

最新健康行动工作总结(通用5篇)

总结是指对某一阶段的工作、学习或思想中的经验或情况加以总结和概括的书面材料，它可以明确下一步的工作方向，少走弯路，少犯错误，提高工作效益，因此，让我们写一份总结吧。那关于总结格式是怎样的呢？而个人总结又该怎么写呢？下面是小编整理的个人今后的总结范文，欢迎阅读分享，希望对大家有所帮助。

健康行动工作总结篇一

今年上半年本村健康教育工作在领导指导下，在区疾控中心的指导下，本卫生室全体人员，积极开展健康教育宣传工作，广开渠道，大力宣传卫生工作。使健康教育有了进一步的深化，较好的完成了上半年各项工作任务，现就本村上半年健康教育工作总结如下：

初制定了本村健康教育行动规划与方案，扎实有效地开展各项健康教育与健康促进工作。，加强健康教育宣传工作，首先提高职工的卫生意识，养成良好的卫生习惯和健康行为，利用自己所学之医学知识以及切身行为来教育和影响周边人；充分发挥健康教育在疾病预防、医疗中的作用，并把本村健康教育纳入科学化、正规化、制度化的轨道。

我村20xx年上半年分别通过健康教育讲座、健康教育咨询活动等形式，对本村村民进行了艾滋病、重性精神疾病、结核病、、控烟及地方病等相关知识的培训以及咨询和讲座，不仅使医务人员能充分掌握为全民服务，更有利于人们自己提高健康认知。并结合上级要求，开展合理膳食、，我村充分利用各种宣传日，组织开展丰富多彩的宣传活动。每次活动都围绕“宣传日”主题，，向群众发放宣传单，讲解卫生知识，收到良好的社会效益。

利用村设立的健康教育宣传栏，本村进行每月更新一次内容，并为群众免费提供宣传材料。大力开展禁烟控烟活动，提高群众对吸烟危害的认识。在辖区范围内开展慢病、妇幼保健、预防接种等相关知识的健康教育讲座、咨询活动。深刻贯彻落实居民健康体检，尤其对重点儿人群进行入户随访，充分建立健全居民健康档案，借此更深入指导人们健康的生活方式，真正达到健康教育和形成健康行为的有机结合，使之更好的为人民服务。

20xx年上半年，我村健康教育工作取得了一定的进展，但我们仍有不足之处，我们将本着“使人人都享受基本医疗服务”的宗旨，开拓思路，认真探索，力争下半年健康教育工作再上一个新台阶！

健康行动工作总结篇二

xxx年以来，在上级部门的正确xx下，我们积极开展多种形式的健康教育活动，在居民中普及健康科普知识，为提高居民的健康知识和卫生素质开展了一系列活动：

1、宣传栏、宣传页等宣传工具：中心全年对所属的健康教育宣传栏进行了定期更换。每两个月更新一期内容。其中内容包含各个季节的养生知识，慢性病得防治及注意事项，并增加了居民感兴趣的健康常识和中医方面的.健康知识等等。中心xx年共印制宣传资料13种，其中宣传页6种30000余份，宣传手册6种30000余份，社区报纸1期10000份，共计70000余份。每种发放量超过了3000份，全年发放量达到印刷总数的60%，包括日常发放，宣传日发放和讲座发放等方式。

2、健康讲座：针对老年人、妇女、儿童家长等不同对象今年我中心共举办健康知识讲座20次，参加人数660余人□xx年1月16日癌症的防治、2月16日儿童预防接种知识、3月8日老年人春季健康知识、3月11日儿童接种前后注意事项、3月13日

远离hpv感染、3月17日健康一生远离疾病、4月19日健康运动，合理膳食、4月20日妈妈课堂—接种前必知、4月21日健康运动、合理膳食、5月6号0—6个月婴儿喂养常识、6月20日孕期营养与健康、7月28日基本公卫服务项目知识、8月19日孕产期体重管理、8月25日冠心病健康知识、10月13日合理用药安全用药、11月3日预防接种家长课堂。

3、健康宣传日：中心xx年全年开展了宣传日活动20次。其中有：1月31日“创造一个没有麻风的世界”、2月4日“我们能战胜癌症”、3月8日“庆三八，关爱女性健康”、3月24日“社会共同努力，消除结核危害”、4月7日“共同面对抑郁，共促心理健康”、4月19日“健康运动，合理膳食”、4月25日“规范接种疫苗，共建健康xx”□4月26日“消除疟疾，谨防境外输入”、5月14日“感恩母亲节，送健康进社区”、5月15日“每天一点碘，健康多一点”、5月31日“无烟健康发展”、7月10日“定制健康服务，看病方便舒心”、7月26日“普及高血压知识，减少高血压危害”、7月28日“消除肝炎威胁□xx在行动”、7月28日“基本公共卫生，我服务你健康”、9月1日“和谐我生活，健康xx人”、9月20日“健康口腔，幸福家庭”、9月28日“文明养犬，消除狂犬病”、9月28日“合理用药，安全用药”、10月8日“知晓血压，从我做起”10月29日“预防卒中，你我同行”、11月14日“女性与糖尿病—我们拥有健康未来的权利”。制作宣传版块及条幅25个。

4、播放健康教育影像每周6次，每次7个小时，播放种类30余种。内容包括：中医知识，慢病防治，妇女保健等。

5、健康教育知识需求问卷505份，主要对慢性病防病知识、传染性疾病预防知识和康复知识的需求人数比较多。

健康教育知识知晓率问卷226份，知晓率为93.7%。健康行为形成率问卷201份，行为形成率为93.2%。明年我们将继续做

好居民健康教育工作，利用各种机会，运用各种宣传方式开展健康教育活动，使居民养成良好的健康行为和卫生习惯，提高居民的健康意识；对照健康教育工作标准，加大宣传力度，把解放路社区卫生服务中心的新形象、新风貌及健康的生活理念和生活习惯进行更深入的宣传，为社区健康教育工作上新台阶而努力工作。

健康行动工作总结篇三

今年，我院在区卫生局、区疾控大力支持下加强了慢病预防控制工作力度，充分履行慢病预防控制职能，围绕全国慢病防治工作的重点，结合我街实际情况，在规范了工作运转机制，加强机构网络能力建设的基础上，开展了慢病监测和慢病防治干预工作，保障了辖区居民身体健康和生命安全，圆满完成了年初工作计划，现将我院20xx年慢性病防治工作总结如下：

一、高血压病防治管理

二、糖尿病登记管理

20xx年我院公共卫生科在建立《居民健康档案》的同时对糖尿病疾病建立专项档案，按照国家和武汉市糖尿病规范要求，管理糖尿病病人201人，并对糖尿病患者进行随访评估、分类干预和健康体检，完成并填写《2型糖尿病患者随访服务记录表》和《健康体检表》管理的糖尿病患者，全年2型糖尿病病人随访752人次，最近1次随访血糖达标139人，血糖达标率63%。

三、其它慢性病管理

20xx年，已对脑卒中、慢阻肺、冠心病、冠心病、恶性肿瘤病人建立《居民健康档案》，列入慢性病专项管理，脑卒中管理55人，慢阻肺管理14人，冠心病管理36人，恶性肿瘤管

理18人，并按要求定期进行随访。

四、精神疾病登记管理

对精神病病人建立了《居民健康档案》，填写完善《重性精神疾病患者个人信息补充表》。重性精神疾病规范管理97人，按照《国家基本公共卫生服务规范〔20xx年版〕要求》，对重性精神病人进行随访评估、分类干预和健康体检，并填写完成《重性精神疾病患者随访服务记录表》，重性精神疾病最近一次随访时“病情稳定”83人。

xxxx卫生院公共卫生科慢病防治室

20xx年x月x日

健康行动工作总结篇四

建立居民健康档案是一项关系卫生事业良好发展、惠及广大居民群众健康的基础性工作。根据《国家基本公共卫生服务项目实施方案》，卫生部《关于规范居民健康档案管理的指导意见》和《国家基本公共卫生服务规范》中《居民健康档案管理服务规范》要求，我院全面开展居民健康档案建档工作。为认真做好组织实施工作，特制订本计划。

一、工作目标

xx年12月底前，我辖区居民电子健康档案建档率不低于95%。建档工作要覆盖辖区，重点人群建档率达到100%。

二、工作内容

1. 健康档案内容：包括个人基本信息、健康体检、重点人群健康管理记录和其他医疗卫生服务记录等。

2. 健康档案的建立方式：我院负责向居民提供建立健康档案服务。辖区居民到指定地点接受服务时，由我院专人负责对其进行基础健康检查，建立健康档案。同时，我院组织工作人员通过入户调查、疾病筛查、健康体检等多种方式为重点人群建立健康档案。同时，定期为65岁以上老年人做健康检查，完善建档对象的'健康档案。

3. 电子档案录入：加快电子档案录入速度，电子档案信息录入要全面、准确无误，确保信息的真实性，电子档案录入率到xx年12月底达到100%。

4. 对慢性病人群的随访工作：完成辖区内高血压、糖尿病、冠心病、脑卒中等慢性病患者的随访工作。

健康行动工作总结篇五

随着经济的发展，生活方式的改变和老龄化的加速，高血压、糖尿病、冠心病、恶性肿瘤等慢性疾病发病率和患病率呈快速上升趋势，致残率、致死率高，严重影响患者的身心健康并给个人、家庭和社会带来沉重的负担。因此，慢性病的防治显得尤为重要，而慢性病的防治的重心则在基本卫生服务，慢性病的预防是慢性病防治最有效的手段，慢性病的防治工作的好坏直接关系到慢性病防治的效果。我院充分认识到慢性病防治的重要性，目前已将高血压、糖尿病的防治工作纳入基本公共卫生服务工作的重点，指派专人管理，成立慢病组等多种方法。特制定今年慢性病管理计划如下：

一、工作目标

1、安排公共卫生小组轮流下乡免费测量血压和利用老年人免费健康体检、35岁以上慢病筛查体检等多种方式，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、通过电话指导、入户访视、建立居民健康档案基本信息、门诊35岁以上首诊测血压制度等，加强辖区高血压、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的知识和技能，减少或延缓高血压、糖尿病并发症的发生。

3、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。

二、建档工作目标

- 1、建立社区居民健康档案，辖区服务人口建档率达35%；
- 2、建立完整的高血压、糖尿病患者的健康档案，应有年检记录、随访记录、治疗记录及健康教育记录。

三、高血压、糖尿病工作目标

- 1、新发现并至少登记高血压患者150名，糖尿病患者20名；
- 3、发现并至少登记高危人群30名；
- 4、高危人群每年至少测4次血压的比例达50%；
- 5、对高危人群的干预有记录及效果评价。