

教师教学反思交流 教师英语教学反思心得体会(汇总10篇)

时间过得真快，总在不经意间流逝，我们又将续写新的诗篇，展开新的旅程，该为自己下阶段的学习制定一个计划了。计划怎么写才能发挥它最大的作用呢？下面是我给大家整理的计划范文，欢迎大家阅读分享借鉴，希望对大家能够有所帮助。

慢病管理工作计划篇一

高度重视简政放权工作，密切结合本部门实际，迅速落实下去，始终坚持“放、管、服”三管齐下，深化全州地税行政审批制度改革，不断加强后续管理，切实优化纳税服务，为稳增长、促改革、调结构、惠民生提供有力支持。

(一)加强对基层工作的调研，解决实际问题。按照《贵州省国家税务局贵州省地方税务局关于开展营改增委托代征税款和^v工作的通知》(黔国税函〔2017〕122号)及《营改增委托代征税款和^v工作任务分解表》等有关要求，切实做好前期准备工作及“营改增”后纳税人销售其取得的不动产和其他个人出租不动产有关代征税款和^v工作。为解决办税服务厅不能实现一窗办理发票缴销手续的问题，通过多次试操作，并认真听取各方面意见，将发票缴销由“交旧领新”向“验旧领新”的转变，从而全面实现一窗通办，不再单设发票管理窗口。

(二)加强与国税部门的协作。根据《2017年度各地方税务局国家税务局合作事项分类落实清单》的^v通知要求，推动全州国税局、地税局在更深层次、更广范围加强合作，通过国税、地税亲密合作，共同推动服务深度融合、执法适度整合、信息高度聚合，确保改革各项工作全面落实到位，推动

黔西南国税、地税“一起好”的工作目标。自觉强化大局意识，克服本位思想，不断提升合作质效；自觉从便利纳税人角度出发，强化以纳税人为中心理念，通过加强合作，回应纳税人关切，顺应纳税人期盼，解决纳税人反映的办税“多头跑”、执法“多头查”、资料“多头报”、政策“多口径”等问题，切实提升纳税人获得感。

(三)落实营改增各项工作，对建筑业、房地产业、金融业、生活服务业应征税款进行全面清理，对重点纳税人、重大工程、重大项目进行重点检查。国地税联合组建核实团队，对营改增移交纳税人信息进行逐条调查核实，确保移交的营改增试点纳税人信息和数量准确无误。

(四)加大清缴欠^v^度。根据《黔西南州地方税务局2017年营改增行业税收专项治理工作实施方案》要求各县、市、区局确保营改增前将欠缴的税款追缴入库。

(二)减轻负担。落实省局“免填单”要求，开展“免填单”项目39项，减轻资料报送负担，落实国税总局关于涉税文书报表的有关规定，取消涉及地税文书表单19种。

(三)设置导税咨询岗，落实首问责任制。设置12366纳税服务热线为纳税人提供纳税服务咨询服务，创建有纳税服务微信群，落实导税咨询制度和首问责任制度，各县市区局办税服务厅导税咨询岗至少配备有一名业务能力强，政策水*高，并具有一定协调和沟通能力，能使用操作12366纳税服务热线系统，熟悉办税流程，帮助引导纳税人办理各项涉税事项。

慢病管理工作计划篇二

1. 执行35岁以上社区居民首诊测血压制度；每年至少测一次血压和血糖。
2. 对新发现的高血压、糖尿病病人必须建立规范完整的档案

资料，建档率和规范管理率达95%以上，有效随访率达85%。

3. 辖区内35岁以上户籍居民高血压发现登记率应达85%，糖尿病发现登记率应达2%以上。

4. 高血压、糖尿病、脑卒中和肿瘤的上报资料准确、完整、及时。

1、有专人负责社区各项慢病防治工作。

2、发现可疑结核病人立即转区结核病防治机构进一步检查，不准开抗痨药。

3、对传染性肺结核病人实施全程督导治疗。规范服药率要达98%以上。并及时嘱病人按时做必须的检查 and 送痰复查，出现副反应及时处理或报告。

4、对户籍人口实施20岁以上社区居民首诊测血压，35岁以上居民每年至少测一次血压和血糖，做好居民的周期性体检(一年一次或二年一次)。

5、掌握辖区居民高血压、糖尿病人数，有规范完整的病历档案和名册登记(高血压发现登记率达5%，糖尿病达2%)，规范管理和随访率均达95%以上。每季、半年、年终的评估中等各项工作指标，血压控制达标率、血糖控制达标良好率和个案效果评估，均应达到要求。

6、掌握辖区60岁以上老年人群(常住人口)的基本情况并有花名册，健康档案等资料齐全，开展老人周期性体检工作，有开展工作记录及资料。

7、按要求对重点人群督导访视，并有记录。

8、按照慢性病防治要求，及时、准确、完整、规范地将慢病

防治工作相关原始资料统计成报表，按时上报。

9、按照各类慢病防治的需要，积极开展相应的慢病防治，健康宣传教育及健康促进工作。

对检出的高血压患者收集详细的病史，进行必要的体格检查和实验室检查，根据《高血压防治基层实用规范》的要求进行临床评估，实行分级管理和随访，并填写《社区高血压患者管理卡》。对高血压患者采用药物治疗方案和非药物治疗方案。当患者出现《高血压防治基层实用规范》中规定的情形时及时转诊到上级综合性医院，待病情稳定后再转回社区卫生服务中心(站)继续治疗、随访。帮助患者制定自我管理计划，对高血压患者进行自我管理的技术支持。

4、糖尿病患者的随访管理和转诊

社区卫生服务中心(站)继续治疗和随访。帮助糖尿病患者制定自我管理计划，对糖尿病患者进行自我管理支持。

1、高血压、糖尿病高危人群的界定和检出。

按照高血压、糖尿病高危人群的界定标准，通过日常诊疗、健康体检、建立健康档案、主动筛查等方式发现高血压、糖尿病高危人群。

2、高血压、糖尿病高危人群健康指导和干预

对高危人群采取群体和个体健康指导相结合的方法，开展健康教育以改变不良的生活方式，通过健康教育提高高危人群对高血压、糖尿病相关知识及危险因素的了解，给与健康方式的指导，定期测量血压，血糖。

根据社区人群的健康需求，在社区广泛开展高血压、糖尿病防治知识宣传，提倡健康的生活方式，鼓励社区人群改变不

良的生活方式，减少危险因素，预防和减少高血压、糖尿病的发生。

- 1、在社区建立高血压、糖尿病防治知识宣传橱窗，每2月更换1次内容，制作高血压、糖尿病防治知识宣传单，通过居委会、医疗站点等发放给社区人群。
- 2、在社区每月举办一次高血压、糖尿病知识讲座和健康生活方式讲座、义诊等活动。
- 3、利用社区居民活动室等居民较集中的地方作为高血压、糖尿病防治知识的宣传阵地，摆放各种宣传资料。
- 4、在社区开展免费测血压、血糖活动。

按照《高血压防治基层实用规范》、《中国高血压防治指南》、《中国糖尿病防治指南》对社区卫生服务中心(站)的医生进行培训，以提高对高血压、糖尿病的管理质量。

1、过程评估

高血压、糖尿病建档动态管理情况，高血压、糖尿病随访管理开展情况，双向转诊执行情况，35岁患者首诊测血压开展情况，就诊者的满意度等。

2、效果评估

高血压、糖尿病防治知识知晓率，高血压、糖尿病相关危险行为的改变率，高血压、糖尿病的血压、血糖控制情况和药物规范治疗情况。

(一)、由区卫生局组织督导和考核，考核意见及时反馈到被检单位，以便及时改进工作。

(二)、各社区卫生服务中心(站)要制定内部的工作制度，工

作流程和质量控制等规章制度，加强自我检查。

(三)、考核指标

- 1、社区高血压、糖尿病患者的建档率和建档合格率；
- 2、社区高血压、糖尿病患者随访人数和规范管理率；
- 3、社区医务人员的培训及培训合格率；
- 4、社区人群高血压、糖尿病防治知识知晓率；
- 5、高血压、糖尿病患者生活方式改变率；
- 6、高血压、糖尿病控制率；
- 7、工作制度制定和实施情况；
- 8、各种活动的记录和归档情况。

慢病管理工作计划篇三

为了抓好落实精准扶贫工作，我社召开专题会议，学习传达了市委市*精准扶贫工作要求，制定了《枝江市供销社精准扶贫工作方案》，组建了领导驻村工作专班，明确副主任周从鸣分别为驻合心、指南村工作队队长，抽调中层干部为成员。同时明确了专班的工作职责和工作要求，为今年的精准扶贫工作扎实开展奠定了基础。

(一)两村基本情况

(二)走访排查贫困户情况

精准扶贫关键是搞准民情民意。为了摸清村里贫困户的基本情况，我社工作队从3月份开始进驻百里洲镇指南、合心村，

配合两村党支部村委会组织召开了村两委班子、村民*，分层次召开了党员、困难群众等座谈会，评议和初选出本村贫困户名单，并对初选贫困户名单进行了村级公示。

根据初选名单，按照“三四五”精准识别法，由市社领导班子带队，组织全体机关干部分批次分别进村入户，对贫困户进行挨户走访，了解家庭情况和个人需求。队员们一边访谈，一边做记录。对不在家的贫困户，详细询问村干部和左邻右舍，了解相关的情况，并对了解的情况逐个进行登记。对白天外出打工的，工作队员在晚饭后进行走访。有时工作队员还到田间、地头，陪同下田的贫困户一边劳动，一边走访。对全家都不在家的贫困户，采取“发一条短信、打一个电话、寄一份书信、留一张联系卡”的方法，把走访调研目的和内容传达给贫困户，把工作队员的姓名、联系方式告诉贫困户，借助现代通讯工具确保不遗漏、不错误研判每一个贫困户。

经过认真走访，确定贫困户24户，对每户的详细情况登记在册，建档立卡，并确定每名机关干部与一至两名贫困户结对，把精准扶贫工作责任细化到个人。

在精准扶贫工作中，我们坚持以民为本，把工作的重点放在帮扶贫困户上，努力提升贫困户生活品质。一是一把手在关键节点到村现场办公，解决实际问题。李万江同志先后参加两村春节走访慰问贫困户、春耕送肥到贫困户、村级规划和建设、大数据核查四个活动及办公会，帮助两村搞好村级长远规划，指导两村扶贫工作。二是积极筹措资金4万元，解决两村在清洁乡村、农村饮水安全、电子商务扶贫等方面的资金缺口。帮助合心村完善村委会基础设施功能，真正把村委会建设成基层党员的活动基地、村民休息健身的好去处。帮助指南村修建组与组之间的连接公路。三是筹措资金2万元，解决贫困户生产生活的实际困难。春节为贫困户送去米、油和慰问金；春耕生产为贫困户送去肥料和秸秆腐蚀剂；儿童节为留守儿童送去学习用品；收割季节帮助贫困户解决收割资金等。此外，为了及时帮助贫困户解决生活难题，要求每名机关干部

部与结对贫困户，保持联系、定期入户走访。

在我社现有的精准扶贫工作基础上，结合供销系统的农资、培训等优势，增长贫困户的知识和才干，做到扶贫先扶智，提高贫困户的生产经营能力和素质。鼓励村民改变过去传统的单打独斗的发展模式，充分利用国家惠民政策积极争取产业扶持资金，促使产业向规模化、效益化发展，让贫困群众真正得到实惠，早日摆脱贫困。

慢病管理工作计划篇四

早期发现和干预：癌症早诊早治，脑卒中、心血管病、慢性呼吸系统疾病筛查干预，高血压、糖尿病高危人群健康干预，重点人群口腔疾病综合干预。

健康管理：居民健康档案、健康教育、慢性病（高血压、糖尿病等）患者健康管理、老年人健康管理、中医药健康管理。

（三）强化规范诊疗，提高治疗效果。

1. 落实分级诊疗制度。优先将慢性病患者纳入家庭医生签约服务范围，积极推进高血压、糖尿病、心脑血管疾病、肿瘤、慢性呼吸系统疾病等患者的分级诊疗，形成基层首诊、双向转诊、上下联动、急慢分治的合理就医秩序，健全治疗—康复—长期护理服务链。鼓励并逐步规范常见病、多发病患者首先到基层医疗卫生机构就诊，对超出基层医疗卫生机构功能定位和服务能力的慢性病，由基层医疗卫生机构为患者提供转诊服务。完善双向转诊程序，重点畅通慢性期、恢复期患者向下转诊渠道，逐步实现不同级别、不同类别医疗机构之间的有序转诊。

2. 提高诊疗服务质量。建设医疗质量管理与控制信息化平台，加强慢性病诊疗服务实时管理与控制，持续改进医疗质量和医疗安全。全面实施临床路径管理，规范诊疗行为，优化诊

疗流程，努力缩短急性心脑血管疾病发病到就诊有效处理的时间，推广应用癌症个体化规范治疗方案，降低患者死亡率。基本实现医疗机构检查、检验结果互认。

（四）促进医防协同，实现全流程健康管理。

1. 加强慢性病防治机构和队伍能力建设。发挥中国疾病预防控制中心、国家心血管病中心、国家癌症中心在政策咨询、标准规范制定、监测评价、人才培养、技术指导等方面作用，在条件成熟地区依托现有资源建设心血管病、癌症等慢性病区域中心，建立由国家、区域和基层中医专科专病诊疗中心构成的中医专科专病防治体系。各地区要明确具体的医疗机构承担对辖区内心脑血管疾病、癌症、慢性呼吸系统疾病、糖尿病等慢性病防治的技术指导。二级以上医院要配备专业人员，履行公共卫生职责，做好慢性病防控工作。基层医疗卫生机构要根据工作实际，提高公共卫生服务能力，满足慢性病防治需求。

2. 构建慢性病防治结合工作机制。疾病预防控制机构、医院和基层医疗卫生机构要建立健全分工协作、优势互补的合作机制。疾病预防控制机构负责开展慢性病及其危险因素监测和流行病学调查、综合防控干预策略与措施实施指导和防控效果考核评价；医院承担慢性病病例登记报告、危重急症病人诊疗工作并为基层医疗卫生机构提供技术支持；基层医疗卫生机构具体实施人群健康促进、高危人群发现和指导、患者干预和随访管理等基本医疗卫生服务。加强医防合作，推进慢性病防、治、管整体融合发展。

3. 建立健康管理长效工作机制。明确政府、医疗卫生机构和家庭、个人等各方在健康管理方面的责任，完善健康管理服务内容和流程。逐步将符合条件的癌症、脑卒中等重大慢性病早诊早治适宜技术按规定纳入诊疗常规。探索通过政府购买服务等方式，鼓励企业、公益慈善组织、商业保险机构等参与慢性病高危人群风险评估、健康咨询和健康管理，

培育以个性化服务、会员制经营、整体式推进为特色的健康管理服务产业。

（五）完善保障政策，切实减轻群众就医负担。

1. 完善医保和救助政策。完善城乡居民医保门诊统筹等相关政策，探索基层医疗卫生机构对慢性病患者按人头打包付费。完善不同级别医疗机构的医保差异化支付政策，推动慢性病防治工作重心下移、资源下沉。发展多样化健康保险服务，鼓励有资质的商业保险机构开发与基本医疗保险相衔接的商业健康保险产品，开展各类慢性病相关保险经办服务。按规定对符合条件的患慢性病的城乡低保对象、特困人员实施医疗救助。鼓励基金会等公益慈善组织将优质资源向贫困地区和农村延伸，开展对特殊人群的医疗扶助。

2. 保障药品生产供应。做好专利到期药物的仿制和生产，提升仿制药质量，优先选用通过一致性评价的慢性病防治仿制药，对于国内尚不能仿制的，积极通过药品价格谈判等方法，合理降低采购价格。进一步完善基本药物目录，加强二级以上医院与基层医疗卫生机构用药衔接。发挥社会药店在基层的药品供应保障作用，提高药物的可及性。老年慢性病患者可以由家庭签约医生开具慢性病长期药品处方，探索以多种方式满足患者用药需求。发挥中医药在慢性病防治中的优势和作用。

（六）控制危险因素，营造健康支持性环境。

1. 建设健康的生产生活环境。推动绿色清洁生产，改善作业环境，严格控制尘毒危害，强化职业病防治，整洁城乡卫生，优化人居环境，加强文化、科教、休闲、健身等公共服务设施建设。建设健康步道、健康主题公园等运动健身环境，提高各类公共体育设施开放程度和利用率，推动有条件的学校体育场馆设施在课后和节假日对本校师生和公众有序开放，形成覆盖城乡、比较健全的全民健身服务体系，推动全民健

身和全民健康深度融合。坚持绿色发展理念，强化环境保护和监管，落实大气、水、土壤污染防治行动计划，实施污染物综合控制，持续改善环境空气质量、饮用水水源水质和土壤环境质量。建立健全环境与健康监测、调查、风险评估制度，降低环境污染对健康的影响。

2. 完善政策环境。履行《烟草控制框架公约》，推动国家层面公共场所控制吸烟条例出台，加快各地区控烟立法进程，加大控烟执法力度。研究完善烟草与酒类税收政策，严格执行不得向未成年人出售烟酒的有关法律规定，减少居民有害饮酒。加强食品安全和饮用水安全保障工作，推动营养立法，调整和优化食物结构，倡导膳食多样化，推行营养标签，引导企业生产销售、消费者科学选择营养健康食品。

3. 推动慢性病综合防控示范区创新发展。以国家慢性病综合防控示范区建设为抓手，培育适合不同地区特点的慢性病综合防控模式。示范区建设要紧紧密结合卫生城镇创建和健康城镇建设要求，与分级诊疗、家庭医生签约服务相融合，全面提升示范区建设质量，在强化政府主体责任、落实各部门工作职责、提供全人群全生命周期慢性病防治管理服务等方面发挥示范引领作用，带动区域慢性病防治管理水平整体提升。

慢病管理工作计划篇五

我们的生命活动是离不开饮食支撑的，但是我们的饮食又离不开消化吸收，因为只有消化和吸收我们的身体才能从食物当中吸取养分。我们在练习太极拳的时候，是需要进行腹式呼吸的，推动膈肌的升降运动，通过胸腹的运化带动我们的肠胃进行积极的蠕动，这样也能有效的促进唾液的分泌，有效的提高我们的消化能力和吸收能力，当一个人的消化吸收状况达到最好的状态的时候，那么这个人的身体也就是很健康的了。

练习太极拳是可以促进我们身体的新陈代谢的，也能疏通血

管，如今我们的生活压力越来越大饮食和精神都会失衡，从而导致心血管疾病的发病率越来越高，严重威胁着我们的身体健康。

我们身体的运动在神经系统的作用下骨骼肌产生收缩从而带动骨头进行各种各样的活动，这样我们的身体才能直立于世，行走在天地间，做出各种各样优美的动作。但是由于这是负力完成的，所以运动受伤的几率又是很大的，随着年龄的增长，骨质增生的情况就会出现。打太极拳就能完全避免这个情况，太极拳能预防中风和各种骨类疾病，让我们保持挺拔的身姿和轻盈稳健的肢体动作。

太极拳是一种内外兼修，动静结合的拳术，长期坚持练习太极拳对我们的身体有很多的好处，对于一下慢性病都有很好的改善作用。现在很多人都喜欢练习太极拳。太极拳是一项复杂的运动项目，太极拳讲究的是松、静、柔、深，在练习的过程中要求身体和精神都达到完全的放松。

练拳时动作轻柔圆活，不用紧张用力。由于全身放松，血管也就放松，便能促使血压下降，增强血管弹性，加强心肌的营养，有利于防治各种心血管疾病。

静是安静、沉静，全神贯注，摒除杂念，这对调节大脑皮层和植物神经系统的功能独特的作用，对治疗神经衰弱有很好的效果柔是动作柔和、连贯、不急不躁、上下相随、内外结合，眼随手转、步随身换，使全身各部位器官有机配合，能提高神经系统的调节功能有和改善各器官之间的协调配合，从而增强人体各方面的功能，促进新陈代谢，提高对外界的适应能力和抗病能力。

太极拳采用的呼吸方式也跟其他的运动项目不同，太极拳采用是腹式呼吸的方式，这种非呼吸方法能够将气沉丹田，从而增加肺活量。

太极拳又是以腰为轴，腰部活动能促使腹腔血液循环，增进胃肠蠕动和消化液的分泌，对肝脏也有按摩作用，能改善消化系统功能，消除肝脏瘀血，改善肝功能，对有消化系统疾患和肝炎患者有很好的作用。总之太极拳是一种温和的全身运动，对身体各方面都有好处，并适合年老、体弱和病情较轻的冠心病，肺结核、肝炎乃至癌症患者练习，强烈均可，老幼皆宜。

练拳最好在阳光充足、空气新鲜、地面*坦、环境幽静的室外或室内进行。在阳光下运动有许多好处，可以多接受紫外线的照射。一般，在阳光斜射时练习较好。在夏季，体弱者更应避免在直射光线下练习，可借树荫等透入光线的地方练习为宜。

空气越新鲜越好。空气污浊，多含二氧化碳、烟灰、尘埃、细菌等物，吸入肺内是不利健康的。

初学者和体弱有病者最好在*坦宽敞的地方练拳，以便立稳。但熟练后地面不*坦也可以练习，这对脚的适应力还有好处。有益于推手技术提高。

环境幽静容易做到精神集中，情绪镇定。这对初学者尤为重要，因为初学者最容易受外界事物的刺激。如果没有幽静处所，就“闹中取静”进行锻炼，时间长了也可以适应。另外，集体练习，也可配音乐，能使动作整齐，节奏分明，也有助于初学。

有人说雾天练习太极拳对健康不理。这个问题要具体分析。空气中的水蒸气迁冷而凝结成小水珠，浮游在接近地面的空间，形成了雾。如果在空气新鲜而有雾的地区练拳，对身体健康并没有不良影响。

在烟尘和废气较多的地方。本来就不宜练拳。废气多的地区有雾时空气更坏，因为雾会使大气污染物不能及时扩散和稀

释，所以雾天练拳要避开空气污染的地段。

慢病管理工作计划篇六

党史学习教育开展以来，我县多措并举，把“我为群众办实事”实践活动作为党史学习教育的重要内容和突出抓手，坚持问题导向，立足群众需求，真心实意为群众办好事、办实事、解难事，不断增强人民群众获得感、幸福感、安全感。

（一）动员部署有“速度”。x月x日上午，在全州党史学习教育启动会后，xx县迅速召开县党史学习教育启动会，县委先后召开常委会和领导小组第一次工作会议，第一时间传达学习、动员部署。各乡镇、各部门迅速跟进，结合实际制定学习教育方案和“我为群众办实事”实践活动方案，召开相关部门业务工作碰头会，工作快速推进，“我为群众办实事”干得是热火朝天。

（二）问题聚焦有“实度”。聚焦解决民生实事这个靶心，各级党组织采取调查研究、入户走访、个别访谈、召开座谈会、广泛听取基层党员群众、工作服务对象的意见建议。同时，认真梳理县委、县政府重点民生实事反映的问题，县人大、县政协议案提案指出的问题，上级巡视巡察发现的问题，多渠道征求意见，深层次查摆，切实把问题找全找实、把根源挖深挖透、把群众期待摸清摸准。截至目前，县委常委班子共梳理实事计划xx项。广泛动员县直xx个党组织xxx名在职党员到社区开展“双报到双服务双报告”活动，以多种形式深入基层、深入一线、深入群众，把密切联系群众和服务群众作为实践活动的根本，全面解决好群众各类问题，为报到的社区解决实际困难xx件，截至5月27日，全县广大党员，共开列为民办事清单xxx件，累计完成xxx件。

（四）志愿送暖有“温度”。广泛发动全县x个党组、x个党委、x个工委、x个总支、x个支部、x名党员组建志愿服务队，以主

题实践、固定党日等形式，深入开展“我为群众办实事”扶贫帮困、环境整治、义务献血、知识讲座、法律政策科普等志愿服务活动xxx余场。活动中，志愿者们身着红马甲，走进社区基层、走进田间地头、走进困难家庭，与群众面对面沟通交流、心贴心纾难解困，以多种多样的形式为群众送关怀、送服务、送温暖，将党史学习教育成果转化为为民服务的内生动力，实现基层志愿服务既有高度又有温度，既接地气又聚人气。

（六）服务发展有“广度”。全县各行业各系统结合“五项重点任务”，聚焦各类利民惠民项目，立足行业部门实际，结合工作职能职责，制定为民服务解难题清单，帮助群众办理一批利民惠民实事，让办实事成果切实服务于全县经济社会发展。

二是“我为群众办实事”未形成系统性，全面推进仍需加大各行业各系统的统筹和指导，对推动各项工作的有效开展缺乏强有力的抓手。

三是部分单位的相关负责人对文件精神没有吃透，加之巡回指导组没有安排跟进指导，对“我为群众办实事”实践活动理解存在偏差，责任压实不够。

一是参照州级方案，及时启动推进巡回指导组指导工作，把“我为群众办实事”实践活动方案再细化，操作更具体，更能走深走实，工作推进更加的顺畅有效，取得实实在在的成效。

二是对广大党员再号召再动员，进一步发挥党员在基层各项治理工作的先锋模范作用，从最困难的事情入手，从最突出的问题抓起，从最现实的利益出发，用心用情用力解决基层的困难事、群众的烦心事，强化作xxx员的责任和使命，切实增强人民群众的获得感、幸福感、安全感。

三是对“我为群众办实事”的民生事项再梳理，把已做的再完善，准备要做的做实做细，把能做得想的再具体，更有实操性，力争为庆祝建党百年华诞做出不一样的贡献。

慢病管理工作计划篇七

一、落实基本公共卫生服务规范，建立慢病基础信息管理系统。认真做好基本公共卫生慢病项目月报工作。

二、规范做好慢病筛查工作。督导村医生利用建立居民健康档案和组织居民进行健康体检等多种方式，早期发现高血压、糖尿病患者，提高高血压、糖尿病的早诊率和早治率。

三、主动开展各项干预服务工作。加强慢病高危人群的健康管理，同时对其进行合理膳食、适当运动、控烟限酒等生活方式的干预指导，不断调整干预强度，必要时进行药物预防。

四、加强高血压、糖尿病患者的社区随访管理，每年定期随访行为干预和治疗指导不少于4次，以提高规范管理率和控制率。提高高血压、糖尿病患者的自我保健意识。

五、定期开展高血压、糖尿病专题知识讲座及大众宣传，普及社区居民高血压、糖尿病防治知识，控制各种危险因素，提高人群健康意识。

慢病管理工作计划篇八

（一）慢性病危险因素监测：在卫生局、疾控中心领导的大力支持下，对我县个乡镇个行政村共计人进行了慢性病危险因素监测工作。问卷经过审核、回访、整理、评估数据库共录入份问卷。调查了被调查对象构成情况、吸烟情况、饮酒情况、就餐情况、身体活动情况、高血压调查情况、糖尿病调查情况。针对调查内容分析出超重、肥胖、高血压、糖尿病、精神卫生等结果。分析显示15—74岁高血压患病率

为，5—74岁糖尿病患病率为。

（二）慢性病督导考核工作：在卫生局带队下完成对乡镇公共卫生服务次的督导及考核工作，针对督导中存在的问题进行了指导并提出整改性建议。

（三）xx县全民健康生活方式行动启动工作：为提高我县全民健康意识和健康生活方式的行为能力，降低慢病危险因素，创造长期可持续的支持环境，今年9月份启动全民健康生活方式行动工作。组织县直医疗单位、县疾控中心、县卫生监督所、乡镇卫生院共计千余人的健步走活动。对参加活动的人员和群众免费发放了控油壶、限盐勺、折页、倡议书、全民健康生活方式核心信息书刊组成的大礼包余套，并重点讲解了控油壶、限盐勺的正确使用方法和作用。展示了健康生活方式方面的展板余块。前来观看的群众达500余人次，接受咨询的群众达450余人次，发放全民健康生活方式行动倡议书和折页3000余份。为创造可持续性的健康生活环境，以后逐步创造健康食堂、健康社区、健康单位、健康餐厅等示范性单位。

（四）截至今日完成6个慢病防治卫生宣传日的宣传活动工作，即“世界无烟日”、“全民健康生活方式日”、“爱牙日”、“全国高血压日”、“世界精神卫生日”、“联合国糖尿病日”。利用健康教育宣传栏、制作健康知识展板、开展健康咨询、制作发放宣传资料等形式，开展各种疾病防治知识传播，共计制作宣传材料8000份，发放5000余份，接受咨询达5000余人次。

（一）*及卫生行政部门对慢性病防治工作重要性的认识严重不足。

*或卫生行政部门没有协调好相关部门的关系，没有明确各部门的责任。

(二) 专业技术人员力量不足。

随着基本公共卫生力度的加深及重视，对慢性病防治（高血压、糖尿病、重性精神疾病）健康教育的工作技术要求越来越严格，专业技术水*越来越高，所以就需要一定数量的慢病防治专业工作人员匹配当前的工作。

(一) 抓住机会、逐步深入。

在以后慢性病防治工作（项目工作、公共卫生工作）在做好本职工作的前提下，在一定基础上逐步深入、全面开展。

(二) 加强专业学习。

在外因充足的情况下，如果不加强自身学习、慢性病防治工作的有效开展就无法顺利进展。所以加强人员业务学习和培训，提高了自身业务技能是当务之急。

——慢性病个人申请书

慢病管理工作计划篇九

(一) 扎实开展健康知识宣传活动。

(二) 关注空巢老人健康行动。

关注空巢老人的身体健康，为空巢老人建立的帮扶对象，一对一服务。老年人健康促进项目组定期入户走访空巢老人家庭，探望他们的身体健康状况，宣传安全与健康知识，帮助做些家务，使这些空巢老人心情愉悦，对空巢老人健康长寿尽一份力。

(三) “爱心助老志愿者”健康行动。

一是入户服务。老年人健康促进项目组组织志愿者走访有精神障碍、身体长期生病的老人弱势群体，耐心地和老人沟通，听取老人的需求，通过这样的交谈倾诉，排解了老人的精神寂寞，让老人的晚年也能得到情感上的慰藉。老年人健康促进项目组为专业特长的志愿者配发血压计、听诊器等设备5套，组织志愿者联合开展入户健康服务活动，为身体状况不便出门的老年人进行健康体检服务，对老年人健康提出建议，送社区和社会的关爱。

二是小区义诊活动。华兴服务处坚持每年开展便民义诊活动□20xx年，由老年人健康促进项目组组织一些有专业特长的志愿者和辖区医院的志愿者参加，为老年人健康助力。他们为老年人进行义诊和健康咨询，对老年人关心的健康问题、安全用药问题进行解答，每年接受义诊的老年人约1000余人，深受居民的欢迎。

（四）关注高龄老年人健康行动。

多年来，我们关注高龄老人，坚持为社区高龄老人过生日，为金婚老夫妇照纪念影，送去社区组织的温暖。社区服务站建立了高龄老人管理台帐，每年排出老人的生日日程表□20xx年，老年人健康促进项目组将一活动注入健康新意，和站领导、社区党支部书记、区长、爱心助老志愿者一起，手捧鲜花和生日蛋糕，带着最美好的祝福探望老人，为老年人过一个别致的生日，并为老人进行健康检查和用药安全检查，为老年人的健康长寿送去祝福。

（五）为老年人安全用药把关，为老年人健康出力。

根据社区老年人希望能学习到正确的常见病用药知识；希望社区管理者及时清理在社区推销虚假药物、发放医药小广告人员等等需求，老年人健康促进工作组联合社区医院的医师和“爱心助老志愿者”，组成居家用药检查小组进入社区长期服药的老年人家中，开展询问老人服用药物情况，针对老人

常用药品给予专业指导，为老人识别清查家中过期药品等服务活动。20xx年开展的检查服务活动，检查老年人住户269户，清理过期药品69件。与此同时，老年人健康促进工作组联合辖区巡逻队，对在小区推销虚假药物、发放医药小广告人员进行专项整治和清理。这次行动清除推销虚假药物和发放医药小广告人员13人，清除墙头推销虚假药物小广告余处。

（六）持续做好老年人健康体检工作，为老年人健康把关。

坚持做好老年人健康体检工作，为老年人健康把脉。仅20xx年就为离退休老同志体检7000余人。老年人健康促进项目小组克服体检人数多、年龄大、居住分散，体质、性格各异等诸多困难，搀扶或背负行动不便的老年人配合社区医院进行体检，确保体检任务如期完成。

（七）持续做好老年人健康教育，指导老年人科学养生。

每年不定期的聘请社区医院专业医师举办居民健康知识讲座，在此基础上，老年人健康促进项目小组又在各社区服务站开办了老年人健康知识讲座，使社区居民更好地了解健康知识和理念，减少盲目就医或购买假药，促进健康生活。老年人健康促进项目小组还为老年人购买了健康知识手册，发放给老年人和身体多病居民，让他们从中受益，指导健康生活。

（八）组织老年人开展形式多样的健康娱乐活动。

20xx年来，老年人健康促进项目小组和处工会一起，以文化（体育）艺术节为抓手，发挥老年文体骨干、文体协会和文化场馆作用，联合开展贴近生活、贴近群众、贴近实际、喜闻乐见、全员参与的文化艺术体育活动，激发老同志的参与热情，丰富了社区文化生活，不断满足社区居民多层次、多样化、多品位的文化需求，有力地促进了社区和谐稳定。老同志们乐在其中，锻炼身体，愉悦身心，陶冶情操。20xx年，我们共举办文体活动23场次，参加活动的老年人约6000人次。

通过以上活动，社区老年人的健康安全素质得到了进一步提升，对去年抽样调查的100名社区居民进行回访，对开展本项目的满意率达90%以上。社区老年人健康安全知识的知晓率提升到92.5%。危害因素：饮食结构不合理、体育或休闲活动不适宜、运动量不合理、用药不安全、作息时间不规律等得到有效改善。

慢病管理工作计划篇十

1、严格执法，依法办理婚姻、收养登记。在工作中，严把政策关，做到依照法律、法规办事。登记过程中，严格依照法定程序办理婚姻登记及收养登记，截止到6月15日共办理结婚登记968对，离婚登记64对，补发婚姻证件59对，涉外结婚登记2对，出具(无)婚姻登记记录证明36份；收养登记10件，登记合格率100%。

2、开展优质服务，营造温馨窗口。婚姻登记服务中心是对外服务窗口，在为当事人办理婚姻登记过程中，推行文明用语，杜绝服务忌语，不断完善登记窗口的规范化管理。对前来办理登记的群众实行一次性告知，对符合要求的当场予以办理，提高婚姻登记服务水*，大力推进人性化婚姻登记工作。根据省厅的要求于1月1日实现了婚姻登记在线实时登记和婚姻管理信息化及安装了第二代身份证阅读器。实现婚姻登记信息化管理以来，极大地提高了工作效率，规范了婚姻登记，方便了群众办事，实现了部门间的资源共享。安装第二代身份证阅读器后，大大提高了登记效率和减少输入的差错，并能辨别第二代身份证的真伪。受到社会各界、人民群众尤其是婚姻登记当事人的一致好评。

3、做好婚检和信息通报工作。认真宣传婚检，1-6月份婚检率100%。每月月底与计生、妇幼等相关部门通报本月的结婚登记信息情况。

4、做好婚姻、收养登记资料的收集、整理。在做好婚姻、收

养登记的同时，注重各种资料的收集、整理。2月份完成上年度的婚姻、收养登记档案归档。现已完成今年1-5月份婚姻档案的归档。

以*理论、“*”重要思想为指导，全面贯彻落实科学发展观。参加县局开展的学习实践科学发展观活动，并做好笔记；按照科学发展观的要求查找自身差距和不足，提高认识，做好整改措施。学习实践活动开展以来，我们注重学用结合，用先进理论引领发展实践，着力强化工作人员的业务水*和应急能力。并积极参加各项学习活动，组织工作人员学习业务知识，通过学习，全面提高工作人员的政治素质和业务能力。不断地加强世界观、人生观和价值观的教育和改造，塑造婚姻登记的行政执法形象，充分体现婚姻登记工作以人为本，执政为民的理念。