

医院糖尿病科工作计划 (通用3篇)

篇1：医院糖尿病科工作计划

近年来我院糖尿病科始终将持“突出中医药优势，建设特设专科”，坚持把我糖尿病学科的发展趋势，在发展中创新，瞄准建设区域强势特色品牌专科，积极引进人才，培养重医德、重技术、肯专研的专业技术人员，降低糖尿病的治疗费用，为糖尿病患者提供更为优质有效的治疗保健及相关服务。以提高我科的医疗水平。

我院糖尿病科经过一年半时间的运行，取得了良好的社会效益和经济效益，受到了广大患者的一致好评，在2012年，我们主要从以下几个方面做好糖尿病科工作。

一、加强业务学习。

今年，我们在继续派人外出进修学习的基础上，加强自身内部业务的培训，在经济特殊困难的情况下，我们自己订阅了糖尿病方面的杂志《糖尿病之友》、《中华糖尿病杂志》等等，同时加强了在岗人员的技术培训。

二、加强与知名度高的医院对接。

我们于2010年与石家庄糖尿病医院合作成立协作医院的基础上，今年，我们继续加强与该医院和其他医院的技术交流与合作，定期外请专家来我院为糖尿病患者诊治和讲座。同时，我们准备积极参加各类学术活动，进行学术交流，扩大知识，从而更好地服务号患者。

三、继续定期组织患者学习，发放图片资料，提高患者对本病的认识，从而让患者对糖尿病得到更好的控制。

监督患者合理用药，使其形成良好的嘱医习惯。合理用药要求患者接受的药物适合其临床需要，药物剂量符合患者的个体要求，消除患者仅依靠于药物，忽视了心里、运动、饮食、情绪等对血糖的影响。

四、改善医疗设备

现代化科室的发展，除了人才培养与管理手段的重要外，必须得符合科室发展的各项仪器设备的购置于技术的进步是相辅相成的。引进TY系列退浴治疗器、电针仪、熏蒸床等，提升我科的诊断治疗水平。

五、加强科研，进一步推广自制制剂

作为重点专科，我们要在临床中不断总结，多学习，开展专病科学研讨，引进先进技术理念，有目的的开展研究，对糖尿病性肾病、糖尿病周围神经病等专病的治疗及护理要认真总结，完善规范，闯出一条新路。目前，我们已制定出糖尿病科各临床治疗的协定处方十

余方，经过半年的推广收到良好的临床效果，要进一步总结研究，作为院内制剂推广，更好的体现中医药“简便廉验”的特色，为人民健康服务。

篇2：医院糖尿病科工作计划

一、前言

糖尿病是一种常见的内分泌系统疾病，我国糖尿病患者数量逐年增加，给个人、家庭和社会带来了沉重的负担。糖尿病的治疗和管理是一个长期的过程，需要患者、家庭和医疗团队共同努力。为了提高糖尿病患者的治疗效果和生活质量，降低并发症的发生率，我们制定了内分泌科糖尿病工作计划。

二、工作目标

- 1.提高糖尿病患者的治疗效果和生活质量。
- 2.降低糖尿病并发症的发生率。
- 3.提高糖尿病患者对疾病的认知和管理能力。
- 4.提高内分泌科医护人员对糖尿病的专业水平和服务能力。

三、工作内容

1.开展糖尿病健康教育活动：通过定期举办健康讲座、发放宣传资料等方式，提高糖尿病患者对疾病的认知和管理能力。内容包括糖尿病的病因、症状、并发症、治疗方法、饮食管理、运动疗法等。

2.加强糖尿病患者的随访管理：设立糖尿病门诊，为患者提供定期随访服务。随访内容包括血糖、血压、体重、尿微量白蛋白等指标的监测，以及药物治疗、饮食管理、运动疗法等方面的指导。

3.建立糖尿病患者健康档案：为每位糖尿病患者建立详细的健康档案，包括个人信息、病情、治疗方案、随访记录等，以便于对患者进行长期、系统的管理。

4.开展糖尿病并发症筛查：定期对糖尿病患者进行并发症筛查，包括眼底检查、神经病变检查、血管超声检查等，以及时发现并治疗并发症。

5.提高医护人员专业水平：定期组织内分泌科医护人员参加糖尿病专业培训，提高其对糖尿病的诊断、治疗和管理能力。

6.开展糖尿病临床研究：积极参与国内外糖尿病临床研究，不断探索新的治疗方法和技术，提高糖尿病的治疗效果。

四、工作计划

1.2022年，开展糖尿病健康教育活动10场，发放宣传资料1000份，提高糖尿病患者对疾病的认知和管理能力。

2.2022年，设立糖尿病门诊，为患者提供定期随访服务，预计服务患者1000人次。

3.2022年，为每位糖尿病患者建立详细的健康档案，预计建档500份。

4.2022年，开展糖尿病并发症筛查，预计筛查患者500人次。

5.2022年，组织内分泌科医护人员参加糖尿病专业培训，提高其对糖尿病的诊断、治疗和管理能力。

6.2022年，积极参与国内外糖尿病临床研究，不断提高糖尿病的治疗效果。

五、工作总结与展望

内分泌科糖尿病工作计划的实施，将有助于提高糖尿病患者的治疗效果和生活质量，降低并发症的发生率。我们将不断总结经验，改进工作方法，为糖尿病患者提供更好的医疗服务。同时，我们也期待与广大患者、家庭和社会各界共同努力，共同抗击糖尿病，为建设健康中国贡献力量。

篇3：医院糖尿病科工作计划

随着经济的发展，生活方式的改变和社会老龄化的加速，糖尿病、冠心病、恶性肿瘤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并给个人、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，而慢性病的防治的重心则在社区，社区慢性病的防治工作的好坏直接关系到慢性病防治的效果。我院充分认识慢性病防治的重要性，结合山东省基本公共卫生服务规范，走“防治结合，预防为主”的道路。特制定今年糖尿病防治工作计划。

工作目标

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险因素实施干预措施，减少高糖饮食、肥胖等不良生活方式，降低主要健康危险因素对人体伤害，有效预防和控制糖尿病的发生。

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控制率达到35%以上。

主要措施

2型糖尿病患者管理

根据《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型糖尿病患者发现。发现途径为：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、咨询、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、村基层医疗卫生机构每年要提供至少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3960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、活动能力的一般检查，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传，普及社区居民高血压的防治知识，控制各种危险因素，提高人群的健康意识。