

2023年慢病工作规划(大全6篇)

在日常的学习、工作、生活中，肯定对各类范文都很熟悉吧。相信许多人会觉得范文很难写？接下来小编就给大家介绍一下优秀的范文该怎么写，我们一起来看一看吧。

慢病工作规划篇一

按照市疾控中心战线工作要求，结合本中心实际情况，本中心制定2011年慢性病防治工作计划，具体内容如下。

一、健全工作制度

制定慢性病防治工作计划并组织实施，健全各种工作制度，明确慢性病报告责任人。

二、慢性病管理工作

（一）利用健康体检、门诊病例资料和主动上门服务等方式，为居民建立健康档案并录入微机管理，建档率达到100%。制定查阅、保密等工作制度，并专人负责保管；档案书写规范，再上填写完整，做到定期更新。

（二）监测工作

1、慢性病发病与死亡监测

对慢性病（糖尿病、高血压、脑卒中、冠心病及肿瘤）的新发病例和当年死亡病例进行登记，掌握慢性病的发病率和死亡率，将监测结果进行汇总、分析并上报。

2、危险因素监测

制定危险因素监测实施方案，对门诊患者存在的危险因素进

行登记，将监测结果进行汇总、分析并上报。

（三）健康状况调查

掌握辖区人口自然情况及慢性病患者与发病资料，对数据进行整理、分析和评价，做出社区诊断报告。

（四）慢性病管理

1、高血压患者管理

接诊医生对35岁以上病人测量血压，并登记其基本资料，要求首诊测血压率达到100%；规范管理高血压患者，制定完整的诊疗方案；分组管理定期随访，及时调整治疗方案，预防并发症等，半年对高血压管理和控制情况进行汇总、分析和评价。

2、糖尿病患者管理

对糖尿病高危人群测量血压和血糖，并将筛查结果进行登记。规范管理糖尿病患者，分类管理定期随访，监测血压和血糖，指导患者药物治疗和非药物干预等，半年对糖尿病管理和控制情况进行汇总、分析和评价。

（五）健康教育与健康促进

根据本社区慢性病发病情况及存在的危险因素有针对性地开展讲座、咨询等形式多样的健康教育与健康促进活动，以进一步普及居民慢性病防治知识，控制各种危险因素，增强广大居民的健康意识，提高自我保护能力。开展高血压和糖尿病健康教育讲座各2次以上/年，同时利用高血压日、脑卒中日、心脏病日、糖尿病日和世界卫生日等进行主题宣传活动，提倡健康生活方式，降低患病风险，及时上报宣传总结和照片。

三、社区诊断报告

收集、汇总本社区的自然情况，了解辖区主要的健康问题和卫生服务利用情况。

四、业务培训

定期开展对本社区人员的培训。不断提高相关专业人员的业务水平，不断提高慢性病防治工作质量。

五、工作检查

六、每月开展自查，及时发现工作中的存在的问题并结合实际，提出相应整改措施加以解决。

七、报表 按时上报半年慢病防治工作报表

八、工作总结

及时汇总全年慢性病防治工作情况，填写《社区慢性非传染性疾病预防管理档案》。并于2011年1月20日前上报并备份存档。

堰头防保站 2011年2月12日

慢病工作规划篇二

长：王学军 校长 副组长：田 凤 政教主任 组

员：姜继深 教导主任

朱亚林 德育员

杨 盼 团委书记（大队部）

李彩玲

教务员

以及各班班主任。

二、落实工作职责 各成员主要职责如下：

1. 组长：负责将慢性病防控规划纳入全校教育发展总体规划之中，并负责对实施情况进行监督，负责全面指挥。
2. 副组长：协助组长负责对慢性病的宣传教育指挥；对教职工的宣传教育。负责制定慢性病综合防控的年度工作计划和监督评价方法。
3. 德育员：负责组织检查各项措施、班级开展慢性教育的落实情况。负责基础资料的收集、整理、归档、分析等。
4. 教导主任：负责所有宣传教育的后勤保障；及时落实配套经费并对款项的使用进行监督检查。
5. 教导处：负责安排健康教育课时，并对教师、教材、教案的落实情况进行检查，安排好体育活动时间；课间十分钟活动。负责指导学校开展慢性病综合防控知识宣传，开设慢性病相关健康教育课。负责制订学生健康教育计划，督促各处室正常开展健康教育活动。
7. 团委（大队部）：负责组织学生会成员对学生行为习惯的监督检查，认真负责对各班的眼保健操和跑操、教室卫生、包干区卫生、个人卫生等的检查评比，每周公布一次。并报德育办备案，考核班主任工作。

三、具体工作要求

（一）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。

（二）切实上好健康教育课

1. 严格执行课程计划，开足开齐健康教育课，落实计划、教材、课时和师资，全面提高学生的健康知识知晓率和健康行为形成率。
2. 认真做好心理、健康教育的学科渗透工作，在各学科中渗透心理、健康教育。
3. 积极组织健康教育任课教师认真学习钻研教材，制定好教学计划，上好每周的心理、健康专题晨会，对学生进行慢性非传染性疾病防控知识宣传，保证每学期8-9学时，结合地方及学校特点，每学期以班级为单位的活动不少于2课时慢性病防治健康内容。

（三）开展多种形式的慢性非传染性疾病防控教育活动

1. 组织教师学习慢性非传染性疾病的相关知识，了解其危害，掌握防控方法，加强对示范创建的认识。
2. 通过告家长书、短消息等加强预防慢性非传染性疾病的知识宣传。
3. 以校讯通、led显示屏、橱窗、班级黑板报，多媒体等为宣传平台，营造良好的健康教育氛围。
4. 利用主题班队会开展慢性非传染性疾病防控教育活动。

5. 邀请学校校外辅导员（卫生院的医生）通过家长学校对家长进行慢性非传染性疾病防控知识讲座，提升家长对慢性非传染性疾病防控知识的认识，积极参与社区健康教育互动活动，形成学校、家庭、和社区的三方合力，建立持久、和谐的健康互动关系，增强全民意识。

7. 关注特异体质和特殊疾病学生，针对学生自身问题，有针对性地开展教育。

（四）进一步落实阳光体育运动

1. 扎实贯彻落实上级文件精神，在没有体育课的当天，安排体育活动，确保学生每天锻炼一小时。

2. 重视学校体育工作，上好体育课、组织好大课间活动，跑操等。

3. 定期开展一些体育活动，如：拔河、跳绳等。

（五）做好师生的身体健康监测和疾病预防工作

1. 定期组织教师进行体检。

2. 积极配合卫生部门做好学生体检工作。

4. 加强体育锻炼，积极做好学生体质健康测试、汇总、上报等工作。

（六）加强对健康教育工作的检查

1. 加强健康教育计划制定、备课、考核等方面的检查。

2. 分年级组进行健康知识竞赛，利用好网络平台，参加“健康教育网络竞赛”。确保师生健康知识知晓率，健康行为形成率不低于80%。

新城新家学校

2015年3月

慢病工作规划篇三

为了进一步做好我院2012年慢性病防治工作，推动慢性病防治工作规范化，制度化建设，保障人民群众身体健康，现就2012年慢性病防治工作安排以下：

一、加强业务培训，强化慢性病防治队伍的建设

(1) 积极参加县、市组织的慢性病防治业务知识培训，同时加强我院科室内部学习。

(2) 进一步加强我院医务职员的业务培训，进步慢性病防治工作职员的实际工作能力，计划全年培训很多于3次。

二、工作任务及目标要求

(一) 慢性病管理工作：

1、我院必须展开慢性病监测工作，做到门诊日志有记录。

2、对在接诊进程中出现的心脑血管疾病，恶性肿瘤应及时登记、报告，建立心脑血管疾病登记本，每个月10日前统计f1信息汇总表，并上报县疾控中心。

(二) 死因监测工作：

我院展开死因网报工作，必须及时向县疾控中心上报表质死因报告及电子报告卡，加强医务职员的业务培训，规范死因报告登记，果断杜尽死因卡片的漏报，迟报及填写不完全，用语不规范等现象，不断进步报告工作质量，确保居民死亡

缘由调查登记和报告工作顺利完成，居民死亡缘由推断正确率达95%以上，报告率达100%。

三、以健康教育为先导，进步全民健康素质

积极主动展开宣传活动，以宣传栏（报）、标语、宣传横幅、广播、设立义诊咨询台等多种情势广泛的宣传工作，以增进农村宣传教育工作的深进展开，将慢性病防治健康教育贯串到平常医疗服务工作当中。

四、强化督导考核，全面推动慢性病工作规范化进行

为了保证各项工作任务定期完成，每周要不定期对各科室进行督导检查，及时通报工作中存在的题目及工作进度，对慢性病监测管理工作进度缓慢，工作管理不规范，和死因报告工作中迟报、漏报情况予以通报批评，及时发现题目，指导改进工作，增进慢性病防治工作全面规范的展开。

慢病工作规划篇四

为进一步响应我镇“省级慢性病综合防控示范区”建设工作，遏制慢性病快速上升的势头，保护和增进我镇人民群众身体健康，促进经济社会健康、协调、可持续发展，制定本实施方案。

一、我镇慢性病防治工作现状

近年来，我镇按照市局关于慢性病防治工作的决策部署，积极落实综合防控措施，健全慢性病、死因监测体系，开展糖尿病、恶性肿瘤、脑卒中、冠心病等主要慢性病监测；开展慢性病危险因素研究分析，摸清慢性病主要危险因素流行现状；提升高血压、糖尿病等主要慢性病规范管理水品；广泛开展慢性病防治健康教育宣传和行为干预；“政府主导、多部门合作、专业机构支持、全社会参与”的慢性病综合防控

工作格局初步形成；镇居民健康意识逐步加强，慢性病防治知识知晓率逐年提高，有力控制了全镇慢性病发展势头。

但随着我镇经济社会的持续发展、人民生活水平的不断提高及人口老龄化进程的加快，我镇慢性病防治工作面临新问题、新挑战，防控形势十分严峻，主要表现为：

慢性病发病人群年轻化趋势加快。慢性病危险因素更加复杂多样。除吸烟、过量饮酒、不合理膳食、缺乏体育锻炼等不良生活方式外，环境污染、工作压力增大、精神紧张等也成为慢性病发生发展不可忽略的因素。慢性病综合防控机制仍需完善。慢性病防控工作难于形成合力，一些综合防控措施难以落实。

二、工作方案

（一）总体目标

建立健全适应我镇经济社会发展、满足土山镇居民慢性病健康服务需求的综合防治服务网络和工作机制，进一步完善慢性病监测与信息管理制度，提高慢性病防治能力，构建社区支持环境，落实部门职责，加强部门联动，降低人群慢性病危险因素水平，减少过早死亡和致残率，控制慢性病造成的社会经济负担水平。

（二）主要方案

1. 进一步完善慢性病综合防控政策。

制定落实烟草控制、降低有害饮酒、减盐、控油、控制体重、全民健身等慢性病危险因素干预、疾病管理相关的政策措施。

2. 进一步加强慢性病综合防控支持性环境建设。

开展健康家庭活动的健康社区覆盖率达40%以上。开展“三减三健”（减盐减油减糖、健康口腔、健康体重、健康骨骼）专项行动，食盐与食用油的摄入量下降10%。在社区设立包含身高、体重、腰围、血压等项目的自助式健康检测点。

3. 进一步加快慢性病综合防控体系整合。

制订实施慢性病防控服务体系建设方案，完善信息共享、互联互通工作机制，推进慢性病防、治、管整合。建立慢性病防控服务体系的运行、质控、绩效评价机制，基层医疗机构设有单独的科室、专职人员负责慢性病防控工作，协助镇（区）社区卫生服务机构开展辖区慢性病防控各项工作。加强业务培训和指导，提高慢病防控综合服务能力。4. 进一步深化健康教育与健康促进。

利用传统媒体和互联网、微信等新媒体，广泛开展以提高居民重点慢性病核心知识知晓率为重点的慢性病防治和健康教育，设立健康教育活动室。幼儿园、中小学校开设健康教育课，健康教育课包括营养均衡、口腔保健、健康体重、视力保护等内容。鼓励社区慢性病患者积极参与社区自我健康管理活动。成立慢性病患者自我管理小组。

5. 进一步规范慢性病全过程管理。

规范开展相关健康体检，提高体检率。积极开展高危人群筛查和干预工作。开展心脑血管疾病、重点癌症、糖尿病等重大慢性病的筛查和早期诊断，具备血糖、血脂、简易肺功能测定和大便隐血检测。依托信息平台开展高血压与糖尿病基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗服务；推进家庭医生签约服务，签约团队负责提供约定的基本医疗、公共卫生和健康管理服务。规范疾病过程管理和健康教育。完善区域卫生信息平台，实现专业公共卫生机构、二级及以上医院和基层医疗卫生机构之间互联互通和信息共享，应用互联网+、健康大数据为群众提供便捷、高效的健康管理服务。

开展中医药养生保健知识的宣传以及中医适宜技术推广，发挥中医药在慢性病预防、保健、诊疗、康复中的作用。

土山镇卫生院 2018.1.5

慢病工作规划篇五

为认真贯彻落实慢性病防治工作总体要求，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，特制定2015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，我校专门成立了以校长为组长的慢性病防治工作领导小组，负责全校慢性病综合防治工作的组织领导、工作协调；开展综合防治工作具体安排、业务指导、人员培训、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。

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。通过每年一次的师生体检，及时统计，对确诊高血压、糖尿病患者，进行登记，然后报镇人民医院及时建档管理。之后，配合镇人民医院医生严格按照防治方案相关要求及患者的临床评估级别、类别制定个体化随访管理方案，实行分类、分级、动态管理与干预，填写慢病管理卡（册）。

我校对高血压、糖尿病等慢性病患者干预措施主要有：一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；

二是实施面对面干预，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；三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，结合学校特点，保证有2课时的慢性病防治健康内容。有统一教案、有教师、有考核。

四、开展“小手拉大手”慢性病防控知识宣传活动。以“走家庭、进社区”宣传教育活动为载体，以校园网、宣传栏、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、家长的合力，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。要求教师经常性督促学生良好学习习惯的养成。如注意书写要求，坐姿正确等。

六、深入开展全民健身运动。认真组织好阳光体育一小时活动，保证时间，保证项目，要有检查，要有成效。重视学校体育工作，上好体育课、组织好大课间及体育活动，冬季长跑等。

七、做好学生常见病、多发病的防治工作。对学生中常见病、

多发病，如近视、龋齿、肥胖、营养不良等，加强监测，努力实施矫治计划。

慢病工作规划篇六

为进一步做好重性精神疾病、高血压、2型糖尿病患者的健康管理服务项目工作，提高重性精神病及慢病的管理率和规范管理率，更好地保障人民群众的身心健康。根据《国家基本公共卫生服务管理规范（20xx版）》和《汝州市20xx基本公共卫生服务实施方案》的通知等文件要求，结合我村实际情况，特制定20xx年度工作计划。

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、以社区服务中心为核心，村（街）卫生所为基础，各村（街）卫生所随访管理重性精神病、高血压、糖尿病的管理模式。

5、加强健康教育和健康促进，利用主题宣传日开展高血压、糖尿病咨询和专题知识讲座，普及基层居民高血压、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、建立规范化的重性精神病、高血压、糖尿病档案管理系统。

1、建立基层居民健康档案，建档率达到95%以上；

2、建立高血压、糖尿病、重性精神病患者的健康档案，应有

随访记录、治疗记录及健康教育记录。

（一）按照慢病工作制度；对一般人群、高血压和糖尿病患者开展预防控制工作，建立高血压、糖尿病、重性精神病综合防治机制。

1、高血压、糖尿病、重性精神病的检出

利用建立居民健康档案、健康体检、中心的疗诊疗、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。提高重点精神疾病的管理率和规范管理率。

2、高血压、糖尿病、重性精神病患者的登记

将检出的高血压、糖尿病、重性精神病患者进行登记建档并规范化管理。

3、高血压、糖尿病患者的随访管理和转诊

对检出的高血压、糖尿病患者，根据患者的临床情况和综合治疗方案，判断患者需要的管理类别进行随访和管理，出现符合转诊情况的病情时，及时转诊到上级综合医院，待病情稳定后再转回村卫生所继续治疗和随访。

（二）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。

（三）慢性病健康教育

开展高血压、糖尿病防治知识宣传，提倡健康的生活方式，鼓励广大人民群众改变不良的生活方式，减少危险因素，预防和减少高血压、糖尿病的发生。用“精神卫生日”、“高血压日”、“世界糖尿病日”等宣传日，在全乡组织形式多样，内容丰富的健康教育与促进活动，宣传慢性非传染性疾病防治知识和防治理念，引导社会对慢性非传染性疾病关注，提高人群慢病防治知识知晓率，不断增强广大群众的自我保健意识，促使人们改变不良的生活行为，建立健康的生活和工作方式，消除或减轻相关危险因素，降低慢病的发病率、伤残率和死亡率，从而保护人民身体健康。

1、村卫生室设置高血压、糖尿病等慢病防治知识宣传栏，每2月更换1次内容。

2、在辖区举办高血压、糖尿病知识讲座和健康生活方式知识讲座。

3、村卫生室免费测血压、测血糖。

4、高血压、糖尿病建档动态管理

5、提高高血压、糖尿病、重性精神病防治知识知晓率，高血压、糖尿病、重性精神病相关危险行为的改变率，高血压、糖尿病的血压、血糖控制情况和药物规范治疗情况。