# 慢病工作计划及总结优秀(十五篇)

作者：心上人间 更新时间：2025-01-07

*慢病工作计划及总结一1、建立慢病基础信息系统，利用现有网络对糖尿病和高血压的新发的首诊病例进行登记建档工作，制定慢病管理工作制度，由领导分管此项工作，责任落实到人。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...*

**慢病工作计划及总结一**

1、建立慢病基础信息系统，利用现有网络对糖尿病和高血压的新发的首诊病例进行登记建档工作，制定慢病管理工作制度，由领导分管此项工作，责任落实到人。

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、加强基层高血压、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、以我院为核心，村卫生室为基础，从群体防治着眼，个体防治入手，探索建立县疾控中心管理、评价我院协助诊断、个体化治疗、提供技术支持，各村卫生室随访管理高血压、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、建立规范化的高血压、糖尿病档案管理系统。

二、建档工作目标

1、建立基层居民健康档案，基层服务人口基线调查率达到90%以上;

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。

三、实施计划

建立慢病工作制度;对基层一般人群、高血压和糖尿病患者开展预防控制工作，在基层建立高血压、糖尿病综合防治机制。

1、高血压、糖尿病的检出

利用建立基层居民健康档案、健康体检、基层卫生院的诊疗、基层免费测血压、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建档并规范化管理。

3、高血压患者的随访管理和转诊

对检出的高血压患者收集详细的病史，进行必要的体格检查和实验室检查，根据《高血压防治基层实用规范》的要求进行临床评估，实行分级管理和随访，并填写《基层高血压患者管理卡》。对高血压患者采用药物治疗方案和非药物治疗方案。当患者出现《高血压防治基层实用规范》中规定的情形时及时转诊到上级综合性医院，待病情稳定后再转回村卫生室(站)继续治疗、随访。帮助患者制定自我管理计划，对高血压患者进行自我管理的技术支持。

4、糖尿病患者的随访管理和转诊

对检出的糖尿病患者，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，并填写《基层糖尿病患者管理卡》。对糖尿病患者实行药物和非药物治疗。当患者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室(站)继续治疗和随访。帮助糖尿病患者制定自我管理计划，对糖尿病患者进行自我管理支持。

**慢病工作计划及总结二**

随着经济的发展、生活方式的改变和老龄化的加速，高血压病、糖尿病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，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，而慢性病防治的中心在基层，基层慢病防治的工作好坏直接关系到慢病制度的效果。为此，我院将慢病防治工作纳入重点管理项目，根据上级要求，特制定今年的慢病管理工作计划。

1.建立慢病基础信息系统，利用现有网络对高血压、糖尿病患者进行摸底登记建档工作，

制度慢病管理工作制度，由副院长分管此项工作责任落实到人，配备专职人员具体执行。

2.加强基层高血压、糖尿病患者的随访管理，首先在全镇成立一个“两病”自我管理小组，

乡医为指导医生，经过培训学习进行自我管理、提高防治效果及生活质量，每年进行4次面对面随访、指导。

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。4.建立高血压糖尿病档案管理系统。

1.建立居民健康档案，建档率要达到95%。

2.建立高血压、糖尿病患者的健康档案，高危人群的管理登记，应有随访记录，治疗记录及健康教育记录。

按照《高血压防治基层实用规范》、《中国高血压防治指南》、《中国糖尿病防治指南》对村卫生室医生进行培训，提高对高血压糖尿病的管理质量。四、过程评估、效果评估

高血压、糖尿病建档动态管理情况、随访管理、双向转诊执行情况、35岁以上患者首诊测血压开展情况，就诊患者的满意度等。高血压糖尿病防治知识知晓率，相关危险行为改变率，血压、血糖的控制情况和药物规范治疗情况等进行评估。五、督导考核

1.我院对村卫生室督导考核，及时反馈考核意义及时改进工作。

2.各村卫生室要制定工作制度、工作流程质量控制等规章制度加强自我检查。

**慢病工作计划及总结三**

为了落实县乡两级公卫办工作会议精神，扎实做好高血压、糖尿病、精神病、等慢性病的防治工作。联系我村实际情况，特制定本计划：

（一）、任务目标

1、执行35岁以上社区居民首诊测血压制度；每年至少测一次血压和血糖。

2、对新发现的高血压、糖尿病病人必须建立规范完整的档案资料，建档率和规范管理率达95%以上，有效随访率达85%。

3、辖区内35岁以上户籍居民高血压发现登记率应达90%，糖尿病发现登记率应达90%以上。

4、高血压、糖尿病、脑卒中和肿瘤的上报资料准确、完整、及时。

（二）具体措施

1、设专人负责社区各项慢病防治工作。

2、发现可疑结核病人立即转区结核病防治机构进一步检查，不准开抗痨药。

3、对传染性肺结核病人实施全程督导治疗。规范服药率要达98%以上。并及时嘱病人按时做必须的检查和送痰复查，出现副反应及时处理或报告。

4、首诊测血压，35岁以上居民每年至少测一次血压和血糖，做好居民的周期性体检（一年一次）。

5、掌握辖区居民高血压、糖尿病人数，有规范完整的病历档案和名册登记（高血压发现登记率达90%，糖尿病达90%），规范管理和随访率均达95%以上，每年随访四次。

6、掌握辖区60岁以上老年人群（常住人口）的基本情况，健康档案等资料齐全，开展老人周期性健康教育工作，有开展工作记录及资料。

7、按要求对重点人群督导访视，并有记录。

8、按照慢性病防治要求，及时、准确、完整、规范地将慢病防治工作相关原始资料统计成报表，按时上报。

9、按照各类慢病防治的需要，积极开展相应的慢病防治，健康宣教育及健康促进工作。

**慢病工作计划及总结四**

一、求真务实，科学防治，全面落实慢病预防控制工作

1、开展辖区主要慢病的健康教育今年1月~7月，举办咨询、开展健康讲座，受4次益居民近近百人次。发放教育处方5余种，共近80余份份，制作慢病防治健康教育板报3期。

2、进一步加大慢病健康教育力度。以三病防治知识为重点，利用“3.24世界防治结核病日”、 “4.26全国疟疾日”等宣传日，组织开展多种形式的宣传教育讲座活动，普及防病知识，接受咨询100余人次，发放宣传资料200余份。

二、工作体会、存在问题、打算

20xx年我村慢病防治工作取得显著成绩，但还需要努力协调。在改善辖区居民健康知识，健康行为的同时提高医务人员健康素养，从而推广到整个辖区。

但也存在不足之处，内部制度化、规范化管理还有待加强，我村慢病队伍建设有待整体提高，高血压健康教育活动有待进一步拓展。在今后的工作中，我们将进一步探索疾控机构科学规范管理的新机制，进一步拓展慢性病预防控制服务的新功能，加强慢病人员素质培养，努力开创慢性病预防控制工作的新局面。

**慢病工作计划及总结五**

随着生活方式的改变和老龄化的加速，糖尿病、高血压病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。根据慢性病防治相关文件的要求及国家基本公共卫生服务规范要求，特制定20xx年糖尿病、高血压病防治管理工作计划。

1、大力培训村医对糖尿病、高血压病的管理知识，使村医能够熟练掌握糖尿病、高血压病的管理知识，利用村医对现有糖尿病、高血压病患者及时进行每年至少4次面对面随防管理，精准扶贫慢病人员增加4次面对面随访。原始资料上报卫生院，及时录入。

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，早期发现糖尿病、高血压病患者，提高糖尿病、高血压病的早诊率和早治率。

3、对35岁及以上居民每年首诊测血压；居民诊疗过程测量血压。

4、加强糖尿病、高血压病患者的随访管理，提高糖尿病、高血压病的规范管理率和控制率，提高糖尿病、高血压病患者的自我管理和知识和技能，减少或延缓糖尿病、高血压病并发症的发生。

5、加强健康教育和健康促进，定期开展糖尿病、高血压病专题知识讲座及大众宣传，普及社区居民糖尿病、高血压病的防治知识，控制各种危险因素，提高人群的健康意识。

5、高危人群防治知识知晓率达80%

6、对高危人群和普通人群进行健康教育有记录和效果评价。

7、根据卫生局年初下达的慢病筛查、管理目标数积极的开展慢病工作。

1、利用建立农村居民健康档案、健康体检、卫生院及各村卫生站的诊疗、免费测血糖、血压、主动检测等方式发现糖尿病、高血压病患者。

2、糖尿病、高血压病患者的登记，将检出的糖尿病、高血压病患者以及高危人群做登记管理建立糖尿病、高血压病患者管理登记薄，并将所有信息录入卫生服务管理系统进行规范化电子档案管理。

3、糖尿病、高血压病患者的\'随访管理和转诊，对检出的糖尿病、高血压病患者收集详细的病史，并进行必要的体格和实验室检查，根据《国家基本公共卫生服务规范》20xx版的服务要求进行临床评估，实行分级管理和随防，对糖尿病、高血压病患者实行药物和非药物治疗。

(1)测量血压、空腹血糖并评估是否存在危急情况，如出现血糖≥16.7mmol/l或血糖≤3.9mmol/l，收缩压≥180mmhg和/或舒张压≥110mmhg，有意识或行为改变、呼气有烂苹果样丙酮味、心悸、出汗、食欲减退、恶心、呕吐、多饮、多尿、腹痛、有深大呼吸、皮肤潮红，持续性心动过速，心率超过100次/分钟,体温超过39摄氏度或有其他的突发异常情况,如视力突然骤降、妊娠期及哺乳期血糖、血压高于正常等危险情况之一，或存在不能处理的其他疾病时，须在处理后紧急转诊。对于紧急转诊者在2周内主动随访转诊情况。

(2)若不需紧急转诊，询问上次随访到此次随访期间的症状。

(3)测量体重、计算体质指数bmi检查足背动脉搏动。

(4)询问患者疾病情况和生活方式,包括心脑血管疾病、吸烟、饮酒、运动、主食摄入情况等。

(5)了解患者服药情况。

1、对血糖、血压控制满意,空腹血糖值66%；同期登记的全部恶性肿瘤死亡与发病数之比(m/i)在0.6到0.8之间;

7、各县(区)疾病预防控制机构设立单独的慢性病防控科（股），慢性病防控专业人员占疾病预防控制机构专业人员的比例达5%以上。

(一)加快体系建设，完善防控网络

各县(区)继续加快推进慢性病防控体系建设，加强政策倡导和领导层开发，完善“政府主导、多部门合作、全社会参与”的工作机制。确定慢性病防控专职人员，死因监测、全民健康生活方式行动、肿瘤随访登记等重点工作的专职人员各1名，确保辖区慢性病防控工作任务的落实。

(二)加强培训指导，提高死因监测质量

各县(区)要加强与公安、民政部门的数据交换，强化对死因直报单位的指导，细化专业培训，提高死因直报单位专业人员专业技能，确保20xx年全市死因监测工作质量再上一个台阶。各县(区)报告粗死亡率、填报完整率、审核率、根本死因正确率等主要指标达到《全国死因监测工作规范》要求，如期完成死因监测季度、年报分析。市中区、资中县作为全国死因监测点，务必严格按照项目工作要求，确保项目目标的完成。

（三）有效整合资源，积极开展全民健康生活方式行动

各县（区）要以示范创建、健康指导员培训、主题日宣传等为重点，不断深化全民健康生活方式行动内涵。加强对全民健康生活方式行动信息系统的管理，及时报送、审核辖区内活动信息，要广泛收集基层单位及体育等其他部门活动信息，不断丰富我市全民健康生活方式活动信息，确保各类工作信息及时、完整上报。

（四）完善工作机制，全面开展肿瘤随访登记工作

各县（区）要进一步建立健全肿瘤随访登记工作机制，建立县-乡（社区）-村三级肿瘤登记报告网络，对辖区内肿瘤报告程序、核实和随访、职责分工等进行明确和细化。还未成立肿瘤登记处的县（区）务必在20xx年成立，明确登记处人员职责，加强对报告单位的指导和培训，确保肿瘤随访登记工作顺利进行。

（五）丰富宣传形式，有序开展慢性病系列宣传

持续加强对慢性病相关知识的宣传，充分发挥网络、电视、微博、微信等媒介作用，不断扩大慢性病健康教育工作覆盖面。要增强慢性病宣传教育的针对性和实效性，有序开展慢性病主题宣传日活动，对世界高血压日、联合国糖尿病日、全民健康生活方式行动日等开展集中宣传活动，注重分类实施，准确传播慢性病科普知识。

（六）加强技术培训，提升队伍能力

各县区要进一步加强自身能力建设，强化业务培训，不断提升专业人员慢性病防控能力。20xx年要重点针对死因监测、全民健康生活方式行动、肿瘤随访登记、重点慢性病患者管理服务等内容进行专项培训，市级将面向全市举办死因监测、全民健康生活方式行动、肿瘤随访登记等技术培训班。

(七)加强督导与考核，提升慢病防控质量。

要将慢性病防控工作与基本公共卫生服务工作有机结合，充分发挥基本公共卫生服务项目考核力度，各县区可结合本地实际，考虑将死因监测、全民健康生活方式行动、肿瘤随访登记等当前重点工作，纳入基本公共卫生服务服务考核内容。市本级将以季度为周期，定期对慢性病防治工作进行总结，对工作滞后、工作质量差的县（区）进行通报。慢性病防控工作执行季度督导制。

本文档由范文网【dddot.com】收集整理，更多优质范文文档请移步dddot.com站内查找