 W1—W6（空白表单，可复印填报）

表 26　初次报告模板（上报卫健委与疾控，同时）

段落	必须写清的内容
一、事件概况	发生时间 / 地点（科室）/ 病例数 / 主要症候群 / 初步判定（疑似暴发 or 暴发）
二、病例情况	按 W2 病例定义列病例清单（编号可用） / 重症与死亡情况
三、流行病学特征	三间分布简述 / 流行曲线（可后补） / 初步暴露假设
四、已采取措施	经验性控制措施（消毒按 WS/T 367、512；手卫生按 WS/T 313）/ 隔离 / 停用封存
五、拟采取措施	下一步调查计划 / 请求支持事项（疾控流调、分子分型送检）
六、报告信息	报告单位 / 报告人 / 审核 / 联系电话 / 报告时间
附注	病原未明、例数变化均为正常——初次报告求"快"，订正报告求"准"

两个易错点

①"初步假设"一栏不能空——哪怕写"高度怀疑器械相关"也比空白强，这是 4.3 "及时调查"的证明；②附件必须带 W1 登记表与 W2 病例定义，否则疾控无法复核口径。

出处：WS/T 524—2025《医院感染暴发控制标准》；卫医政…

暴发终止后一周内订正；结构按附录 E

进阶层

W5 订正报告与调查报告模板

演练文书 W1—W6（空白表单，可复印填报）

表 27　订正报告 = 初次报告 + 三个补充段落

段落	内容
七、订正内容	病原学结论（同种同源证据）/ 最终病例数（按冻结定义）/ 死亡归因
八、调查结论	感染源 / 感染途径 / 高危因素（对照 W3 汇总）/ 假设验证过程（假设—证据—结论）
九、控制效果	措施落实与效果评价（按 6.2.1—6.2.2：2 个最长潜伏期或 CRE 四条口径）
十、经验教训	制度缺陷 / 整改清单与责任人 / 对制度的修订建议

表 28　调查报告（附录 E）质量自查

检查项	自查
是否含流行曲线与暴露时间推算	☐
假设与验证是否成对出现（不许只有结论）	☐
控制措施是否有实施记录与验证数据	☐
分子分型方法、机构、阈值是否写明	☐
整改清单是否有责任人与时限	☐

报告的本质

调查报告是科学文书不是工作总结——它要能被别人复现。淮南某院的教训：报告还可能成为责任认定的证据，"材料不实"本身即违法。

出处：WS/T 524—2025《医院感染暴发控制标准》；卫医政…

依据 5.5 环境卫生学监测、5.2 b) 假暴发排除

进阶层

W6 环境与器械采样记录单 + 假暴发核查单

演练文书 W1—W6（空白表单，可复印填报）

表 29　环境与器械采样记录单

栏目	填写
采样点编号 / 位置（精确到机器编号、水龙头、槽体部位）	
标本类型：☐水 ☐物表拭子 ☐腔道冲洗液 ☐手 ☐空气平板	
采样时间 / 采样人 / 消毒状态（消毒前 ☐ 消毒后 ☐）	
送检项目与目标菌	
结果 / 报告日期 / 与病例株同源性比对	

表 30　假暴发核查单（宣布暴发前逐项过）

核查项	结果
临床与实验室一致性：检出者是否有感染征象？	☐一致 ☐不一致
病例定义收窄后，病例数是否仍超过基线？	☐是 ☐否
时间分布：阳性集中在器械使用时段，还是标本处理批次？	☐器械 ☐批次
实验室质控：染色液批号 / 培养箱记录 / 阳性率趋势异常？	☐正常 ☐异常
环境与器械采样（消毒前）是否已做且结果如何？	☐已做：___
标本链：转运时限 / 前处理共用耗材 / 接种顺序有无异常？	☐无 ☐有：___
结论：☐真暴发 ☐假暴发（类型：标本污染/实验室错误/监测口径）☐证据不足，继续调查	

核查单的纪律

七项未过完，不得对外宣布"暴发"。S2 案例里，33 份环境标本全阴性是排除环境传播的关键证据——阴性结果同样是证据，必须记录在案。

通用模板 · 三个场景都能用

核心层

T1 演练组织六阶段 + 物资清单

演练组织工具 T1—T2

表 31　组织六阶段

阶段	任务
演练前 2 周	确定场景与目标；编制脚本与注入卡；确定参演名单与观察员；准备物资（模拟采样管、封条、记录表）
演练前 1 周	参演者只被告知"主题与时间"，不给脚本（保留真实反应）；观察员培训评分标准
演练当日	主持人按时点注入，不提示答案；观察员按评分表独立打分；全程录像（用于复盘）
演练当日	设置"压力注入"：如"家属已在护士站录像""网络出现传言""检验科报告仪器故障"——检验应变
演练后 30 分钟	热复盘：参演者自评（哪里卡住）→ 观察员点评 → 主持人归纳三个"必须改"
演练后 1 周	冷复盘：形成《演练评估报告》，列出问题清单、整改责任人与时限；纳入下季度质控

表 32　物资清单（按场景勾选）

物品	D1	S1	S2
注入卡（A5 卡片，一套 5—6 张）	☐	☐	☐
角色卡（一人一卡）	☐	☐	☐
文书 W1—W6 空白件（每人一套）	☐	☐	☐
评分表（观察员人手一份）	☐	☐	☐
模拟采样管、模拟封条、标本袋		☐	☐
流行曲线坐标纸 / 白板笔	☐	☐	☐
计时器（注入时点用）	☐	☐	☐
复盘室（含投影）	☐	☐	☐

最容易搞砸的一步

"演练前 1 周只告知主题与时间，不给脚本"。给了脚本，练的就是背台词。观察员必须提前培训评分标准，否则复盘会变成表扬会。

出处：WS/T 524—2025《医院感染暴发控制标准》；卫医政…

演练的价值在复盘，复盘的价值在跟踪

核心层

T2 复盘模板与 30/60/90 天跟踪表

演练组织工具 T1—T2

表 33　复盘会模板（60 分钟）

环节	时长	内容
数据说话	10 min	播放评分结果：总分、各维度分、关键时点耗时
三问三答	25 min	当时为什么这么判断？依据哪一条？现在改怎么判断？
对照条款	10 min	把每个失分点对应到 WS/T 524—2025 条款号
整改认领	10 min	每条失分点现场指定责任人与完成时限
形成纪要	5 min	复盘纪要按 W5 结构存档，作为下一次演练的基线

表 34　30/60/90 天跟踪表

时点	跟踪内容	责任人 / 状态
30 天	整改清单逐条销项；文书 W1—W6 按本院实际定稿并发布	
60 天	高风险科室（血透/内镜/新生儿）抽考：报告时限卡背诵 + W1 试填	
90 天	复测：同场景小规模重演（只考失分环节）；评分对比第一次	

> 把每一次聚集都当成暴发来查，把每一次暴发（演练）都当成教材来写。
>
> 本包结语