

# 高血压不能工作限制 高血压工作计划(模板5篇)

做任何工作都应改有个计划，以明确目的，避免盲目性，使工作循序渐进，有条不紊。计划可以帮助我们明确目标，分析现状，确定行动步骤，并制定相应的时间表和资源配置。以下是小编收集整理的工作计划书范文，仅供参考，希望能够帮助到大家。

## 高血压不能工作限制 高血压工作计划篇一

一、时间□20xx年7月10日上午8：00—9：30

二、地点：学府社区卫生服务站

三、主题：高血压健康生活方式

四、主要内容：高血压患者饮食、运动的注意事项及高血压患者自我管理

五、主讲人：刘海潇

学府社区卫生服务站

20xx年xx月xx日

## 高血压不能工作限制 高血压工作计划篇二

1、提高居民高血压防治意识，培养健康的生活方式。

2、宣传高血压的危险因素和早期症状，推广实用工具，学会自测血压，降低高血压发生风险。

3、提高高血压患者自我管理的知识和技能，减少和延缓并发症的发生。

1、现场咨询□20xx年10月8日上午在社区卫生服务站现场咨询并宣传高血压防病知识，同时免费测量血压。

2、字幕宣传：在滚动字幕上宣传。

3、张贴标语，并要求村社区卫生服务站张贴宣传标语。

4、出刊一期健康教育宣传专栏。

5、发放健康教育宣传资料。

高血压是心脑血管疾病死亡的最大危险因素。

防治高血压要戒烟戒酒，适当运动，清淡饮食。

健康体重，健康血压

保持健康生活方式，控制高血压

20xx年10月8日是第19个“全国高血压日”主题是“知晓您的血压”。

高血压是心脑血管疾病死亡的最大危险因素。

防治高血压要戒烟戒酒，适当运动，清淡饮食。

本次活动卫生所健康教育科和慢病防治科负责组织实施。

## **高血压不能工作限制 高血压工作计划篇三**

1、执行35岁以上农村居民首诊测血压制度；根据基本公共卫

生服务规范和相关工作要求按时为高血压患者适时进行血压测量。

2、对新发现的高血压病人及时建立规范完整的档案资料，使建档率和规范管理率达95%以上，有效随访率达85%。

3、对35岁以上居民高血压发现登记率不低于90%。

4、高血压的上报资料准确、完整、及时。

2、发现疑似和确诊的高血压患者及时纳入慢性病管理。

3、认真开展首诊测血压及筛查工作

4、准确掌握本村高血压管理人数，及时建立规范完整的档案信息记录和做好专档数据登记更新工作，定期随访，每年随访四次。

5、按要求对重点人群督导访视，并有记录。

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

7、按照各类慢性病防治的需要，积极开展相应的慢性病防治，健康教育及健康促进工作。

## **高血压不能工作限制 高血压工作计划篇四**

1、通过实施基本公共卫生服务高血压病患者管理项目，对城乡居xx的慢性病及相关危险因素实施干预措施，减少主要健康危险因素，有效预防和控制高血压病等慢性病。

2、建立高血压病患者的健康档案。

## 1、高血压病的检出

根据《城乡居xx健康健康档案管理服务规范》，利用建立社区居xx健康档案、健康体检、我院的诊疗服务、社区免费测血压、主动检测、首次测血压等方式发现高血压病患者。

## 2、高血压病患者的登记

将检出的高血压病患者以及我市慢病报告网络所报告的属于本社区的高血压病患者，建立高血压病患者管理花名册并将所有信息录入相关的数据库，进行微机化管理。

## 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《高血压防治指南》的要求进行临床评估，实行分级管理和随访，随访采用门诊随访、下乡家庭随访、村医协助随访等多种方式，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《城乡居xx健康健康档案管理服务规范》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。

对高危人群采取群体和个体健康指导相结合的方法，开展健康教育以改变不良的生活方式，通过健康教育提高高危人群对高血压病相关知识及危险因素的了解，给与健康方式的指导，定期测量血压。

根据社区人群的健康需求，在社区广泛开展高血压病防治知识宣传，提倡健康的生活方式，鼓励社区人群改变不良的生活方式，减少危险因素，预防和减少高血压病的发生。

1、在社区建立高血压防治知识宣传橱窗，制作高血压病防治知识宣传单，通过居委会、医疗站点等发放给社区人群。

2、在社区举办高血压病知识讲座和健康生活方式讲座、义诊等活动。

3、利用社区居xx活动室等居xx较集中的'地方作为高血压防治知识的宣传阵地，摆放各种宣传资料。

4、在社区开展免费测血压活动。

## 高血压不能工作限制 高血压工作计划篇五

为切实加快我乡慢性病防控工作的推进，扎实做好高血压的防治和管理工作，根据xxx创建慢性病非传染性疾病防控区的相关要求，结合我乡的实际情况，特制订本计划。

1、执行35岁以上居民首诊测血压制度，每年至少测血压一次。

2、对新发现的高血压病人必须及时建立规范完整的档案资料，并纳入慢性病管理范畴，建档率和规范管理率达95%以上，有效随访率达85%以上。

3、对辖区内35岁及以上户籍居民首诊测血压的登记率达到95%以上，发现高血压登记率达到100%。

4、高血压的上报资料要准确、完整、及时。

1、乡卫生院有专人负责各村的高血压病的防治工作。

2、对户籍人口实施35岁以上居民首诊测血压，35岁以上居民每年至少测一次血压和血糖，做好登记管理高危人群的周期性体检（一年至少一次）。

3、掌握辖区内居民高血压患者的基本资料，要规范完整其病历档案盒名册登记，规范管理随访率达到95%以上。每季、半年、年终的评估中达到各项工作指标，血压控制达标要达到

要求。

4、按要求对重点登记的人群督导访视，并有记录。

5、必须按照高血压防治的要求，及时、准确、完整、规范地将高血压慢性病防治工作的相关原始资料统计成表，并按时上报。

6、按照高血压防治的工作需要，积极开展相应的慢性病防治、健康教育及健康促进工作。

xxx卫生院

20xx年xx月xx日