

公共卫生工作计划啊(精选9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。那关于计划格式是怎样的呢？而个人计划又该怎么写呢？下面是小编为大家带来的计划书优秀范文，希望大家可以喜欢。

公共卫生工作计划啊篇一

通各适龄儿童到卫生院接种乙肝疫苗、卡介苗、脊灰疫苗、百白破疫苗、白破疫苗、麻疹疫苗、甲肝疫苗、流脑疫苗、乙脑疫苗、麻腮风疫苗等国家免疫规划疫苗；并及时向卫生院上报相关信息。

6岁以下儿童建卡率达98%；一类疫苗基础免疫接种率均达90%以上，加强免疫单苗接种率达95%以上，乙肝疫苗及时接种率90%以上，含麻疹成份疫苗及时接种率90%以上。

公共卫生工作计划啊篇二

20xx年是推进医改工作的关键之年，为落实好党的民生工程，积极稳妥推进乡村一体化建设，提高公共卫生服务和突发公共卫生事件应急处置能力，使全镇人民逐步享有均等化的公共卫生服务。根据全县卫生工作会议和镇第十四次党代会精神，结合我镇实际，特制定20xx年公共卫生工作计划。

公共卫生工作计划啊篇三

针对健康素养基本知识和技能、优生优育及辖区重点健康问题等内容，向村民提供健康教育宣传信息和健康教育咨询服务，设置健康教育宣传栏。每2个月更新一次，开展健康知识讲座等健康教育活动。每年向辖区居民发放健康教育材料不少于12种；播放健康教育音像材料不少于6种，组织面向公众

的健康教育咨询活动不少于6次，举办健康教育讲座不少于12次。《中国公民健康素养66条》宣传普及率70%；居民健康相关知识知晓率70%。

公共卫生工作计划啊篇四

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。

公共卫生工作计划啊篇五

1、加强领导。各乡（镇）卫生院要高度重视，将村卫生所规范化建设作为做好农村卫生工作的一项重要任务，争取当地政府的重视与支持。要成立组织机构，加强领导、广泛宣传、精心部署、统筹协调，从组织上、资金上、措施上保证该项工作的全面落实。

2、制订工作计划。各乡（镇）卫生院要根据本乡（镇、街道）的实际情况，制定切实可行的工作计划。除乡（镇）卫生院所在地外，原则上每个行政村设置一个村卫生所，并依据有关法律法规，加强对村卫生所和乡村医生的管理。各乡（镇）卫生院工作计划应于3月31日前上报我局医政股。

3、每月上报进度。各卫生院要将村卫生所规范化建设情况于每月28日前上报我局医政股，我局于每月30日前向上级汇报工作开展情况。

4、加强监督管理。各乡（镇）卫生院在加强村卫生所（室）规范化建设的同时，要按照有关卫生法律法规的要求，加强对村卫生所（室）的监督管理，重点对医疗操作规程、医疗安全与质量、合理用药、一次性医疗用品、医疗器械消毒等进行指导与检查。

5、奖励措施。经考核验收达到村卫生所规范化标准的村所，县政府给予奖励每个村所3000元，用于增添设备及房屋修缮费用。

公共卫生工作计划啊篇六

在门诊设置艾滋病咨询室，制定艾滋病监测报告册，详细登记就诊及咨询人员信息。加大对艾滋病防治信息的宣传，院内常设艾滋病防治知识宣传栏，对来院就诊人员进行艾滋病防治知识宣传。和妇产科及检验科加强交流，做好孕产妇艾

滋病检测，并按时将血片上交疾控中心，积极询问反馈信息。

公共卫生工作计划啊篇七

为了进一步提高桃水卫生院基本公卫服务质量??推进基本公共卫生服务逐步均等化，完善基本公共卫生服务项目管理制度，结合我镇的实际情况特制定本计划。

一、?建立组织，加强领导

由何院长负责全面工作，下设基本公共卫生服务办公室，防疫综合组、妇幼保健综合组，卫生监督综合组、各个组由专兼职人员负责，负责本组的具体工作任务。各组在院长的领导下，认真贯彻落实好各项工作任务 and 方针政策。同时，在原有的管理制度上进行完善，组织实施好本辖区面向农村的公共卫生服务内容，整理相关资料及时归档，接受上级部门的考核。

二、健全制度，规范行为

??根据公共卫生服务内容和工作要求，及时地调整各类制度，同时进一步进行完善细化，形成以制度来管理人的行为。结合我镇村级卫生保健员存在有年龄大并且大部分乡村医生未经过正规学习的情况，卫生院加强对公共卫生服务人员及村级保健员进行相关业务知识的培训，同时安排人员进行分片管理。

明确任务，抓好服务

（一）保证居民享有基本公共卫生卫生服务

1、建立居民健康档案：（1）通过入户调查、疾病筛选、集中体检等方式由公共卫生服务人员，乡村医生到居民家中或工作现场为辖区内的居民建立健康档案，并随时更新档案。

(2) 20居民健康档案建立全镇不少于90%。

2、健康教育：由郑岚负责：（1）完善健康教育室设备，在原有的基础上，结合季节防病重点，及时更换健康教育宣传的内容，保证全院每年不少于12次，资料归档；（2）健康教育资料户覆盖率要求达80%。，利用全民健康日，印发各类健康宣传资料12种以上，全年至少开展9次健康咨询活动，6次影像播放；（3）学校健康教育开课率达到100%，卫生院开课12次，各行政村责任医生开课6次，每次开课要求要有签到、照片、讲稿及小结等资料存档；（4）同时结合群众健康教育的要求，上门访视时进行相关健康知识的宣传，使居民基本卫生常识的知晓率达到85%以上；（5）组织动员孕妇及3岁以下儿童家长参加由乡卫生院举办的孕妇和儿童健康教育；（6）孕妇在孕早期或中期接受一次健康教育的覆盖率达到85%以上，3岁以下儿童家长达到85%以上，该项工作由妇幼和防疫医生负责完成。3、老年人保健：我镇范围内65岁以上的老年人管理人数达到95%。

4、慢性病管理：高血压、糖尿病两类人群管理达到85%，各村基本按照人口比例推进，由公共卫生服务专职人员和乡村医生负责。

5、重症精神病患者管理：我镇范围内重症精神病患者管理人数达到90%，各村按照人口比例推进，由乡村医生和公共卫生服务人员负责。

（二）健康管理

（1）综合参加合作医疗农村居民年一次的健康体检以及儿童预防接种和体检，孕产妇产前管理和常规妇女病检查，临床诊断治疗，职业体检和健康随访及平时门诊治疗等资料内容，由责任医生及时记录到健康档案中，逐步形成动态的健康档案。（2）对体检中发现的健康问题和行为危险因素，开展上门访视服务，全年四次，每季度一次，由公共卫生服务人员和

乡村医生负责，并及时将上门随访情况及干预情况记入健康档案，并汇总上报。（3）各村卫生室与卫生院公共卫生管理人员保持密切联系，及时掌握本辖区本年度的婚龄青年人数，在上门随访中积极动员婚龄青年进行婚前医学检查。

（三）儿童预防保健

（1）规范预防接种门诊，实行按日接种制，同时按照《预防接种工作规范》要求，做好各项工作，新生儿建卡率达到98%以上，十苗全程接种率达到100%，乙肝首针及时率100%，并及时掌握辖区内流动儿童情况，及时安排接种，各村卫生室负责大型接种活动组织动员级接种等工作。（2）防疫专干要掌握辖区内幼托机构及中小学校数量，儿童入托入学验证率95.5%。（3）完善儿检室设施，儿童系统管理率要求达到95%以上，（4）每年组织一次托幼机构儿童体检。由儿保医生夏瑞兰负责。

公共卫生工作计划啊篇八

认真负责地落实妇幼保健及计划免疫相关工作，认真细致做好各类报表，统计审核新生儿缺陷报表及5岁以下儿童死亡报告，按时上报，避免错报、漏报等现象；和妇产科沟通，将艾滋、梅毒、乙肝母婴阻断工作落到实处，认真登记并做好统计报表，按时上报妇幼保健院；督促妇产科做好新生儿疾病筛查工作，努力将新筛率控制在市卫生局布置的90%以上，并按季度进行统计上报。

公共卫生工作计划啊篇九

以妇女、儿童、老年人、残疾人、慢性病人等人群为重点，在自愿的基础上，为辖区常住人口建立统一、规范的居民健康档案，健康档案主要信息包括居民基本信息、主要健康问题及卫生服务记录等；健康档案要及时更新，并逐步实行计算机管理。