

糖尿病小组工作计划 (合集6篇)

篇1：糖尿病小组工作计划

糖尿病专科护理小组是护理部领导下的专科护理小组，小组核心成员6名，下设专业小组，包括糖尿病专科护士及各科室业务骨干（联络护士）。糖尿病护理小组的工作目标：掌握学科发展前沿，率领本院糖尿病专科护理向前发展；依照糖尿病十大安全目标要求规范专科护理管理；提高全院护士糖尿病专科护理水平，使在糖尿病专科及专科之外的住院患者取得糖尿病专科照顾，更好地控制血糖；使患者能正确掌握糖尿病知识，提高患者对医治的主动参与性，预防或减少糖尿病并发症的发生和发展。现依照三级医院管理要求，按照糖尿病十大安全目标要求，结合本院护理工作实际，制定本小组工作计划：

一、依照小组护理工作情况制定工作计划。

二、成立专科护理工作架构制定职责，制定糖尿病专科护理各项操作流程。

三、制定糖尿病专科小组按照科室联络员需求安排培训内容。

四、各科推荐一名业务骨干护士作为糖尿病联络护士，参与糖尿病病人护理管理工作。

五、联络护士踊跃参与各科糖尿病病人护理管理的各项工作，如糖尿病教育活动，糖尿病知识讲座教育学习，病房病人的教育沙龙，各类义诊活动等。

六、按照需求组织核心成员及联络护士业务培训学习一次；各科通过联络护士组织科内专科知识业务培训。

七、成立糖尿病专科护理查房及护理会诊制度，相关科室向糖尿病专科护理小组提出会诊，糖尿病科护士在24小时内到相关科室实施会诊。会诊内容包括：糖尿病专科技术操作，如胰岛素的利用、血糖仪的利用；糖尿病足的伤口护理；健康教育等。会诊后提出护理意见，并在护理会诊单上做好记录，联络护士及专科护士也要做好病人跟踪工作。

八、安排1名护士到上级医院进行继续教育专科知识培训与学习，提高专科工作的管理。

九、科室每一个月组织沙龙活动一次，每季度安排糖尿病患者拓展活动一次，每季度安排联络员知识培训一次。

喀什地域第二人民医院糖尿病专科护理小组

篇2：糖尿病小组工作计划

这一年来，顺利开展和达成了今年度的工作，并取得了较好成绩，现将一年来的工作做如下几方面总结：

一、完善了专科小组的内部建设

自成立了糖尿病专科护理小组以来，确定了专科小组的工作目标，完善了小组成职工作职责，有体系架构，有工作内容。每季度能实时拟订巡逻内容，根据内容，组员分工合作，仔细巡逻，实时反应，并拟订持续质量改良举措，不单提高各病区糖尿病病人的护理质量，更提高了护士的专业护理水平。

二、

加强糖尿病专科知识的培训工作，提高小组成员的业务水平护理小组成立后，每期对小组成员进行糖尿病专科知识培训。培训内容：糖尿病诊疗、分型、饮食、运动、用药、健康教育技巧、胰岛素注射，注射笔、微量血糖仪的使用及故障清除等。并进行查核，成绩均 90分以上台阶。

三、开展全院糖尿病专科护理睬诊、义诊。

小组还成立糖尿病专科护理睬诊制度，糖尿病病人分别在医院各科室，相关科室向糖尿病专科护理小组提出会诊后，糖尿病专科护士在 24小时内到有关科室实施会诊。会诊内容包括糖尿病专科技术操作，如胰岛素笔的使用、血糖仪的使用，糖尿病足的伤口护理，健康教育等。

四、糖尿病专科护理小组相继组织了一系列的健康教育活动

糖尿病专科护理小组积极组织及参与各样糖尿病教育活动，如科室每月一次的糖尿病知识讲课、病房健康教育等活动。

五、存在的不足

1、部分糖尿病联络护士对糖尿病专科知识掌握欠全面，进而使在糖尿病专科以外的住院糖尿病患者得不到糖尿病专科照顾。

2、专科小组会诊未有实时追踪敦促工作，这一点落实有待进一步加强。

六、希望与建议

1、希望护理人员可以更为重视糖尿病护理。

篇3：糖尿病小组工作计划

2016年，在医院和护理部的鼎力支持下，糖尿病护理小组活动得以持续展开，现将上半年的工作做总结以下：

1、依据2015年培训状况拟订出 2016年活动新思路，护士培训将采纳多种新方式，比如“看图说话”、微电影、注射模型等的形式进行。比如“糖尿病看图对话TM工具”，不失为一种较好的培训方式。这套工具是探究和落实新式互动式糖尿病教育的课程。

共包含4套看图对话，即与糖尿病同行、什么是糖尿病、健康饮食和运动、和胰岛素同在。护士在学校及临床工作中会接触一些糖尿病知识，但印象不够深刻、详细，经过看图对话，相互讲话学习，扬长避短。这类方式直观、系统，能很好的帮助护士赶快掌握系列内容。

2、已成立糖尿病小组微信群，将组员归入，将学习资料上传，供大家查阅，同时利用糖尿病小组微信群作为交流平台，供临床护士交流、商讨糖尿病护理中碰到的问题。

3、之内七科为主，成立糖尿病患者“三人行”持续护理服务项目，由两名专职护士（魏灵芝、曾庆春）负责部分门诊及住院患者的院外糖尿病健康教育随访工作，当前参加患者已达X余人，反应较好并获得血糖控制明显成效。

4、坚持每季度一次的健康教育活动，上半年活动已按计划完成，参加患者达XX余人次，活动时期免费为患者测血糖、血压、血脂、骨密度300余人次，并发放健康教育资料XX余份，使参加的患者受益匪浅。

5、按期展开社区义诊活动当前由医生担当，护士条件还没有成熟，需要进一步发现培育糖尿病护理专家型人材。当前内七科选拔一名护士（荆美林）在济南市中心医院深造糖尿病足护理专业，填充了我院糖尿病足护理人材的空白。

6、辅助医生展开多学科协作糖尿病诊断工作，当前已在内一、内二、内三、内六、外三、外六、五官科展开胰岛素泵使用工作，并针对带泵患者进行有关健康教育，有效促使了糖尿病患者血糖的有效管理。

下半年工作要点：

1、持续展开多种形式的培训活动，希望这类方式改变护士应付培训的心理，使大家喜爱上糖尿病护理专业，将其发展壮大。

2、持续展开健康教育活动，吸引周边更多的患者前来参加，使广大患者得益。

3、持续展开“三人行”项目，希望经过这类方式有效管理患者血糖的同时提升年青护士健康教育及交流水平。

4、荆美林深造达成后，将新的理念及知识带回医院，供全院护理人员学习借鉴，并辅助医生展开糖尿病足伤口换药工作，吸引更多患者前来就诊，提升我院著名度。

总之，全院患有糖尿病的人群宏大，患者散布于临床各科，教育只是依赖内分泌科护士远远不可以知足患者需要，临床护士与病人亲密接触，有责任担负起糖尿病患者教育工作，也只有临床各科护士掌握糖尿病有关知识，才能实时发现病情变化、监测血糖、正确用药以及正确指导患者进行饮食、运动等，这直接影响到病情的治疗成效。临床护理人员全面系统的掌握有关知识才能更有效的帮助糖尿病患者更好的改良生活质量，减少并发症发生。

篇4：糖尿病小组工作计划

糖尿病作为一种终身疾病，需要持续的医疗照护，其治疗效果并不完全取决于医生的医疗水平及药物的应用，而更多地依赖于病人的密切配合。因此，在糖尿病的防治工作中，临床需要护士与医生及患者的密切配合，共同参与糖尿病治疗、管理工作，针对现在糖尿病综合治疗的五驾马车：健康教育、饮食治疗、运动治疗、药物治疗、自我监测，我院糖尿病专科护理小组将在来年开展如下工作：

1、提高小组内成员的专业知识水平，由于糖尿病人住院遍及全院各个临床科室，护理人员糖尿病专科知识有限，患者往往得不到专业的指导而影响护理质量及医院声誉。为了提高非专科的护士糖尿病专科知识水平，扩大及提高糖尿病健康教育范围和质量，使住在非糖尿病专科的糖尿病人能得到专科正确的指导，所以，必须对各科糖尿病小组成员进行有效的培训，利用小组成员再对本科室人员进行培训，从而达到改善糖尿病患者的治疗管理水平。

2、制定对每一位新入院的中老年患者指测血糖一次，初步了解患者血糖情况，对有临界危险血糖值的患者进行下一步的应对措施，及早发现糖尿病及糖耐量异常者，以达到糖尿病的三级预防。

3、继续做好全院糖尿病的会诊工作，并有文字资料，要求体现持续追踪，对出院的患者进行定期电话随访，评估患者院外的遵医行为，如治疗用药情况(包括口服药治疗的名称、时间、剂量，胰岛素注射情况)等，有无停药情况；督促每3个月至半年复查一次糖化血红蛋白、尿微量白蛋白、胆固醇等各项相关检验指标等，院外随访同时也是院内治疗护理水平的反馈。

4、资源共享，向兄弟单位学习好的经验方法，对于新的学习资料等通过OA或其他方式上传，供大家共同学习，交流及探讨糖尿病护理中遇到的问题。向伤口造口小组联合学习相关知识，提高糖尿病足的换药水平。

5、与医生配合，为公众监测血糖和向他们宣传糖尿病预防知识。

6、协调糖尿病和非糖尿病专科医生的工作，促进多学科协作，共同对糖尿病病人进行恰当、有效的管理。

我院糖尿病专科护士的工作职责和工作模式还有待进一步的探讨和研究，不断总结经验和教训，这一点做的还远远不够，只有不断丰富自己的专科经验才能更好地发挥自己的

专长。?提高专科、专病护理的水平,?以利于患者康复。

2013.11

糖尿病小组

篇5：糖尿病小组工作计划

一、工作目标

1、通过实施山东省基本公共卫生服务糖尿病管理项目，对城乡居民的糖尿病等慢性病及相关危急因素实施干预措施，减削高糖饮食、肥胖等不良生活方式，降低主要健康危急因素对人体损害，有效预防和掌握糖尿病的发生。

2、对明确诊断的糖尿病做好随访工作，新发糖尿病登记建档率达100%；对明确诊断的糖尿病健康体检率达到98%以上；对明确诊断的糖尿病规范管理率达60%；以上对明确诊断的糖尿病主要慢性非传染性疾病血糖掌握率达到35%以上。

二、主要措施

2型糖尿病患者管理

1、1依据《山东省基本公共卫生服务规范》，对辖区内18岁及以上2型糖尿病患者进行规范管理。

1、2型糖尿病患者发觉。发觉途径为：健康体检及高危人群筛查检测血糖；建议高危人群每年至少测量一次血糖；通过健康教育让患者主动学习糖尿病有关知识，共同做好糖尿病防治工作。

2、2型糖尿病患者登记与建立健康档案。建立2型糖尿病患者健康档案，按要
求对2型糖尿病患者进行体检、询问、随访与健康干预等，将相关信息与活动记录在居民健康档案中进行登记，实现档案的规范化管理。街道、村基层医疗卫生气构每年要提供至少4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，开展用药、饮食、运动、心理等健康指导。

3、健康检查。做好社区内4145名2型糖尿病患者每年进行1次较全面的健康检查，可与随访相结合，内容包括：血压、体重、空腹血糖〔指血〕测量，一般体格检查和视力、听力、活动技能的一般检查，65岁以上老年人增加血常规、尿常规、血脂、心电图、肝功能和认知功能、情感状态的初筛检查。

4、加强健康教育和健康促进，定期开展高血压专题知识讲座及大众宣扬，普及社区居民高血压的防治知识，掌握各种危急因素，提高人群的健康意识。

篇6：糖尿病小组工作计划

糖尿病重点专科作为我院的优势专科已经多年，经过近几年的临床不断总结探索，在对20xx年的'总结分析基础上，结合我院综合情况，特制定20xx年度糖尿病重点专科工作计划：

1.不断总结规范消渴病(糖尿病)诊疗常规内容。

2.强化对糖尿病并发症周围神经炎症、肾病、糖尿病足等的研究深入探讨，并健全其用药方案。

糖尿病肾病的中医为辨证施治、中药熏洗在糖尿病足中的应用领域、中西医结合治疗糖尿病周围神经病变等等

3.融合社区建档，快病普查，强化对社区糖尿病患者健康教育，制定宣讲教案，定期知识讲座，以扩大群众对糖尿病存有充份的重新认识。

4.将消渴病作为省重点专病申报项目而不断完善。

5.强化人才队伍建设，经常非政府糖尿病有关科学知识自学，培育后备力量，弘扬传帮带促进作用。

6.加强糖尿病中医护理方面的开展工作。

7.注重中医为在糖尿病用药中及其并发症用药中的优势促进作用，更好地充分发挥传统疗法的优势及康复、针灸、理疗、耳针、中药熏洗等用作糖尿病的用药规范之中。

8.不断学习、总结经验，不断提高临床疗效。

9.强化中西医融合在糖尿病用药中的促进作用，健全糖尿病的辅助检查项目，糖化血红蛋白的测量，胰岛功能的测量，胰岛素的采用等等。

10.本科室继续加强临床业务知识学习，努力提高业务知识学习水平。