

2023年慢病工作规划 慢性病管理工作计划 (精选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。那么我们该如何写一篇较为完美的范文呢？以下是小编为大家收集的优秀范文，欢迎大家分享阅读。

慢病工作规划篇一

1、我卫生院全面负责慢病管理的组织实施、核拨经费和资金管理。公共卫生科负责村卫生室的任务划分和管理工作，并与村卫生室签订目标责任书，以增强其责任意识。

2、我卫生院成立项目公卫管理领导小组，对村卫生室进行慢性病管理。原则上项目由村卫生室具体执行，我卫生院负责对其技术指导。

3、利用建立居民健康档案和组织居民进行健康体检等各种方式，早期发现高血压、糖尿病，提高早诊率，早治率。

4、落实35岁首诊测血压和慢病工作制度，加强辖区慢病患者的随访管理，提高规范管理率和控制率。

5、对高血压，糖尿病已健康管理的人员每年要提供一次健康体检和至少四次面对面随访，每次随访要询问病情，进行空腹血糖和血压测量等检查和评估，对用药，饮食，运动，心理等给与健康指导。对新增的病人进行登记，建档工作。

6、加强健康教育，定期开展高血压，糖尿病知识宣传，制作高血压，糖尿病知识宣传单，通过居委会，村卫生室发放给群众。每季度对辖区开展一次高血压，糖尿病知识讲座和健康生活方式讲座，提高居民的健康意识。

7、在我院及村卫生室建立高血压，糖尿病防治知识宣传栏，每个季度更换一次内容。

8、村卫生室人员对高血压，糖尿病患者进行随访服务记录表相关内容的填写，每季度按时录入电脑。由慢病负责人负责统计各村数据。一年一次的体检由村卫生室工作人员和公卫科一同完成。

（二）职责与任务

镇卫生院负责全镇工作的组织和协调，防保所为项目管理单位，具体负责项目督导和培训，并实施技术指导、督导验收和相关材料发放等，指导村卫生室开展高血压患者和糖尿病患者管理包括患者发现、建档、随访管理、健康体检、健康教育、信息收集等。

（三）技术保障

依据《高血压患者管理服务规范》和《2型糖尿病患者管理服务规范》，各项目管理单位应制定详细的实施计划及质控措施，并组织各项目相关单位严格执行。

慢病工作规划篇二

参加社区卫生服务管理中心组织慢性病管理小组工作培训。

（二）20xx年3-12月

1、各中心制定本中心年度工作计划。

20xx年各季度核心知识点（小组长和指导医生负责收集相关内容）：

5、开展总结（内容包括：具体做法，取得成效，存在问题和

不足，下一步工作建议等。管理中心在20xx年11月15前，将全年小组工作总结上报区疾控）。

慢病工作规划篇三

高血压、糖尿病建档动态管理情况，高血压、糖尿病随访管理开展情况，双向转诊执行情况，35岁患者首诊测血压开展情况，就诊者的满意度等。

2、效果评估

高血压、糖尿病防治知识知晓率，高血压、糖尿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。我院负责对辖区内的村卫生室督导和考核，考核意见及时反馈到被检单位，以便及时改进工作。

慢病工作规划篇四

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，为推动我市慢病防控示范区建设，形成示范和带动效应，今年在王益区开展慢病防控示范区创建工作，其它区县也要做好创建前准备工作。市疾控中心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。

慢病工作规划篇五

高血压、糖尿病建档动态管理情况，高血压、糖尿病随访管理开展情况，35岁患者首诊测血压开展情况等。

2、效果评估

高血压、糖尿病防治知识知晓率，高血压、糖尿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。

慢病工作规划篇六

建立慢病工作制度;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、糖尿病综合防治机制。

1、高血压、糖尿病、重性精神病的检出：利用患者就诊、健康体检、门诊免费测血压、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、糖尿病患者进行登记并上报金山社区疾妇站。

3、体检中心每月上报体检单位及体检总人数，对达到高血压、糖尿病诊断标准的进行详细登记并上报金山疾妇站进行管理。

4、对社区进行慢性病知识讲座，参加市疾控中心的慢性宣教，对基层医护人员进行业务知识培训，每年对医院职工进行慢性病知识培训。

5、不定期邀请上级医院专家对我院医护人员进行业务培训。