

最新慢病工作半年总结(模板8篇)

总结是对某一特定时间段内的学习和工作生活等表现情况加以回顾和分析的一种书面材料，它能够使头脑更加清醒，目标更加明确，让我们一起来学习写总结吧。总结怎么写才能发挥它最大的作用呢？以下我给大家整理了一些优质的总结范文，希望对大家能够有所帮助。

慢病工作半年总结篇一

一、认真落实慢病防制指导思想

2011年我乡慢病工作在疾控中心的具体指导下深入社会，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、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。

二、结合县卫生局、县疾控中心的指导，提高慢病管理人员职业道德修养

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。做到逐个家访，进一步恪守服务宗旨，增强服务意识，提高服务质量，树立全新基层卫生服务中心文明新形象。

三、慢病防制的内容及措施

1、强化慢病防制工作

为了加大工作力度，提高质量，推进慢病防制的规范。成立

慢病组织机构。乡卫生院，宣传深入各村各户积极落实慢病防制工作的计划，开展各项慢病防制工作。形成了一个上下贯彻、快速互动的信息采集网络，尽力促进全年工作目标任务的完成。

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

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，向广大居民传递高血压病、糖尿病及其他慢病的防治知识，带领着居民群众，对高血压及其他慢性病认识的误区和盲区，给任重而道远的卫生院预防保健工作打下了坚实的根基，同时一定程度上解决了居民看病难、看病烦的问题，真正架起了医患之间、群众之间的连心桥，为居民的健康撑起了保护伞。

四、工作体会，存在的问题、打算

1. 2011年慢病防制工作取得显著成绩，这要归功于上级的领导，各村居委会领导的共同努力协调。2. 在改善各村居民健康知识，同时增加业务水平。但也存在不足之处，规范化管理还有待加强，各村卫生室医务人员的水平有待整体提高，

高血压、糖尿病宣传培训活动有待进一步拓展。3. 在今后的
工作中，我们将以十六大精神为指导，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，努力开创慢性病预防控制工作的新局面。

坪坝乡卫生院

2011年12月31日

慢病工作半年总结篇二

2016年慢性病防控工作计划

一、学生防肥胖工作

加强健康教育，提高肥胖危害性知晓度。针对学生家长，开
展学生合理营养的健康宣教，利用家长会等机会，进行多方
面内容的专题讲座；扩大宣传覆盖面，提高肥胖危害知晓度。

加强体育锻炼，帮助肥胖学生增强体质。认真上好体育课，
加强体育课堂教学管理，对体育课运动负荷进行评价，指导
学生科学锻炼。认真组织做好广播操，上好体育活动课，提
高学生对体育锻炼的兴趣，培养学生养成良好的锻炼习惯。

加强肥胖监测，掌握学生肥胖发生状况。定期对学生进行体
质监测，并对体质监测资料进行分析，了解学生肥胖发生总
体情况，建立超重或肥胖学生档案，作为肥胖干预的重点对
象。

加强家校沟通，指导家长落实配合工作。对肥胖学生或有肥
胖趋势的学生要及时与家长取得联系，并同步加强对家长的
健康教育，指导家长为学生提供营养均衡的膳食，并督促学
生适量运动。家长与学校相互配合，共同控制学生体重。

增加学生活动量，合理膳食，积极帮助学生控制体重，增强体质。

二、学生防龋齿工作

提高认识，高度重视儿童龋齿防治工作。龋齿被世界卫生组织列为仅次于癌症、心血管疾病的第三大非传染性疾病，龋齿的高发期为6-14岁。龋病已严重影响中小学生的身体健康，卫生部已将中小学生和幼儿园幼儿列为开展牙病防治、促进口腔健康的重点人群。因此，有计划地开展学生口腔疾病综合防治，加强学生口腔健康教育，培养良好的口腔卫生习惯，进行口腔健康检查，推广应用科学有效的口腔疾病预防适宜技术，对改善中小学生口腔健康状况，提高学生口腔健康水平具有重要意义。认真组织，落实龋病防治措施。

一是在小学开展集体刷牙培训，使学生掌握正确的刷牙方法，正确选用牙膏和牙刷，提高正确刷牙率。

二是加强龋病监测与干预治疗，定期组织对学生龋齿检查，对查出的龋病患者及时进行填充治疗。

三、有条件的并在学生、家长知情自愿的原则下，开展滴涂氟保护漆防龋工作。

动参与防治工作。

二〇一六年二月二十日

慢病工作半年总结篇三

2012年社区慢性病防治工作计划（框架）仅提供参考！

为切实加强并做好我社区慢病防控工作，按照国家基本公共卫生服务规范（2011版）和国家、省、市、区的相关工作规

范等文件的精神，特制定今年慢病防治工作计划。

一、工作目标：

1、高血压防治工作目标

2、糖尿病防治工作目标

3□.

.....

4□.

等内容

二、具体措施

建立健全慢病管理工作制度，工作流程和质量控制等规章制度。加强自我检查。

（一）落实基本公共卫生服务规范

1、认真做好基本公共卫生慢病项目月报、季度及年度报表的报告工作，于每月日前将上一月慢病工作开展情况上报区慢性病防治机构。

2、规范做好慢病筛查工作。利用建立居民健康档案和组织居民进行健康体检、义诊、宣传等多种方式，早期发现高血压、糖尿病患者，提高高血压、糖尿病的管理率。

3、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，定期监测危险因素水平，高危人群每半年测量血压1次，每年检测空腹血糖1次，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。

4、加强高血压、糖尿病患者的随访管理，每年面对面地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。高血压、糖尿病规范管理率分别不低于%，血压、血糖控制率分别不低于%、%，提高高血压、糖尿病患者的自我管理知识和技能。完成2012年市卫人委下达的高血压、糖尿病患者管理任务指标。

5、大力推进健康教育与健康促进行动。加强慢病防控健康教育和健康促进工作，采取多种形式，利用各种慢性病预防控制相关的健康主题日，开展相关主题活动。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。

（二）积极创建慢性非传染性疾病预防示范区

为了加强我社区慢病防控工作队伍建设，按照国家、省、市的工作规范和要求，建立定期接受指导和培训制度，专业人员每年接受上级技术指导和培训不少于次。

（四）定期开展工作评估

2、效果评估：高血压、糖尿病防治知识知晓率，管理率、规范管理率、控制率等

3、各种活动的实施和记录情况。

4、等

慢病工作半年总结篇四

一、认真落实慢病防治指导思想

2011年我镇慢病工作在疾控中心的具体指导下深入社会，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、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。

二、结合邳城镇卫生院《医院管理制度》，提高慢病专兼职人员职业道德修养

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。做到自觉遵守《医院管理制度》，提高慢病专兼职人员职业道德修养，做到自觉把《医务人员工作手册》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，树立全新基层镇卫生院文明新形象。

三、慢病防治的内容及措施

1、强化慢病防制网络工作

上下贯彻、快速互动的信息采集网络，尽力促进全年信息工作目标任务的完成。

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。

而基层卫生院慢病管理是农村医疗优势的一个突出体现。由于基层医疗距农民近，就医方便、快捷，医患之间易沟通，易开展健康教育，易宣传医疗保健知识，对一些疾病好回访，

易跟踪，基层卫生院及各村卫生室慢病管理对农村居民生命质量的提高至关重要。

3、定期开展自查工作，及时纠察批漏

我院定期开展自查工作，严格按照市疾控中心的要求，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，同时针对去年考核中存在的问题，我们认真分析，积极改正。

4、定期宣传、培训慢病知识

撑起了保护伞。

四、工作体会，存在的问题、打算

2011年在市疾病预防控制中心领导和院长的支持下，以及村医的配合下，使我镇卫生院慢病防治工作取得了较好的成绩。在改善各村居民健康知识，健康行为的同时提高医务人员健康素养，从而推广到整个荣边乡。

但也存在不足之处，内部制度化、规范化管理还有待加强，各村卫生室医务人员队伍建设有待整体提高，高血压、糖尿病宣传培训活动有待进一步拓展。在今后的工作中，我们将以十六大精神为指导，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，加强基层医生素质培养，努力开创慢性病预防控制工作的新局面。

邳城卫生院 2011年12月10日

慢病工作半年总结篇五

随着全球化、城市化和老龄化的不断发展，慢性病所导致的疾病负担逐年呈上升趋势，已超过传染病，以心脑血管病、

肿瘤、糖尿病和呼吸系统疾病为代表的慢性病，已成为威胁居民的主要公共卫生问题。为切实加强并做好示范社区慢病防控工作，根据四川省慢性病综合防控示范区“示范社区”建设和考核标准，特制定慢病防治工作计划。

一、落实基本公共卫生服务规范

1、规范做好慢病筛查工作。**社区联合**社区卫生服务中心、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。

2、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，定期监测危险因素水平，高危人群每半年测量血压1次，每年检测空腹血糖1次，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。加强高血压、糖尿病患者的随访管理，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。高血压、糖尿病规范管理率分别不低于80%，血压、血糖控制率分别不低于30%、25%，提高高血压、糖尿病患者的自我管理知识和技能。

3、大力推进健康教育与健康促进行动。社区要加强慢病防控健康教育和健康促进工作，采取多种形式，利用各种慢性病预防控制相关的健康主题日，如高血压日、糖尿病日、肿瘤防治宣传周、世界无烟日、全民健身日、全民健康生活方式行动日、全国爱牙日、世界肝炎日等为契机，开展合理膳食、慢病防控知识宣传活动，动员和发动辖区共建单位、小区居民积极参加。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。

二、积极创建慢性非传染性疾病预防示范区

根据《慢性非传染性疾病综合防控示范区工作指导方案》的精神，为推动我社区慢病防控示范区建设，形成示范和带动效应，**街道将按照指导方案的要求，定期对示范创建工作进行督导检查。

三、强化慢病防治人员业务培训

为了加强社区慢病防控工作队伍建设，按照《慢病预防控制工作规范》、《慢性非传染性疾病综合防控示范区工作指导方案》的要求，建立定期逐级指导和培训制度，社区有5名健康生活方式指导员，在进行统一培训的基础上，**社区卫生服务中心重点加强二级培训和辅导，对考试合格的指导员颁发“**区健康指导员证书”。健康指导员负责协助社区内各项活动的开展，每月至少为社区居民提供1次健康生活方式宣传和指导活动。

四、社区环境建设

活方式。并且在大厅设置一个宣传资料取阅架。

2、设1个健康教育活动室，活动室要有“健康教育活动室”标牌，室内设置宣传画、膳食宝塔挂图、有可供居民免费借阅的图书、宣传资料架、多媒体播放设备（播放宣传健康教育视频资料）

3、在**b区中空楼处打造健康长廊（两边设置4块健康专栏）。小区步道旁设置宣传健康生活方式温馨提示牌。各小区门口拉横幅宣传创示范社区、设置宣传资料取阅架。各个小区健身场所设置健康提示牌。

**社区

2014年6月24日

慢病工作半年总结篇六

2017年慢性病防控工作计划

为认真贯彻落实慢性病防治工作总体要求，积极参与创建“慢性非传染性疾病综合防控示范区”工作，结合学校教育的特点，落实与加强慢性病防治知识的普及，帮助师生树立正确的健康观，采取健康的生活方式，从群体防治着眼，个体服务入手，认真组织实施慢性病干预项目，坚持以人为本，广泛深入开展全民健康教育，保障人民身体健康，现将一年来的教育工作开展情况总结如下：

一、加强领导，进一步完善慢性病综合防治工作组织机构与网络

根据各级健康教育工作的要求和安排，区教育局再次强调和部署了健康教育工作，重新调整学校慢性病综合防治工作领导小组，成立以校长为组长、各部门长为成员的慢性病综合防治工作领导小组，研究分析健康教育工作中存在的问题，分工明确，进一步明确工作责任，要求各位教师合理分配工作时间、突出重点、狠抓落实，切实提高工作效率和执行能力，加快慢性病综合防治工作步伐，在短时间内务求实效，使健康教育机构、网络进一步完善，有力地推动我校慢性病综合防治工作的开展。

二、加强慢性病综合防治工作宣传阵地建设

学校十分注重慢性病综合防治工作宣传阵地的建设，设

置固定健康教育宣传栏，每月定期更换宣传栏内容。主要宣传吸烟有害健康、预防性病艾滋病、计划免疫知识、常见慢性病防治、饮食卫生及根据季节变化的疾病防治知识等，增加全体师生的健康知识，提高健康意识及健康行为，促进不良健康行为转变，推动了健康教育工作的深入开展。还以告

家长书的形式将学校开展的慢性病综合防治工作发放到学生家长手中。

三、开展多种形式的健康教育与咨询活动，提高师生的健康意识

按照健康教育工作要求，分别利用世界卫生日、结核病防治日、计划免疫日、世界无烟日、碘缺乏病防治等节日组织人员在学校多次开展健康教育、健康咨询等活动，发放健康教育宣传资料，通过咨询活动使广大居民的健康意识有所提高。

四、加强慢性病综合防治工作的资料收集

慢性病综合防治工作领导小组对于资料的收集整理、宣传栏的内容、活动场地等进行检查督导，使各各位教师重视健康教育工作，按照要求进行健康知识培训，各项资料分类归档。

二〇一七年二月二十日

慢病工作半年总结篇七

2012年慢性病防治工作总结

一、认真落实慢病防治思想

2012年我中心慢病工作在疾控中心的具体指导下深入社会，大力开展慢病防治工作以及高血压，高血糖为重点，结合控烟，控酒，饮食，心理等干预等措施，积极开展健康教育宣教与促进，降低人群主要危险因素，有效的控制辖区慢病的发病率和死亡率。

二、结合候口社区卫生服务中心【医院管理制度】，提高慢病专兼职人员职业道德修养：

1、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。做到自觉遵守【医院管理制度】，提高慢病专职人员职业道德修养。

2、医务人员做到自觉把【医务人员工作手册】落实到医疗服务工作中，进一步诺守服务宗旨，增强服务意识，提高服务质量，树立全新基层卫生服务中心文明新形像。

三、慢病防治的内容及措施

1、强化慢病防治网络工作。

为了加大信息工作力度，提高信息数量和质量，提升中心整体形象，推进慢病防治的规范。成立慢病工作小组设专兼职人员。从中心分管领导到中心各个科室，再到各个村卫生室，专兼职人员深入各村各户积极落实慢病防治工作计划，开展各项慢病防治工作。形成了一个上下贯彻，快速互动的信息采集网络，尽力促进全年信息工作目标任务的完成。

2、慢病非传染性疾病的患病率不段上升，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，这就需要优质经济服务，而预防保健和健康教育是最佳投入效益的干预，并加强慢病管理可以缓解“看病难、看病贵”的问题。

3、我中心定期开展自查工作，严格按照市疾控中心的要求，对慢病各项工作举

行日常自查工作，及时究察批漏不断提高工作质量，同时对上一年考核中存在的问题，我们认真分析，积极改正。

4、定期宣传，培训慢病知识。

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讲座，向广大居民传递高血压和糖尿病及其它慢病的防治知

识，带领着居民群众，走出对高血压及其它慢性病认识的误区和盲区，给任重而

道远的社区预防保健工作打下了坚实的根基。同时一定程度上解决了居民看病

难，看病烦的问题，真正架起了医患之间的连心桥，为居民称其了保护伞。

四、工作体会，存在的问题，打算。

2012年全年高血压患者为2132人，规范健康管理人数为2037人，年度体检人

数为2037人，健康指导人数为2037人，糖尿病患者人数为217人，规范健康管理

人数为217人，年度体检人数为217人，健康指导人数为217人，全年我中心在慢

病防治工作中取得了显著成绩，这要归功于没位医务人员（包括村医）、各村居

委会领导的共同努力协调。在改善各村居民健康知识，健康行为的同时提高医务

人员健康素养，从而推广到整个经济开发区。

但也存在不足之处，内部制度化，规范化管理有待加强，各村卫生室医务人员

力开创慢性病预防控制工作的新局面。

2012年12月10日

慢病工作半年总结篇八

慢性非传染性疾病，既是一组具有病程长、病因复杂、发病率、致残率和死亡率高、严重耗费社会资源，危害劳动力、人口健康的疾病，也是可预防、可控制的疾病。根据省、市慢性病防治工作规划（2013-2015年）及卫十一项目工作要求，进一步完善我县慢性病防治工作制度及流程，建立慢性病防治绿色通道。各领域、多方合作的综合防治模式，提高慢性病患者的发现率、规范管理率、服药率、控制率，从而降低我县心脑血管疾病的发病率。分析慢性病管理中还需要解决的问题，探讨适应我县农村经济、简便、确切、适用的高血压防治管理模式。现将工作开展情况总结如下：

一、明确职责，完善县、乡、村三级慢性病防治网络

1、卫生局

在当地政府的领导下，组织和协调全县慢性病管理和督导工作；积极开展多部门的合作，落实相关资源和基本公共卫生服务项目经费的保障措施；将慢性病管理工作纳入乡镇卫生院、村所诊疗工作考核内容，评价和发布慢性病管理工作计划和技术方案。

2、疾病控制中心

成立慢性病防治科室，根据上级工作计划安排，制定本县工作计划；负责组织实施本县的慢性病管理工作，并进行质量

控制、督导、考核、评估；对乡镇卫生院、村所进行业务指导和培训及提供适宜的防治方法和技術；探索慢性病防治健康教育的方法，研究开发和制作健康教育的材料；组织开展健康教育、健康促进活动；收集、整理、分析全县慢性病规范管理工作实施情况，发现问题及时反馈，及时调整防治方案，协调解决防治方案执行过程中的具体问题，并根据工作结果提出改进策略。

3、乡镇卫生院、村所

具体实施本社区居民慢性病病人发现、诊断、建档、微机录入、常规治疗、随访管理和转诊。根据县计划安排，制订和落实本社区慢性病防治的实施计划；建立慢性病病人管理信息库，并及时更新慢性病病人信息；开展人群健康教育和健康促进活动，为人群提供控制慢性病危险因素的知识 and 技能，促进人群普遍掌握慢性病防治知识，转变对慢性病防治的态度和形成良好的行为习惯；掌握本社区慢性病危险因素分布的基本情况，实施分级分层随访管理，并为患者开具健康处方；指导病人采取规律服药及合理膳食、运动等治疗措施；密切注意病人病情发展和药物治疗可能出现的副作用，发现异常情况及时向病人预警，督促病人到医院进一步治疗；发现慢性病病人的危急和疑难情况，及时转到上级医院进行救治；对社区居民高血压病规范管理工作进行质量控制和效果评价。

4、综合医院

承担急症或疑难重症慢性病确诊工作、并为确诊的急症或疑难重症慢性病患者制定个体化的治疗方案；接受乡镇卫生院、村所转来的急症或疑难重症慢性病患者的诊断和救治，并将已确诊且病情平稳的患者转回到乡镇卫生院或村所，进行规范管理；承担乡镇卫生院、村所医护人员的技术指导与培训任务；与疾控中心和乡镇卫生院、村所协助开展工作。

二、广泛开展健康教育和健康促进活动

充分利用大众传媒，广泛宣传慢性病防治知识与技，寓慢性病预防于日常生活之中，围绕控制烟草、推动合理膳食、促进健身活动，开展健康教育和健康促进活动，促使人们自觉养成良好的健康行为和生活方式。

1、充分发挥我县（广播、电视、报纸、网络等）主流媒体，在慢性病预防控制工作中作用，突出地方特色，营造积极向上的健康生活氛围，为大众健康提供帮助。运用卫生宣传专栏，户外卫生宣传广告牌，向大众大力宣传党的卫生政策，健康素养66条，围绕合理膳食、适量运动、戒烟限酒、心理平衡，推动健康生活方式的普及。

2、加强健康教育阵地建设，办好健康教育室、宣传窗、黑板报，确定专业人员负责，定期讲座、更换、刊出。鼓励社会、单位、家庭积极征订健康科普书刊。对上级下发的健康教育资料及时张贴、分发。利用各种形式，积极传播慢病防治核心信息。

3、充分发挥城乡健康教育领导小组的作用，为慢性病健康教育与促进投入必要的人力、财力、物力。运用各种健康教育与促进宣传服务形式，推动城乡社区、单位、家庭、个人的参与。把健康教育与健康促进目标转化为社会活动。

4、大力开展健康教育专题活动。针对健康人群、亚健康人群、高危人群、重点人群等不同人群，“推广简便适宜技术，促进人群健康行动”等系列行动，以讲座培训为主要形式，辅以电话教育、卫生宣传栏、卫生科普展板等，及时满足居民健康保健知识需求。结合“慢性病主题日”宣传活动，组织实施多种形式的健康教育与健康促进活动。开展慢性病的危险因素（吸烟、饮酒、不合理饮食、缺乏锻炼等）的教育，倡导合理膳食与营养，讲究居室环境卫生，“人人知体重（腰围），成人测血压行动”，“家庭、食堂和餐馆减盐限油行动”等方面的家庭健康教育，创建文明卫生社区的宣传教育以及社区卫生公德及卫生法规的宣传教育。

5、疾控中心每年为乡镇卫生院及村所提供5种及以上健康教育资料模板和核心信息。乡镇卫生院、社区卫生服务中心（站）、村委会（居委会）为居民开展健康讲座和咨询，设立慢性病防控知识宣传栏，发放慢性病防治相关宣传资料，普及慢性病防控基础知识和理念，建立和完善社区健身活动场所。学校为学生开设慢性病健康教育课，利用幼儿园家长会等形式，举办合理膳食、减盐、口腔保健等知识讲座。引导居民建立科学、文明、健康的生活方式。

6、做好检查指导和效果评价。每年要定期组织人员，对社区卫生服务中心、乡镇卫生院、学校等健康教育工作进行指导、督导，完善健康教育活动计划及执行过程中的各种活动记录、资料。通过居民健康素养的测试，对健康教育工作进行评价，抓好典型，推广经验。

三、加强慢病防治，规范慢病管理

拓展服务，及时发现管理高风险人群。扩大基本公共卫生服务项目内容和覆盖人群，加强慢性病高风险人群（血压、血糖、血脂偏高和吸烟、酗酒、肥胖、超重等）检出和管理。建立规范化居民电子健康档案，及时了解社区慢性病流行状况和主要问题，有针对性地开展健康教育，免费提供常见慢性病健康咨询指导。对35岁以上人群实行首诊测血压制度。有条件乡镇卫生院开展血糖测定，建立动态管理档案，加强指导管理。

乡镇卫生院及村所，对健康体检与筛查中发现的高风险人群，进行定期监测与随访，实施有针对性的干预，有效降低发病风险。

通过建立居民健康档案、居民健康体检和65岁以上老年人体检。共建立居民健康档案239457人、电子档案158032人。共筛查出高血压30263人、糖尿病5772人、共排查精神病患者1624人，接受上级免费服药223人。65岁以上老年人18790

人。慢病规范管理率达到了上级要求。指导目标人群合理膳食、戒烟限酒、适量运动、心理平衡，养成健康的生活习惯。指导高血压，糖尿病患者规范用药，实行一人一年一次一般体格检查，四次随访，使慢病患者得到规范管理。

四、加强培训，提高专业人员业务素质

为了使慢病规范管理工作顺利进行，我们每年均对乡镇卫生院、村医进行了全面细致的基本公共卫生管理、慢性病知识与技能的业务培训，提高了基层医疗卫生人员服务能力。从而使我县慢性病综合管理工作按照基本公共卫生服务规范有序的开展。

五、督导与考核频度

（一）、卫生局每年要不定期组织疾病预防控制中心对乡镇卫生院、村所进行督导和考核。考核结果纳入政府对乡镇卫生院、村所的绩效考核指标，做为政府购买公共卫生服务的重要依据。

（二）、疾病预防控制中心根据年初制定的慢性病管理工作计划，负责制定年度工作要求和考核要点，考核方案，并按照考核方案的要求对乡镇卫生院、村所实施至少6次现场督导和考核，及时发现问题并提出解决办法；每次督导和考核后应完成督导和考核报告，并上报卫生局及项目办，督导和考核意见及时反馈到接受督导和考核单位，以便及时改进工作。

（三）、乡镇卫生院、村卫生所和综合医院要履行职责，进行内部督导与定期考核，严格按照督导和质量控制的规章制度，开展日常的内部督导工作，并做好内部督导和自我检查记录，严格把好工作中的质量控制关。

六、奖惩措施

建立健全基本公共卫生服务绩效考核制度，根据国家及省级相关考核标准和方法对慢性病管理工作完成情况进行考核。考核结果与慢性病管理服务补助经费挂钩，按照工作量和工程质量拨付项目资金。对未按要求完成工作量和工作目标的项目单位要追究相关责任，并限期完成任务。对完成目标工作任务并取得显著成绩的项目医院予以表彰，并作为今后优先考虑的项目承担单位。

林口县疾病预防控制中心 2013年9月10日