

慢病监测工作制度 慢性病管理工作计划(汇总5篇)

当我们有一个明确的目标时，我们可以更好地了解自己想要达到的结果，并为之制定相应的计划。什么样的计划才是有效的呢？下面是我给大家整理的计划范文，欢迎大家阅读分享借鉴，希望对大家能够有所帮助。

慢病监测工作制度 慢性病管理工作计划篇一

随着经济的发展，生活方式的改变和老龄化的加速，高血压、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基层基层，慢性病的基层预防是慢性病防治最有效的手段，基层慢性病的防治工作的好坏直接关系到慢性病防治的效果。为此我院将慢性病防治工作纳入基层卫生室的考核目标，创造支持性的环境，走“防治结合，预防为主”的道路。根据上级慢性病防治相关文件的要求，特制定今年慢性病管理工作计划。

- 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。

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。

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。

高血压、糖尿病高危人群的健康指导和干预

1、高血压、糖尿病高危人群的界定和检出

按照高血压、糖尿病高危人群的界定标准，通过日常诊疗、健康体检、建立健康档案、主动筛查等方式发现高血压、糖尿病高危人群。

2、高血压、糖尿病高危人群健康指导和干预

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、糖尿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，血糖。

基层一般人群的健康促进

根据基层人群的健康需求，在基层广泛开展高血压、糖尿病防治知识宣传，提倡健康的生活方式，鼓励基层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、糖尿病的发生。

1、在我院及村卫生室建立高血压、糖尿病防治知识宣传橱窗，每2月更换1次内容，制作高血压、糖尿病防治知识宣传单，通过居委会、医疗站点等发放给基层人群。

2、在辖区每月举办一次高血压、糖尿病知识讲座和健康生活方式讲座、义诊等活动。

3、在辖区各村开展免费测血压、血糖活动。

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，以提高对高血压、糖尿病的管理质量。

1、过程评估

高血压、糖尿病建档动态管理情况，高血压、糖尿病随访管理开展情况，双向转诊执行情况，35岁患者首诊测血压开展情况，就诊者的满意度等。

2、效果评估

高血压、糖尿病防治知识知晓率，高血压、糖尿病相关危险行为的改变率，高血压、糖尿病的血压、血糖控制情况和药物规范治疗情况。

1、我院负责对辖区内的村卫生室（站）督导和考核，考核意见及时反馈到被检单位，以便及时改进工作。

2、各村卫生室（站）要制定内部的工作制度，工作流程和

质量控制等规章制度，加强自我检查。

慢病监测工作制度 慢性病管理工作计划篇二

20xx年7月9日_疾病预防控制局副局长孔灵芝在_例行新闻发布会上指出，《中国慢性病防治工作规划(20xx—20xx年)》明确了各级政府和各相关部门在慢性病防治工作中的职责，并提出将健康融入各项公共政策的发展战略。孔灵芝通报了中国慢性病防治工作进展情况，并对《中国慢性病防治工作规划(20xx—20xx年)》和慢性病防控专家共识、慢性病防控核心信息等有关情况作解读。

据介绍，慢病防治规划的编制从启动到印发，共历时近两年的时间。经过多方协调，凝聚了共识，于今年5月由15个部委颁布实施。《规划》紧密围绕“人均期望寿命提高1岁”的健康核心目标，着力打造全国的慢性病防治服务体系，建立慢性病综合防治工作机制，明确“十二五”期间慢性病防治的具体目标和策略措施。

孔灵芝称，规划内容突出了四个特点：

一是构建政府主导、部门合作的跨部门协调机制，明确了各级政府和各相关部门在慢性病防治工作中的职责，提出将健康融入各项公共政策的发展战略。

二是健全慢性病综合防治专业体系，建立疾病预防控制机构、医院、专病防治机构、基层医疗卫生机构在慢性病防治中的分工负责和分级管理机制，逐步实现资源和信息的共享。

三是按照三级预防策略，针对全人群、高风险人群和慢病性患者分别提出有效的防治措施，体现预防为主、防治结合、关口前移、重心下沉的基本原则。

四是要借力卫生城镇、健康城镇创建，开展示范区建设和省

部共建、搭建慢性病综合防治的平台，突出重点、分类指导，提高慢性病综合防治的能力和水平。规划的制定和出台对提高各级政府重视，加强组织领导，完善部门协作机制和指导地方开展工作具有重要意义。

孔灵芝指出，为推进规划实施，卫生等部门积极采取措施，着力开展了以下工作：一是加大宣传的动员力度。_联合14个部委局、有关国际组织、一些国家政府代表和企业代表召开了宣传贯彻规划的研讨会，结合本部门领域的工作，研究提出了具体的措施，中国健康教育中心制定了慢性病的防治核心信息，为各地开展健康教育和健康促进提供技术支持。

二是增加公共财政投入，中央财政率先加大的对慢性病防控的投入力度。20xx年医改重大专项慢性病防控项目中央财政投入资金较20xx年增长了近1倍，地方各级财政也将加大慢性病防控项目的配套经费。

三是引导社会各界广泛参与。中华预防医学会等学会、协会组织了多种形式的活动，响应支持规划的发动，中盐、中粮等大型国企提出减盐，开发健康食品等行动的倡议，积极支持_等部门落实规划。_疾病预防控制专家委员会慢性病防治分会近70位知名专家形成专家共识，向各级政府、社会各界、广大群众和卫生系统提出了加强慢性病防治的建议。

四是加强指导和评估。目前_已经启动了重点慢性病专项行动计划的制定工作，委托中国疾控中心、国家心血管病中心、国家癌症中心、中华医学会呼吸病分会等专业机构分别组织编制慢性病危险因素与监测、心血管病、癌症、糖尿病和慢性呼吸疾病的行动计划，争取尽早发布，指导各地进行实施。_还将会同相关部门，建立协调机制，制定规划实施评价体系，共同对规划落实情况实施考核和评价。

慢病监测工作制度 慢性病管理工作计划篇三

- 1、摸清辖区内居民总户数和总人口数。
 - 2、为辖区内居民建立健康档案，在20xx年建档率30%的基础上，今年要求完成80%，力争100%。
 - 3、通过建档，掌握0~36个月儿童、孕产妇、高血压、2型糖尿病、重性精神病以及65岁以上老年人基数，并实行分类指导和管理。
 - 4、按照规范化管理要求，妥善记录、整理、保存、上报并及时更新各种数据资料。
- 1、摸清辖区内65岁以上老年人基数，各卫生所要登记、造册、保留基数并上报卫生院汇总。
 - 2、为65岁以上老年人每年进行一次健康体检，并做好记录。
 - 3、为65岁以上老年人每年进行一次免费血糖化验，并做好记录。
 - 4、通过入户调查，建立健康档案，要求开展村建档率达到95%以上，力争100%，并达到规范化管理。
- 1、建立35岁以上人群首诊测血压制度，及时筛查和发现高血压病人，要求35岁以上人群首诊测血压比例达到95%以上。
 - 2、建立35岁以上高血压患者登记册，实行分类管理，要求开展村建档率均要达到95%以上，力争100%。
 - 3、对35岁以上高血压患者每年进行一次健康体检和免费血糖化验。

4、对于明确诊断的高血压患者每三个月上门随访一次，特殊患者根据病情及时随访，做好随访记录并及时更新档案内容，不得缺项漏项。

5、认真学习服务规范，掌握慢病患者的健康指导、行为干预等健康知识，合理对患者进行干预指导。

6、按照规范化管理要求，妥善记录、整理、保存、上报并及时更新各种数据资料。

1、摸清和掌握辖区内2型糖尿病患者的基数。

2、建立2型糖尿病患者登记册，实行分类管理，并上报、汇总要求开展村建档率均要达到95%以上，力争100%。

3、对2型糖尿病患者每年进行一次健康体检和免费血糖化验。

4、对于一般患者每三个月上门随访一次，特殊患者根据病情及时随访，做好随访记录并及时更新档案内容，不得缺项漏项。

5、按照规范化管理要求，妥善记录、整理、保存、上报并及时更新各种数据资料。

1、摸清和掌握辖区内重性精神病患者的基数，并登记造册上报汇总。

2、通过入户调查，建立健康档案，要求开展村建档率达到95%以上，力争100%。

3、对重性精神病患者每年进行一次健康体检和免费血糖化验。

4、对于一般患者每三个月上门随访一次，特殊患者根据病情及时随访，做好随访记录并及时更新档案内容，不得缺项漏项。

5、按照规范化管理要求，妥善记录、整理、保存、上报并及时更新各种数据资料。

慢病监测工作制度 慢性病管理工作计划篇四

1、摸清辖区内居民总户数和总人口数。

2、为辖区内居民建立健康档案，在20xx年建档率30%的基础上，今年要求完成80%，力争100%。

3、通过建档，掌握0~36个月儿童、孕产妇、高血压、2型糖尿病、重性精神病以及65岁以上老年人基数，并实行分类指导和管理。

4、按照规范化管理要求，妥善记录、整理、保存、上报并及时更新各种数据资料。

1、摸清辖区内65岁以上老年人基数，各卫生所要登记、造册、保留基数并上报卫生院汇总。

2、为65岁以上老年人每年进行一次健康体检，并做好记录。

3、为65岁以上老年人每年进行一次免费血糖化验，并做好记录。

4、通过入户调查，建立健康档案，要求开展村建档率达到95%以上，力争100%，并达到规范化管理。

1、建立35岁以上人群首诊测血压制度，及时筛查和发现高血压病人，要求35岁以上人群首诊测血压比例达到95%以上。

2、建立35岁以上高血压患者登记册，实行分类管理，要求开展村建档率均要达到95%以上，力争100%。

3、对35岁以上高血压患者每年进行一次健康体检和免费血糖化验。

4、对于明确诊断的高血压患者每三个月上门随访一次，特殊患者根据病情及时随访，做好随访记录并及时更新档案内容，不得缺项漏项。

5、认真学习服务规范，掌握慢病患者的健康指导、行为干预等健康知识，合理对患者进行干预指导。

6、按照规范化管理要求，妥善记录、整理、保存、上报并及时更新各种数据资料。

1、摸清和掌握辖区内2型糖尿病患者的基数。

2、建立2型糖尿病患者登记册，实行分类管理，并上报、汇总要求开展村建档率均要达到95%以上，力争100%。

3、对2型糖尿病患者每年进行一次健康体检和免费血糖化验。

4、对于一般患者每三个月上门随访一次，特殊患者根据病情及时随访，做好随访记录并及时更新档案内容，不得缺项漏项。

5、按照规范化管理要求，妥善记录、整理、保存、上报并及时更新各种数据资料。

1、摸清和掌握辖区内重性精神病患者的基数，并登记造册上报汇总。

2、通过入户调查，建立健康档案，要求开展村建档率达到95%以上，力争100%。

3、对重性精神病患者每年进行一次健康体检和免费血糖化验。

4、对于一般患者每三个月上门随访一次，特殊患者根据病情及时随访，做好随访记录并及时更新档案内容，不得缺项漏项。

5、按照规范化管理要求，妥善记录、整理、保存、上报并及时更新各种数据资料。

慢病监测工作制度 慢性病管理工作计划篇五

一、认真落实慢病防治指导思想

2011年我镇慢病工作在疾控中心的具体指导下深入社会，大力开展慢病防制工作以高血压、糖尿病为重点，结合控烟、控酒、饮食、心理干预等措施，积极开展健康宣教与促进，降低人群主要危险因素，有效地控制辖区慢病的发病率和死亡率。

医务人员坚持以病人为中心，以服务对象满意为宗旨，紧紧抓住辖区居民关心的慢病问题。不断完善服务内容，改进办事程序、服务方式、管理制度，尽最大努力服务对象提供方便让大家满意。做到自觉遵守《医院管理制度》，提高慢病专兼职人员职业道德修养，做到自觉把《医务人员工作手册》落实到医疗服务工作中，进一步恪守服务宗旨，增强服务意识，提高服务质量，树立全新基层镇卫生院文明新形象。

三、慢病防治的内容及措施

1、强化慢病防制网络工作

上下贯彻、快速互动的信息采集网络，尽力促进全年信息工作目标任务的完成。

2、慢性非传染性疾病的患病率不断上升、医疗费用的逐年增长已成为我国一个突出的社会问题，老年人群的经济能力有

限并且相对固定，和其相对巨大的医疗需求之间构成了矛盾，这就需要优质经济的服务，而预防保健和健康教育是最佳投入效益的干预，加强慢病管理可以缓解“看病难、看病贵”的问题。

而基层卫生院慢病管理是农村医疗优势的一个突出体现。由于基层医疗距农民近，就医方便、快捷，医患之间易沟通，易开展健康教育，易宣传医疗保健知识，对一些疾病好回访，易跟踪，基层卫生院及各村卫生室慢病管理对农村居民生命质量的提高至关重要。

3、定期开展自查工作，及时纠察批漏

我院定期开展自查工作，严格按照市疾控中心的要求，对慢病各项工作举行日常自查工作，及时纠察批漏，不断提高工作质量，同时针对去年考核中存在的问题，我们认真分析，积极改正。

4、定期宣传、培训慢病知识

撑起了保护伞。

四、工作体会，存在的问题、打算

2011年在市疾病预防控制中心领导和院长的支持下，以及村医的配合下，使我镇卫生院慢病防治工作取得了较好的成绩。在改善各村居民健康知识，健康行为的同时提高医务人员健康素养，从而推广到整个荣边乡。

但也存在不足之处，内部制度化、规范化管理还有待加强，各村卫生室医务人员队伍建设有待整体提高，高血压、糖尿病宣传培训活动有待进一步拓展。在今后的工作中，我们将以十六大精神为指导，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，加强基

层医生素质培养，努力开创慢性病预防控制工作的新局面。

邳城卫生院 2011年12月10日