

幼儿园全园家长会园长发言稿(优秀10篇)

计划是指为了实现特定目标而制定的一系列有条理的行动步骤。大家想知道怎么样才能写一篇比较优质的计划吗?这里给大家分享一些最新的计划书范文,方便大家学习。

慢病工作总结与计划篇一

(2012上半年)

断滩村卫生室2012年6月10日

为有效预防和控制高血压,建立健康档案,开展高血压,康复指导工作,掌握我村高血压病的发病,死亡和现患病情况。

(一)是通过开展35岁以上居民首诊测血压,居民诊疗过程测血压,健康体检测血压,和建档过程中询问等方式发现高血压患者。

(二)是对确诊高血压患者行登记管理,并提供面对面随访,询问病情,测量血压对用药,饮食,运动,心理等提供健康指导。

为有效预防和控制糖尿病,建立健康档案,开展糖尿病,康复指导工作,掌握我村糖尿病的发病,死亡和现患病情况。

2型糖尿病管理;.(一)是通过健康体检和高危人群筛查检测血糖,建档过程询问发现患者。

(二)是对确诊患者进行登记,管理随访,空腹血糖测量,对用药.饮食,运动,心理等提供健康指导。

依据相关政策对辖区所有重性精神病人,进行登记,建档,随访

管理, 并协同政府, 家庭监护人一起管理, 以防病人无端滋事, 造成伤害个人, 他人, 社会等不良因素的现象发生。

截止2012年5月底断滩村卫生室共登记并在档管理重症精神病患者为1人。并对其随访2人次。

2012年6月10日

慢病工作总结与计划篇二

以基本公共卫生慢性病（高血压、2型糖尿病）患者管理服务项目指导方案，结合我乡实际情况确定具体项目目标，对辖区内所有35岁以上高血压、2型糖尿病等患者为管理人群，在门诊和各卫生院工作中以65岁以上老年人体检为契机，对高血压、2型糖尿病患者进行筛查、评估登记建档管理和随访，并制定了高血压、2型糖尿病筛查、确诊管理工作流程，做到了慢性病个案实行一人一档案，每个档案中有个人信息表、个人体检表，填表书写要规范、完整，明确了公共卫生管理项目的各项职责。做好乡村医生培训工作，将辖区内的各类资料整理归档管理和上报工作，力争我院公共卫生管理服务项目建档率、规范管理率达到上级要求。

为了使我院公共卫生管理项目工作顺利实施，今年举办了两次慢性病（高血压、2型糖尿病）知识讲座，之后接受广大群众咨询达2000多人次，用《中国高血压防治指南》、《中国糖尿病防治指南》及公共卫生慢性病（高血压、2型糖尿病）患者管理服务项目指导方案的具体管理和规范管理要求，指导我院公共卫生服务人员熟练管理和规范管理程序，牢固掌握疾病的筛查、评估、个人信息的采纳、登记、归档工作要领，工作中一定要按要求认真填写信息表格，准确记录数据，及时发现目标管理服务人群，做到及时发现患者，及时登记信息，及时建档管理及时随访。

同时，要求各级公共卫生人员每月按时上报各类疾病患者本

月的发现数和累计病人数，并按实施方案要求定期管理，帮助患者家属及社会人群了解高血压、2型糖尿病对个人、对家庭危害，教育目标人群自我识别高血压、糖尿病，从而减少疾病造成的影响，指导目标人群倡导“合理膳食，戒烟戒酒，适量运动，心理平衡”的健康生活方式，重点干预35岁以上正常高值血压，超重肥胖人群，以利推迟或预防高血压、2型糖尿病的发生，同时指导高血压、糖尿病患者规范用药，按各个患者的实际情况决定防治措施，告诉患者出现哪些异常时应及时就诊，做好危急患者的转诊工作，督导门诊和村医为辖区内慢性病患者建立管理档案，从而使慢性病从管理到规范管理。

20xx年，按县卫生局慢性病管理服务要求，开展慢性病管理服务项目，卫生院及全乡24个村委8个村医全面开展慢性病（高血压、2型糖尿病）筛查评估建档工作，落实公共卫生管理工作人员6人，全乡登记35岁以上高血压患者（）人，免费体检访视（）人，管理率100%。全乡登记（）岁以上糖尿病患者（）人，没免费体检访视（）人，管理率100%。

公共卫生管理服务项目通过一年的实施，全乡慢性病工作取得了一些成绩，但是还是存在着有一部分群众的健康意识不强，存在不够重视的情况，另外部分村医责任心不强，不能按要求开展管理工作，不按时筛查上报工作开展情况，没有充分发挥村医在村级的实际作用。因此，这就需要卫生院加强对村医的培训工作，明确工作目标和此项工作的重要认识，改变服务意识，增强防病能力，增强公共卫生人员责任心，加大健康教育力度，达到以防为主，防治结合，指导和帮助慢性病患者医疗、康复，减少慢性病的发病，有利于家庭、社会和谐发展。

慢病工作总结与计划篇三

房县20xx年慢性非传染性疾病防治工作计划 为进一步落实基本公共卫生服务均等化项目工作在我县全面开展，遵循突出

重点，分级管理的原则，以规范化建设管理为标准，以创建“慢病综合防治示范区”、“健康湖北”、“疾控工作强基工程”为契机，结合我县慢病防治实际情况，努力推进湖北省全民健康生活方式行动，逐步开展示范创建等健康促进活动，加强业务培训，为我县慢病综合防治的开展，特制订20xx年慢病综合防治工作计划。

（一）全面实施基本公共卫生均等化项目服务慢性非传染性疾病管理工作，以《国家基本公共卫生服务规范□□20xx年版）为依据和标准，全力做好慢性病相关的基本公共卫生均等化项目服务的工作落实□20xx年常住人口居民健康档案建档率要达到100%（纸质和电子），65岁以上老年人、高血压、糖尿病、重性精神病患者登记率达到60%及以上，规范化管理率达到60%及以上，血压、血糖控制率达到45%及以上。

（二）重点做好慢性病综合防治工作，以城乡居民健康档案建档为支撑，积极探索以人群分类管理为基础，以高血压、糖尿病、老年人健康管理、重性精神疾病为重点的慢病防治工作方法途径。

（三）积极开展慢性病控制工作。促进县级以上医疗机构死因监测、网络报告工作及肿瘤监测工作的进一步实施。督导乡镇卫生院城乡居民健康档案建档工作任务的落实，加强质量控制，提高数据质量。

（四）积极推进全民健康生活方式行动，以示范创建工作为重心，指导全县开展形式多样的慢性非传染性疾病相关的健康宣传、健康促进活动。

（一）全面落实居民健康档案、慢性非传染性疾病相关的基本公共卫生均等化项目服务工作。

1、以建立居民健康档案为基础，慢性病健康教育为重点，探索疾控机构指导基层公共卫生开展慢病防治的方法与模式。

2、做好业务指导与培训，推广国家基本公共卫生服务规范和湖北省慢病社区综合防治技术，举办慢性病综合防治培训班，加强慢病防治队伍能力建设。

3、每季度开展居民健康档案、慢病管理情况的督导、统计和评估，并在全县进行信息通报。每月及时上报、审核公共卫生信息报表。

（二）做好慢性非传染性疾病相关的死因监测、肿瘤监测工作。

（1）在县直医疗机构开展死因监测、肿瘤监测工作，做好常规死因网报审核及分析工作。

（2）加强死因、肿瘤监测工作督导，提高死因、肿瘤监测工作质量。

（3）举办死因监测培训班，提高专业人员业务素质和工作能力。

（三）慢性病人随访管理

1、通过居民健康体检对发现的慢性病进行登记、管理，重点做好高血压、糖尿病、重性精神病和老年人健康管理，积极推广患者自我管理模式。

2、督促落实乡镇卫生院对辖区内的高血压病人、糖尿病病人进行一年不低于四次面对面随访工作，落实对老年人进行一年一次健康体检和重性精神病病人的随访管理，按要求做好相关项目检查，做好随访记录、填写存档备查并保证信息的真实性、准确性。同时做好服务券的督导、管理工作。

（四）开展健康教育和健康促进活动

1、采取多种形式开展慢性非传染性疾病相关知识的宣传健康教育、充分利用广播电视进行宣传慢性病防治知识。

2、组织专业技术人员对慢性病人进行慢性病防治知识讲座。

（五）积极推进全民健康生活方式行动。

示范社区，示范单位、示范食堂、示范餐厅、示范超市等，进一步调动广大居民的积极性，逐步提高居民健康素质。

2、在城关、红塔、军店、化龙等重点乡镇开展全民健康生活方式行动的健康教育和行为干预试点。规范和完善健康促进活动内容，为全面推进全民健康生活方式行动探索和经验收集，并做好全民健康生活方式行动信息上报工作。

2、制定完成“5、31”世界无烟日、“9、20”全国爱牙日、“10、8”全国高血压日、“11、14”世界糖尿病日等相关慢性病宣传日计划、方案，指导开展好宣传活动，并完成宣传总结工作。。

3、全年开展“肿瘤监测”、“死因监测”、“全民健康行动”工作，并做好报表、年报分析、统计总结工作。

4、12月份整理资料，迎接上级有关部门的年终检查和考评工作。

慢病工作总结与计划篇四

一、提高思想素质，坚持政治学习制度。认真学习十七大、十七届三中四中全会精神，结合《2015年行风建设目标管理》和《2015年党风廉政建设》相关知识，开展党风廉政、行风建设、医德医风和廉洁自律教育，引导广大干部职工牢固树立爱岗敬业、忠于职守、依法执业、诚信优质服务的观念，认清医药购销、医疗服务领域商业贿赂的严重性和危害性，

提高治理医药购销和医疗服务领域商业贿赂的自觉性。

二、理论与实践相结合，进一步提高工作实践技能。工作情况：2015年，我主要从事对慢性病方面的管理和防治。慢病防治工作中主要负责慢病危险因素监测、重症精神病的管理、心脑血管和肿瘤的监测、数据搜集、管理和监测报告的书写；在这一年里，对基层各单位下乡指导和督导达四次以上。通过这一年的工作实践，不断学习和进步，熟练完成每个工作环节。此外，在科室领导的带领下，协助科内人员的其他工作，并按时完成。

三、加强学习与培训，提高业务工作水平。

为圆满完成2015年度各项工作任务，全面提升专业知识水平，多次到上级业务部门培训学习。通过学习培训，及时掌握了国家最新的疾病预防控制策略、防制技术和工作要求，不断增强和更新专业知识，提高业务水平和工作效率。

近一年的工作，不仅提高了我的专业技能、拓宽了我的知识面，而且在取得成绩的同时，我更深刻地意识到自己在交际与工作实践方面的能力有待于进一步提高，因此，我要继续保持谦虚谨慎的工作态度，踏踏实实的工作作风，继续认真的学习、向同事学习、向其他领域的老师学习，永葆学习的积极性与主动性，在思想上与行动上与时俱进，提高要求，争取来年在工作中取得更好的成绩。

慢病工作总结与计划篇五

一、认真落实慢病防制指导思想11年我院慢病工作在城区疾控中心的具体指导下深入社区，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。

二、结合医德医风教育，提高慢病专职人员职业道德修养

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。做到自觉把“医德医风规范”落实的医疗服务工作中，进一步恪守服务宗旨，增强服务意识，提高服务质量，树立全新的医院文明形象。

三、慢病防制的内容及措施1、强化慢病防制网络工作

我院定期开展自查工作，严格按照县疾控中心的要求，对慢病各项工作举行日常自查工作，及时纠察纰漏，不断提高工作质量，同时针对上半年考核中存在的问题，我们认真分析，积极改正。截至12月份，共纳入慢病管理人数：高血压333人，糖尿病32人。我们定期举办了高血压、糖尿病等慢病的预防知识健康讲座，向广大居民传递了高血压病和其他慢性病的防治知识，带领着居民群众，走出了对高血压及其他慢性病认识的误区和盲区，给任重而道远的乡镇预防保健工作打下了坚实的根基，同时一定程度上解决了乡镇居民看病难、看病烦的问题，真正架起了医患之间、社区和群众之间的连心桥，为社区居民的健康撑起了保护伞。

四、求真务实，科学防治，全面落实慢病预防控制工作、开展社区主要慢病的健康教育今年1月~12月，举办讲座、咨询、义诊等活动24场次，受益居民近千人次。发放教育处方20余种，共近3万份，制作慢病防制健康教育橱窗6块，更换张贴卫生报纸、墙报40余块。、进一步加大慢病健康教育力度，以三病防治知识为重点，利用“3.24世界防治结核病日”、“4.26全国疟疾日”、“10.8全国高血压日”、“11.4世界糖尿病日”、“12.1艾滋病日”等宣传日，组织开展多种形式的宣传教育讲座活动，普及防病知识。共计展出展牌20余块，接受咨询500余人次，发放宣传资料700余份。

五、下一步工作计划、抓好门诊医生责任及业务素质培养，完善门诊登记制度(根据《20xx公共卫生服务项目考核标准》要求35岁以上首次门诊患者必须测血压并记录于门诊日志，检查时随机抽查10个，一人未测扣0.1分，门诊以及相关辅助科室设高血压，糖尿病登记本，凡是门诊发现高血压，糖尿病患者必须及时登记，根据卫生局领导的意见，可以考虑按登记人数给予一定补助：化验室设糖尿病筛查登记本，凡检查血糖患者都应该登记在册，可以考虑按登记人数给予一定补助。)，同时公卫人员要积极配合医生工作，定时（每月或每季度）按时收集有关登记资料，录入电脑并完善相关筛查登记工作，做出台帐。。、乡村医生加强培训和监督，使卫生室积极参与慢病管理工作，以促进基层工作的进展，更好的服务于群众；村卫生室做好慢病患者的登记工作，做好档案的动态管理，随访新发现患者，需要及时记录登记，做好慢病的报表并及时上报。建议一些距离较远不愿意来我院随访的慢病患者，由村卫生所医生进行随访，并按人次给予一定随访补助；、做好健康教育宣传工作和非药物干预措施，建立健康的生活方式来减低慢病发病率。、做好健康体检工作，进一步提高对疾病的发现率。体检结果及时反馈，及时对高危人群进行干预11年我院慢病防制工作取得显著成绩，需要每位医务人员共同努力协调。不仅是中心各硬件设施的完善，更需要街道居委会居民共同配合完成。在改善辖区居民健康知识，健康行为的同时提高医务人员健康素养，从而推广到整个辖区。但也存在不足之处，内部制度化、规范化管理还有待加强，社区医生队伍建设有待整体提高，高血压俱乐部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，加强社区医生素质培养，努力开创慢性病预防控制工作的新局面。