

# 慢病工作计划乡镇卫生院 慢病工作总结(优秀5篇)

制定计划前，要分析研究工作现状，充分了解下一步工作是在什么基础上进行的，是依据什么来制定这个计划的。怎样写计划才更能起到其作用呢？计划应该怎么制定呢？下面是小编为大家带来的优秀计划范文，希望大家能够喜欢！

## 慢病工作计划乡镇卫生院 慢病工作总结篇一

### 一、取得成绩

#### 1、建立组织

我们成立了以院长为组长，防保所长为副组长，卫生院和防保所相关人员为成员的领导小组。并定期开会，讨论各自所遇到的问题以及解决的方法。做到分工到人，随职责明确。

#### 2、慢病管理措施

慢病调查是慢病管理的重要环节，我们结合农民健康教育在全镇8个村进行慢病宣传工作，抽调了卫生院和防保所相关人员参与宣传。同时在各村，我们还安排了村医协助宣传工作。

#### 3、慢病管理

35岁以上人群测血压5495人次，累计建档2921，建档占总人口的11.05%；糖尿病建档870人，建档占总人口的35.3%；恶性肿瘤新发现32人，死亡31人，累计建档122人；居民死亡上半年共98人，死亡率为3.98%。

#### 4、65岁以上老年人体检

65岁以上老年人上半年免费体检567人。

## 5、居民健康档案

居民健康档案累计19847人，近1年来有动态记录18854人。

## 二、存在问题

1、大多数居民已进意识到慢病防治的重要性，但由于自身条件以及农民生活局限性，没有精力、时间等重视此项问题，所以对慢病的防治有一定的障碍性。

2、65岁以上老人建档，发现慢性疾病，但由于经济原因，不及时到医院就诊或口服一些价格便宜疗效差的药物，导致慢病防控效果不够显著。

3、由于中医资源缺乏，使得老年人中医药服务工作难以开展，即使开展很难得到预期效果。

3、慢病的工作量巨大，村级工作人员无新生力量，从精力及以学历等都有障慢病工作开展的质量，效率得不到提高。

## 三、今后打算

3、通过每年65岁老年人体检工作，增加体检项目，提高体检质量，使老年人感受到体检好处，认可慢病防治工作，以便慢病工作开展更加有效、顺利！

## 慢病工作计划乡镇卫生院 慢病工作总结篇二

在20xx年开学初，我校制定了《韩吉学校教师慢性病防治工作计划》，对学校教师的慢性病防治工作做了明确的要求与安排，配备兼职的慢病防治人员，通过半年的工作，建立了

教师慢性病防治报告卡，对高血压、糖尿病等的病例进行建档。

## 二、建立高血压档案

我校利用现有资料，对高血压和糖尿病患者进行管理，对他们进行了培训，从而提高高血压和糖尿病病人的自我管理技能，减少或延缓高血压及糖尿病并发症的发生。

## 四、积极进行宣传，让广大教师都明白慢性病的危害

## 五、大力宣传，普及慢病知识

利用高血压日、心脏病日、糖尿病日、精神卫生日、世界无烟日、爱牙日、爱眼日等重大卫生宣传日，举行多种形式的宣传活动，如印制专题宣传材料，张贴标语等。在活动日结束后及时将活动情况备档。

在今后的工作中，我们也将一如既往的认真贯彻市、区对慢病综合防治的精神，在上级领导的指导下，做好慢病综合防治工作，从而努力推动以健康教育和健康促进为主要手段的慢性疾病的综合防治，提高教师的健康水平和生活质量。

## **慢病工作计划乡镇卫生院 慢病工作总结篇三**

一、建立健全慢性病防治网络，形成以耿镇卫生院为核心，耿镇村卫生室为基准，逐层深入的慢病防治网络体系，使慢病工作长久、持续、顺利地展开。

二、我院每季度召开慢病防治工作例会，传达有关会议精神，总结前一阶段工作，布置下一阶段工作任务。

根据有关文件要求完成每年一次的社区诊断，内容包括基本人口学资料；影响本辖区居民的主要行为危险因素，并进行各

种危险因素的分析;对辖区居民主要,慢病患者情况,就诊情况,死因顺位,死因构成进行统计分析。根据各类居民健康需求制定防治策略及措施。

三、慢病干预:针对不同人群开展慢病相关知识讲座,每季度至少一次,促进居民改变不良生活方式,减少疾病发生。并结合全年各种慢病宣传日,如高血压日、糖尿病日等开展宣传活动,使慢病防治知识广泛普及。强化健康信息传播,提高慢病知识知晓率。

四、高血压、糖尿病高危人群的健康指导和干预:

(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。

以上是我院慢病全年来工作的具体情况,虽然取得了一些成绩,但据上级领导和辖区内居民的要求还有一定的差距。我们一定会克服困难,更加努力搞好慢病管理工作,使辖区内慢病的发病率控制在有效范围内,更好地为辖区居民的健康贡献我们的绵薄之力。

## 慢病工作计划乡镇卫生院 慢病工作总结篇四

20xx年我站慢病工作在县疾控中心的具体指导下深入社区，大力开展慢病防制工作以高血压、糖尿病为重点，结合控烟、控酒、饮食干预等措施，积极开展健康宣教与降低人群主要危险因素，有效地控制辖区慢病的发病率和死亡率。

医务人员坚持以病人为中心，以服务对象满意为宗旨，紧紧抓住辖区居民关心的慢病问题。不断完善服务内容，改进办事程序、服务方式、管理制度，尽最大努力服务对象提供方便让大家满意。做到自觉把“医德医风规范”落实到医疗服务工作中，进一步恪守服务宗旨，增强服务意识，提高服务质量，树立全新的医院文明形象。

### 1、强化慢病防制网络工作：

为了加大信息工作力度，提高信息数量和质量，提升医院整体形象，推进慢病防制的规范。成立慢病工作小组设专兼职人员。宣传员深入社区。积极落实慢病防制工作的计划，开展各项慢病防制工作。促进全年信息工作目标任务的完成。

### 2、定期开展自查工作，及时纠察纰漏

我站定期开展自查工作，严格按照县疾控中心的要求，对慢病各项工作举行日常自查工作，及时纠察纰漏，不断提高工作质量，同时针对上半年考核中存在的问题，我们认真分析，积极改正，截至9月份，高血压53人，糖尿病14人，针对不同阶段居民健康状况、热点咨询问题，我们定期举办了高血压、糖尿病等慢病的预防知识健康讲座，向广大居民传递了高血压病和其他慢性病的防治知识，带领着居民群众，走出了对高血压及其他慢性病认识的误区和盲区，同时一定程度上解决了社区居民看病难、看病烦的问题，真正架起了医患之间、社区和群众之间的连心桥，为社区居民的健康撑起了保护伞。

1、开展社区主要慢病的健康教育举办讲座、咨询、义诊等活动，受益居民近千人次。发放教育处方4余种，共近200份。

2、进一步加大慢病健康教育力度。以三病防治知识为重点，利用“3.24世界防治结核病日”、“4.26全国疟疾日”、“10.8全国高血压日”、“11.4世界糖尿病日”、“12.1艾滋病日”等宣传日，组织开展多种形式的宣传教育讲座活动，普及防病知识。接受咨询30余人次，发放宣传资料20余份。

20xx年本站慢病防制工作取得显著成绩，需要每位医务人员共同努力协调。更需要街道居委会居民共同配合完成。在改善辖区居民健康知识，健康行为的同时提高医务人员健康素养，从而推广到整个辖区。但也存在不足之处，内部制度化、规范化管理还有待加强，社区医生队伍建设有待整体提高，高血压俱乐部活动有待进一步拓展。在今后的工作中，我们进一步探索疾控机构科学规范管理的新机制，进一步拓展慢性病预防控制服务的新功能，加强社区医生素质培养，努力开创慢性病预防控制工作的新局面。

## **慢病工作计划乡镇卫生院 慢病工作总结篇五**

20xx年我镇大力开展以高血压、糖尿病为重点的慢病防制工作，并结合控烟、控酒、饮食、心理干预等措施，积极开展健康宣教与促进，降低人群主要危险因素，有效地控制辖区慢病的发病率和死亡率。

结合上级文件精神，不断提高慢病管理人员职业道德修养，确保医务人员坚持以病人为中心，以服务对象满意为宗旨，紧紧抓住辖区居民关心的慢病问题。不断完善服务内容，改进办事程序、服务方式、管理制度，尽最大努力服务对象提供方便让大家满意。不断完善服务内容，改进办事程序、服务方式、管理制度，尽量大努力服务对象提供方便让大家满意。进一步恪守服务宗旨，增强服务意识，提高服务质

量，树立文明新形象。

2、慢性非传染性疾病的患病率不断上升、医疗费用的逐年增长已成为我国一个突出的社会问题，老年人群的经济能力有限并且相对固定，和其相对巨大的医疗需求之间构成了矛盾，这就需要优质经济的服务，而预防保健和健康教育是最佳投入效益的干预，加强慢病管理可以缓解“看病难、看病贵”的问题。

3、定期开展自查工作，及时纠察批漏

定期开展自查工作，严格按照区疾控中心的要求，对慢病各项工作举行日常自查工作，及时纠察批漏，不断提高工作质量，同时针对考核中存在的问题，我们认真分析，积极改正。

4、定期宣传、培训慢病知识

血压随访19672人次，糖尿病规范化管理799人，规范化管理率80%，糖尿病随访2667人次。本年度年新发现精神型疾病患者1名，规范管理234人，第一季度随访234人，第二季度随访232人，第三季度随访230名，第四季度随访229名。规范化管理率在90%以上。

通过健康教育讲座、义诊等方式提高居民的慢性病防治意识，共发放慢性病防治资料万份。通过对慢性病病人的规范化管理，降低了慢性病病人的慢性病复发率和致残程度，提高了慢性病病人的病后生活质量，实现了大病进医院，小病进社区的服务模式，有效解决了社区群众“看病难、看病贵”的问题，以“优质、方便、廉价”的服务，赢得了百姓的初步认可。

本年度中，我中心在慢性病管理方面虽取得了一定的成效，但仍然存在不足之处：团队医生进社区工作开展的还不够深入；健康体检中临床医生与公共卫生人员工作结合相对缺少

默契。以上不足之处我中心将列为今后慢性病管理重点工作，力争有所突破。我们相信，在上级高度重视、部门的正确指导下，社会各界的大力支持本中心，在职工的不断努力下，我中心的慢性病管理工作一定会迈上一个新的台阶。

20xx年12月24日

xx卫生院