

## 慢性病防治工作计划（通用4篇）

### 篇1：慢性病防治工作计划

#### 一、工作目标

- 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。

#### 二、建档工作目标

- 1、建立社区居民健康档案，社区服务人口基线调查率大于40%。
- 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、高血压工作目标

- 1、发现并至少登记高血压患者100名；
- 2、发现并至少登记高危人群20名；
- 3、高危人群每年至少测1次血压得比例达50%；
- 4、对高危人群的干预有记录及效果评价；

5、35岁以上居民3年至少测1次血压得比例达60%;

6、居民高血压防治知识知晓率达60%。

#### 四、糖尿病工作目标

- 1、发现并至少登记糖尿病患者30名;
- 2、至少对其中15名糖尿病患者进行规范化管理，血糖控制率达到60%;
- 3、发现并登记高危人群10名，每年至少测1次血糖的比例达40%;
- 4、高危人群防治知识知晓率达60%;
- 5、对高危人群和普通人群进行健康教育有记录和效果评价。

#### 五、实施计划

建立慢病网络直报系统和工作制度;对社区一般人群、高血压和糖尿病患者开展预防控制工作，在社区建立高血压、糖尿病综合防治机制。

(一)、利用现有的网络直报系统，对今年新发的冠心病、糖尿病、脑卒中、恶性肿瘤病例进行网络直报。建立慢性病报告工作制度，责任落实到人。

#### (二)、高血压、糖尿病的管理

##### 1、高血压、糖尿病的检出

利用建立社区居民健康档案、健康体检、社区卫生服务中心的诊疗、社区免费测血压、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、糖尿病患者以及成都市慢病络所报告的属于本社区的高血压、糖尿病患者，建立高血压、糖尿病患者管理卡并将所有信息录入相关的数据库，进行微机化管理。

## 篇2：慢性病防治工作计划

根据《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》相关要求，紧紧围绕《xx县20xx年慢性非传染性疾病防治工作方案》的精神，深化开展慢病监测、全民健康生活方式行动、示范单元创建等工作，现将xx县20xx年慢性非传染性疾病防治工作方案如下：

#### 一、加强慢性病防控力量建设与政策提倡工作

乐观开展对公卫工作人员及村医的慢性病防控政策与学问宣讲工作，拟对公

卫人员开展一次慢病防治工作现状的学问讲座，让其了解当前的慢病防控形势及慢病所带来的严峻社会负担及经济负担，从而有利于慢病防治政策开发及工作开展。

## 二、加强慢性病监测，进一步提高慢病监测质量

加强慢性病监测工作，进一步提高慢病监测质量。在死因监测工作中，要求全镇10个村卫生室严格根据死因监测中的相关工作规范，正确填写医学死亡证明书并按规定时间上交到我院进行网络直报。与此同时，规范村医对新发肿瘤纸质版报告的填写，保质保量地完成新发肿瘤监测工作任务；在心肌梗死及脑卒中病例报告中，要求各村卫生室对新发的心肌梗死及脑卒中病例进行具体的登记，进一步完善心肌梗及及脑卒中病例的既往慢病史（高血压、糖尿病）的信息。

## 三、大力推动全民健康生活方式行动，打造健康云阳平台

健康训练与健康促进能有效地促进慢病防治工作的开展。在20xx年，我镇将连续在全镇的健康训练宣扬栏上宣扬慢病防治学问；搞好健康主题日，在“全民健康生活方式行动日”、“世界糖尿病日”、“全国高血压防治日”、“全国爱牙日”、“世界无烟日”等活动中开展大型地健康训练与健康促进宣扬活动，方案20xx年开展宣扬活动12期。

## 四、搞好社区慢病管理工作探究慢病高危人群干预模式

严格根据《xx市高血压综合防治工作管理规范》、《xx市糖尿病综合防治工作管理规范》的内容，要求各村卫生室连续加大对辖区慢病患者的发觉率（登记率），对已登记的高血压患者严格根据高血压一、二、三级管理要求做好高血压随访工作，逐步提高高血压与糖尿病管理率、规范管理率与掌握率；乐观利用辖区家庭医生的建立，探究慢病高危人群干预模式，对以户为单位的高危人群实施有效的慢病干预，从而削减慢病的发生。

## 五、加强慢病防治工作业务培训、指导与督导考核

在慢病监测工作，有针对性地开展死因监测、新发肿瘤登记报告、心肌梗死及脑卒中病例报告的培训工作。在社区慢病管理中，加大对片区内乡镇卫生院的培训、指导与督导考核。全年累计方案开展慢病培训工作3次，累计指导与督导考核4次。

## 篇3：慢性病防治工作计划

按照市、区疾控中心战线工作要求，结合本中心实际情况，本中心制定20xx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

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。

### 六.报表

按时上报半年慢病防治工作报表

### 七.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防治管理档案》。并于20xx年1月20日前上报并备份存档。

xxx卫生服务中心

20xx年2月12日

## 篇4：慢性病防治工作计划

20xx年，我中心将依据市卫生局要求，结合辖区居民的需求和本中心的工作实际，仔细制定切实可行的工作方案和实施方案。重点工作如下：

### 一、强化社区卫生服务品牌意识

- 1、乐观加强社区卫生服务人才培育，
- 2、做好示范中心的创建工作，响应政府医改的号召，在原有基础上更上一层楼。

- 3、依据国家基本公共卫生服务规范(20xx年版)，对于《规范》内的9个类别，严格根据要求规范管理。

## 二、贯彻落实社区卫生服务方针政策

贯彻落实上级卫生主管部门有关社区卫生服务的方针政策，吃透上级下达的每一份文件精神，仔细规划实施。连续加强妇幼保健和健康训练工作，促进落实基本公共卫生服务逐步均等化的各项措施。

## 三、完善组织管理提升服务力量

进一步完善社区卫生服务中心的组织管理和制度建设，提升服务力量。今年将连续为辖区常住人口建立统一、规范的居民健康档案，重点做好60岁以上老人、妇女儿童、慢性病人等重点人群的建档工作。已建立的健康档案通过规范化管理，发挥健康档案的实质性作用。在更新辖区居民健康档案的基础上，建档掩盖率方案达到80%。同时加强对慢性病老人进行健康管理。乐观探究实行“首诊在中心、大病去医院、双向转诊、分级负责”的管理模式。

## 四、努力提高社区卫生服务队伍水平

1、加强社区卫生服务人员培训，未经培训的人员连续参与市级卫生行政部门认可的全科医师和社区护士岗位培训和各项社区卫生服务技能培训。

2、连续开展全科团队培训作，坚持每周四下午组织中心人员学习有关全科医学和社区卫生服务方面的新理念和新技术。

## 五、完善社区卫生服务的主要功能

### (一)、仔细落实预防保健制度

1、把握辖区居民的总体健康状况及影响居民健康的主要危急因素，仔细制定社区健康促进规划及实施方案，在街道办事处乐观协作下，每月至少举办一次健康训练讲座，依据“卫生宣扬日”和突发性公共卫生大事确定宣扬主题，供应有针对性的科学健康信息。

2、社区常住人口的预防保健主要指标处于良好水平。

(1)、法定传染病报告率100%;

(2)、7岁以下儿童保健管理率逐年上升;

(3)、孕产妇保健管理率逐年上升;

(4)、35岁以上患者首诊测血压比例不低于90%;

(5)、60周岁以上的老年人高血压规范化管理不低于85%，并建立专项健康管理档案。

(二)、为居民供应便利、快捷、高质量的医疗服务。

1、全科医生娴熟把握相关基本理论和基本技能学问，正确处理社区常见健康问题。

2、准时供应家庭出诊、家庭访视等家庭卫生服务。对特别人群实行动态服务。

3、连续开展中成药、针灸、推拿、火罐、敷帖、刮痧、熏洗、穴位注射中医药服务。

### (三)、提高康复和方案生育技术服务

1、连续开展方案生育技术指导、避孕药具发放和询问点服务。关心重点对象落实避孕措施，开展避孕学问宣教，提高群众对避孕节育措施知晓率。

2、充分利用康复站资源