

最新慢病防治工作开展情况总结 慢病防治工作计划参考(模板5篇)

总结的内容必须要完全忠于自身的客观实践，其材料必须以客观事实为依据，不允许东拼西凑，要真实、客观地分析情况、总结经验。那关于总结格式是怎样的呢？而个人总结又该怎么写呢？下面是我给大家整理的总结范文，欢迎大家阅读分享借鉴，希望对大家能够有所帮助。

慢病防治工作开展情况总结篇一

20__年7月9日__疾病预防____局副____孔灵芝在__例行____发布会上指出，《__慢性病防治工作规划(20__—20__年)》明确了各级__和各相关部门在慢性病防治工作中的职责，并提出将健康融入各项公共____的发展战略。孔灵芝____了__慢性病防治工作进展情况，并对《__慢性病防治工作规划(20__—20__年)》和慢性病防控专家共识、慢性病防控核心信息等有关情况作解读。

据介绍，慢病防治规划的编制从启动到印发，共历时近两年的时间。经过多方协调，凝聚了共识，于今年5月由15个部委颁布实施。《规划》紧密围绕“人均期望寿命提高1岁”的健康核心目标，着力打造全国的慢性病防治服务体系，建立慢性病综合防治工作机制，明确“十二五”期间慢性病防治的具体目标和策略措施。

孔灵芝称，规划内容突出了四个特点：

一是构建__主导、部门合作的跨部门协调机制，明确了各级__和各相关部门在慢性病防治工作中的职责，提出将健康融入各项公共____的发展战略。

二是健全慢性病综合防治专业体系，建立疾病预防____机构、

医院、专病防治机构、基层医疗卫生机构在慢性病防治中的分工负责和分级管理机制，逐步实现资源和信息的共享。

三是按照三级预防策略，针对全人群、高风险人群和慢病性患者分别提出有效的防治措施，体现预防为主、防治结合、关口前移、重心下沉的基本原则。

四是要借力卫生城镇、健康城镇创建，开展示范区建设和省部共建、搭建慢性病综合防治的__台，突出重点、分类指导，提高慢性病综合防治的能力和水平__。规划的制定和出台对提高各级__重视，加强__，完善部门协作机制和指导地方开展工作具有重要意义。

孔灵芝指出，为推进规划实施，卫生等部门积极采取措施，着力开展了以下工作：一是加大宣传的动员力度。__联合14个部委局、有关国际__、一些国家__和企业__召开了宣传贯彻规划的研讨会，结合本部门领域的工作，研究提出了具体的措施，__健康教育中心制定了慢性病的防治核心信息，为各地开展健康教育和健康促进提供技术__。

二是增加公共财政投入，__财政率先加大的对慢性病防控的投入力度。20__年医改重大专项慢性病防控项目__财政投入资金较20__年增长了近1倍，地方各级财政也将加大慢性病防控项目的配套经费。

三是引导社会各界广泛参与。__预防医学会等学会、协会__了多种形式的活动，响应__规划的发动，中盐、中粮等大型国企提出减盐，开发健康食品等行动的倡议，积极__等部门落实规划。__疾病预防__专家委员会慢性病防治分会近70位知名专家形成专家共识，向各级__、社会各界、广大群众和卫生系统提出了加强慢性病防治的建议。

四是加强指导和评估。目前__已经启动了重点慢性病专项行动计划的制定工作，委托__疾控中心、国家心血管病中心、

国家癌症中心、____医学会呼吸病分会等专业机构分别____编制慢性病危险因素与监测、心血管病、癌症、糖尿病和慢性呼吸疾病的行动计划，争取尽早发布，指导各地进行实施。____还将会同相关部门，建立协调机制，制定规划实施评价体系，共同对规划落实情况实施考核和评价。

慢病防治工作开展情况总结篇二

幼儿园20_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，积极参与创建慢性病综合防控示范区工作，结合幼儿园教育的特点，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，特制定20_年工作计划。

一、建立组织、完善网络、落实责任 为加强对慢性病综合防治工作的领导，我园专门成立了慢性病防治工作领导小组，负责全园慢性病综合防治工作的组织领导、工作协调，负责专门负责项目工作的组织落实。开展综合防治工作具体安排、业务指导、人员培训、质量控制、检查考核等。将慢性病防治、健康教育等工作纳入学校工作计划，明确各部门在慢性病防治工作中的职责与任务，从而建立起了上下贯通、各司其职、协调联动的慢性病防治网络和工作队伍。

二、摸清底数、建档建卡、实施干预管理。 为了实现对慢性病患者的干预与管理，采取多种途径发现慢病患者。通过师生体检，及时统计，对确诊高血压、糖尿病患者，进行登记，然后报人民医院及时建档管理。 我园对高血压、糖尿病等慢性病患者干预措施主要有以下方面：一是发放健康教育处方；二是要求患者定期随访指导，了解患者病情变化及用药情况，复查或了解患者血压或血糖控制水平，督促其坚持用药，并根据治疗效果给予相应指导，同时填写慢病管理手册和管理卡；三是实施面对面干预，针对每名患者的病情及其主要病因进行面对面、个体化干预，如指导其戒烟限酒、低脂低盐

饮食、适量运动、心理平衡以及盐勺、油壶的具体使用方法等；四是开展防治知识讲座，定期邀请专业人士为师生进行慢性病防治知识讲座，讲解相关防治知识并接受咨询。

三、广泛宣传，开展教育活动，提高自我防病意识。为提高广大师生特别是慢病高危人群的自我防病能力，根据校内慢性病高危人群特点，利用各种形式如广播、讲座、健康专栏等，有针对性的开展健康教育，普及慢性病防治知识，倡导合理膳食、适量运动、戒烟限酒、心理平衡等健康生活方式，减少危险因素。全面落实健康教育课，保证每学期8-9学时，结合地方及学校特点，保证有2课时的慢性病防治健康内容。

四、开展“小手拉大手”慢性病防控知识宣传活动。以校园网、宣传展板、家长会等为宣传平台，让学生及家长在学习生活中更便捷、更自觉地提高对慢性病的认识，形成学校、家长、社区的三方全力，建立持久、和谐的健康互动关系。

五、改善师生教学、学习条件，经常督促学生学习习惯。努力改善学生学习，教师教学的硬件条件，保证空气清新，无噪音，光线充足，学具合格，课桌椅可调，教室微小气候定期监测。要求教师经常性督促学生良好学习习惯的养成。

慢病防治工作开展情况总结篇三

为建立健全符合我镇社会发展水__的慢性病管理系统，对城乡居民的慢性病实施干预措施，减少主要健康危险因素暴露，有效预防和____高血压、糖尿病等慢性病，贯彻落实好《国家基本公共卫生服务规范》及上级_____要求，结合我镇实际情况，特制定本计划：

一、居民健康档案管理

1、摸清辖区内居民总户数和总人口数。

2、为辖区内居民建立健康档案，在20__年建档率30%的基础上，今年要求完成80%，力争100%。

3、通过建档，掌握0~36个月儿童、孕产妇、高血压、2型糖尿病、重性精神病以及65岁以上老年人基数，并实行分类指导和管理。

4、按照规范化管理要求，妥善记录、整理、保存、上报并及时更新各种数据资料。

二、65岁以上老年人健康管理

1、摸清辖区内65岁以上老年人基数，各卫生所要登记、造册、保留基数并上报卫生院汇总。

3、为65岁以上老年人每年进行一次免费血糖化验，并做好记录。

4、通过入户____，建立健康档案，要求开展村建档率达到95%以上，力争100%，并达到规范化管理。

三、高血压病患者健康管理（共青团工作计划）

1、建立35岁以上人群首诊测血____，及时筛查和发现高血压病人，要求35岁以上人群首诊测血压比例达到95%以上。

2、建立35岁以上高血压患者登记册，实行分类管理，要求开展村建档率均要达到95%以上，力争100%。

3、对35岁以上高血压患者每年进行一次健康体检和免费血糖化验。

5、认真学习服务规范，掌握慢病患者的健康指导、行为干预等健康知识，合理对患者进行干预指导。

四、2型糖尿病患者健康管理

- 1、摸清和掌握辖区内2型糖尿病患者的基数。
- 2、建立2型糖尿病患者登记册，实行分类管理，并上报、汇总要求开展村建档率均要达到95%以上，力争100%。
- 3、对2型糖尿病患者每年进行一次健康体检和免费血糖化验。

慢病防治工作开展情况总结篇四

- 1、建立慢病基础信息系统，利用现有网络对冠心病、脑卒中、糖尿病和恶性肿瘤的新发的首诊病例进行网路直报工作，制定慢病网络直报工作制度，由领导分管此项工作，责任落实到人。疾控中心每季度对慢病报告工作进行检查、督导，并写出简报。
- 2、利用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。
- 3、加强社区高血压、糖尿病患者的随访管理，提高高血压、糖尿病的规范管理率和控制率，提高高血压和糖尿病患者的自我管理和知识和技能，减少或延缓高血压、糖尿病并发症的发生。
- 4、以社区卫生服务中心(站)为基础，从群体防治着眼，个体防治入手，探索建立**区疾控中心管理、评价，综合性医院协助诊断、个体化治疗、提供技术支持，社区卫生服务中心(站)随访管理高血压、糖尿病管理模式和机制。
- 5、加强健康教育和健康促进，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、糖尿病的防治知识，控制各种危险因素，提高人群的健康意识。

6、建立规范化的高血压、糖尿病计算机档案档案管理系统。

1、建立社区居民健康档案，社区服务人口基线调查率大于40%。

2、建立高血压、糖尿病患者的健康档案，应有随访记录、治疗记录及健康教育记录。

1、发现并至少登记高血压患者100名；

2、发现并至少登记高危人群20名；

3、高危人群每年至少测1次血压得比例达50%；

4、对高危人群的干预有记录及效果评价；

5、35岁以上居民3年至少测1次血压得比例达60%；

6、居民高血压防治知识知晓率达60%。

1、发现并至少登记糖尿病患者30名；

2、至少对其中15名糖尿病患者进行规范化管理，血糖控制率达到60%；

3、发现并登记高危人群10名，每年至少测1次血糖的比例达40%；

4、高危人群防治知识知晓率达60%；

5、对高危人群和普通人群进行健康教育有记录和效果评价。

建立慢病网络直报系统和工作制度；对社区一般人群、高血压和糖尿病患者开展预防控制工作，在社区建立高血压、糖尿病综合防治机制。

(一)、利用现有的网络直报系统，对今年新发的冠心病、糖尿病、脑卒中、恶性肿瘤病例进行网络直报。建立慢性病报告工作制度，责任落实到人。

(二)、高血压、糖尿病的管理

1、高血压、糖尿病的检出

利用建立社区居民健康档案、健康体检、社区卫生服务中心的诊疗、社区免费测血压、血糖、主动检测、首次测血压等方式发现高血压、糖尿病患者。

2、高血压、糖尿病患者的登记

将检出的高血压、糖尿病患者以及成都市慢病络所报告的属于本社区的高血压、糖尿病患者，建立高血压、糖尿病患者管理卡并将所有信息录入相关的数据库，进行微机化管理。

慢病防治工作开展情况总结篇五

现将一年来的工作做如下总结：

1、做好宣教工作

在化疗前采用口头方式向病人及家庭成员详细说明结核病防治期间的各项要求，使病人能够主动配合治疗。

宣教内容：1结核病是呼吸道传染病，治疗头2个月一定要注意对家人及周围人群的空气传播。2结核病是可以治愈的，要树立坚定信心，充分与医生配合。3坚持按医生制定的化疗方案规则治疗，完成规定的疗程是治好结核病的关键。4服药后可能出现副反应，如一旦出现副反，就及时找医生处理，不要自行停药。5原则上治疗满2个月、5个月、6个月按时送痰到结防机构检查。每次随访查痰时，留好夜间痰和清晨痰至结防

机构检查。

2、全乡新生儿出生上卡率达15%，卡介苗接种率达90%。

3、病人的治疗全程管理：

做到初诊病人的宣教，内容包解释病情，介绍治疗方案，药物剂量、用法和毒副反应以坚持规则用药的重要性。对误期取药者及时处理，如通过电话，家庭访视等方式及时追回病人。并加强教育，说服病人坚持按时治疗。培训病人和家庭成员，使其能识别抗结核药物，了解常用剂量和用药方法，以及可能发生的副反应，并督促病人规则用药。村医生接到新的治疗病人报告后能在三天内进行初访，以后每个月家访1次。内容包括健康教，核实服药情况，核查剩余药品量抽查尿液，督促按时门诊取药和复查。

4、病人管理：今年发现新发现7例初治痰涂阳性肺结核病人，7例病人都能按dost策略的要求进行治疗管理。治愈7例病人，治愈率达100%。

1、患者的文化素质低，难以接受结防医生的宣教，造成工作难以开展。

2、村医生工作责任心不强。

3、乡村两级结防医生业务水平不高，不能很好的指导处理病人在服药期间出现的副反应。

1、加强村医业务和职业道德学习，提高工作责任心和业务水平

2、经常开展各种培训班，以提高乡结防医生的业务水平。

3、上级业务部门应多到基层指导乡结核病防治医生。