

最新高血压工作总结(优秀9篇)

总结，是对前一阶段工作的经验、教训的分析研究，借此上升到理论的高度，并从中提炼出有规律性的东西，从而提高认识，以正确的认识来把握客观事物，更好地指导今后的实际工作。总结怎么写才能发挥它最大的作用呢？以下是小编收集整理的工作总结书范文，仅供参考，希望能够帮助到大家。

高血压工作总结篇一

根据**市人民政府办公室《关于印发**市实施减盐防控高血压项目工作方案的通知》（威政办发〔2014〕27号）和**市卫生局等15部门《关于印发**市2014年减盐防控高血压项目工作方案的通知》（威卫疾控〔2014〕11号）、《关于印发〈2014年减盐防控高血压项目考核方案〉的通知》（威卫疾控〔2014〕27号）精神，现就我区教育系统进一步做好中小學生减盐防控高血压工作汇报如下。

二、在全校开展了以减盐为主题的各种活动，多方位抓好减盐防控高血压活动，大力推广全民健身运动。加强了食堂的管理，要求食堂管理员严格控制食盐摄入，按照学生的人数（每人中午2克盐的标准）用盐。从各个方面宣传低盐饮食有益健康，发放致家长的一封信，利用黑板报和广播等形式宣传。愿人人都有一个健康的身体。通过此次培训和宣传大家都懂得了低盐饮食的重要性。

部分学校围绕“减盐防控高血压应该从青少年做起”“血压偏高如何缠上我们的孩子”“低盐对孩子更重要”“减盐防控高血压必备知识”等几个方面，结合多媒体宣传资料，就高血压产生的原因、高血压对身体的危害等方面的知识向学生进行了宣传，进一步强化了学生的饮食安全意识，号召学生自觉抵制不良摄盐习惯。

三、家校联手做好减盐防控高血压工作。各学校利用家委会、家校通等形式，向全体家长发放了^v^减盐防控高血压从学生抓起^v^宣传材料，号召家长们积极行动起来，关注孩子饮食安全，关注孩子身体健康。

我区各校通过活动的开展，对师生们养成科学饮食习惯、改变多吃少动的不良生活方式、有效防止血压升高，都起到了积极作用，受到了师生及家长们的一致好评。今后，我们还将把这项活动深入开展下去，培养师生减盐控压意识，切实通过减盐达到控压目的。

高区教育局

高血压工作总结篇二

xxxx年10月8日是第一个“全国高血压日”。为有效预防和控制高血压，提高广大群众对高血压病的认识和重视，根据《国家卫生计生委办公厅关于开展xxxx年慢病宣传日活动的通知》国卫办疾控函[xxxx]65号。河南省疾控中心9月11日下发了《河南省疾病预防控制中心关于开展xxxx年慢病系列宣传日活动的通》（豫疾控[xxxx]107号）文件。要求各地制定宣传计划，结合宣传主题“知晓您的血压”，充分利用各级信息平台，开展多种形式的宣传活动，普及科学知识，倡导健康的生活方式理念，提高公众高血压防控意识。

10月8日前后18个省辖市和各县区都积极行动，开展了丰富多彩，多种形式的宣传活动。各地疾控中心联合辖区医疗单位及基层医疗卫生机构一起参与到高血压日宣传活动中来，活动现场设立咨询台，接受群众关于防治高血压疾病相关知识咨询；并免费为居民测量血压；发放折页等宣传资料并为群众讲解控制食盐摄入，戒烟限酒，树立健康的生活方式等高血压防治知识。

活动现场悬挂今年高血压宣传主题“知晓您的血压”横幅；摆放高血压日宣传展板；发放控盐勺等高血压健康教育资料和健康生活方式干预工具。10月8日当天洛阳市疾控中心主管领导带队对市内各区宣传活动进行督导，并联系电视台和报社进行了现场采访报道；安阳市主动联系新闻媒体进行报道，充分利用网络媒体开展高血压知识宣传，共发布微信、微博50余条；周口市领导重视，部署周密，从副市长开始各级领导都积极参与到高血压日宣传活动中来，众多地方媒体对活动进行了详细的报道和宣传。

通过此次宣传活动，使广大群众进一步了解了高血压的防治知识，强化了群众的高血压防治意识，提高了社会对高血压的科学认知水平，倡导了合理营养、健康饮食，保持理想体重等健康生活理念，有效加强了群众们对高血压的正确认识，增强健康血压观念和自我保健的意识，使高血压防治知识知晓率和行为形成率不断提高，收到了良好的社会效益。

高血压工作总结篇三

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社区，慢性病的社区预防是慢性病防治最有效的手段，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，将慢性病防治工作纳入基本公共卫生项目服务的考核目标，创造支持性的环境，走“防治结合，预防为主”的道路。根据浙江省基本公共卫生服务规范要求，特制定今年高血压慢性病防治工作计划。

1. 通过实施浙江省基本公共卫生服务高血压管理项目，对城乡居

民的高血压等慢性病及相关危险因素实施干预措施，减少吸烟、饮酒不良生活方式等主要健康危险因素，有效预防和控制高血压。

2. 对明确诊断的高血压等慢性非传染性疾病登记建档率达98%以上；对明确诊断的高血压主要慢性非传染性疾病健康体检率达到98%以上；对明确诊断的高血压等主要慢性非传染性疾病规范管理率达100%；以上对明确诊断的高血压、等主要慢性非传染性疾病血压控制率达到90%以上。

（一）高血压患者管理

根据《高血压患者管理服务规范》对辖区内35岁及以上高血压患者进行规范管理。

1. 高血压患者筛查途径为：对35岁及以上辖区居民每年首诊测血压；居民诊疗过程测量血压；健康体检及高危人群筛查中测量血压；通过宣传教育让患者主动与我院联系；居民健康档案建立过程中询问等。

2. 建立高血压患者健康档案。建立高血压患者健康档案，按要求对高血压患者进行体检、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。加强我院对高血压患者登记的规范化管理，实现工作流程制度化，登记资料规范化，达到我市高血压登记规范要求。在对高血压患者实施健康管理过程中，要用好健康档案，不断充实和丰富健康档案内容。

3. 高血压患者管理。对确诊的高血压患者，每年要提供至少4次面对面随访，每次随访要询问病情，开展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。

4. 高血压患者健康检查。高血压患者每年至少进行一次免费健康检查，可与随访相结合，内容包括血压、体重、随机血糖

（指血）测量，一般体格检查和视力、听力、活动能力的一般检查和血常规。

5、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。

高血压工作总结篇四

1. 对糖尿病高血压患者每季度进行一次健康随访

2. 投入资金购置血糖检测仪，对患者血糖进行监测

3、对高血压、糖尿病等慢性病高危人群进行健康指导和生活方式干预，对确诊高血压、糖尿病患者进行登记建档、纳入健康管理，并定期随访，以提高高血压、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、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，普及辖区居民高血压、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。

5、建立规范化的高血压、糖尿病计算机档案管理系统。

慢病的预防和控制是一个长期的过程[]20xx年慢病管理工作虽然取得了一定的成效，但也存在许多不足之处。

1、电子档案基本信息采集不全；

2、慢病随访不及时；

3、慢病随访表及其它相关资料管理不规范；

4、慢病管理人员不足。

在明年的工作中，我们将取长补短，不但摸索更好管理方法弥补不足，更加努力地慢病管理工作做得更好。

高血压工作总结篇五

20xx年x月x日是我国第17个“全国高血压日”，本次宣传活动主题为“知晓您的血压”，为有效预防和控制高血压，提高广大群众对高血压病的认识和重视，根据我市疾病预防控制中心文件要求，我院精心组织、认真实施，于10月x日安排医院公共卫生科10人，在医院门口及岳庄农贸市场举办了以主题为“知晓您的血压”的健康咨询宣传活动。目的是提高广大居民对高血压病知晓率、治疗率、控制率的了解，达到高血压病早期发现、早期诊断、早期治疗的目的，促进基本公共卫生服务项目工作更好的落实。

通过广泛宣传高血压的防治知识，进一步加强居民健康教育和健康促进，提高居民的健康教育意识和健康水平，使居民知晓“定期到医疗机构”测量血压等核心知识，提高高血压患者的知晓率、治疗率、控制率、推进高血压患者建档管理，从而减少心血管疾病的发生率和死亡率。

积极采取行动预防和控制高血压，共享健康生活，另外还进一步提高了居民学习健康知识的主动性，加强了居民预防和控制高血压的意识和能力。本次活动使居民加深了对高血压及健康生活方式的理解，对如何防治高血压病有了清晰的认识。此次活动受到了当地广大居民的一致好评，并取得了良好的社会效果，达到了预期目的。

侯镇中心卫生院

20xx年x月x日

高血压工作总结篇六

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社区，慢性病的社区预防是慢性病防治最有效的手段，社区慢性病的防治工作的好坏关系到慢性病防治的效果。我中心充分认识慢性病防治的重要性，将慢性病防治工作纳入基本公共卫生项目服务的考核目标，创造支持性的环境，走“防治结合，预防为主”的道路。根据要求，特制定高血压慢性病防治工作计划。

一、工作目标

1. 通过实施国家基本公共卫生服务高血压管理项目，对城乡居*的高血压等慢性病及相关危险因素实施预措施，减少吸烟、饮酒不良生活方式等主要健康危险因素，有效预防和控制高血压。
2. 对明确诊断的高血压等慢性非传染性疾病登记建档率达98%以上；对明确诊断的高血压主要慢性非传染性疾病健康体检率达到98%以上；对明确诊断的高血压等主要慢性非传染性疾病规范管理率达60%；以上对明确诊断的高血压、等主要慢性非传染性疾病血压控制率达到40%以上。

二、主要措施

根据《高血压患者管理服务规范》对辖区内35岁及以上高血压患者进行规范管理。

1. 高血压患者筛查途径为：对35岁及以上辖区居*每年首诊测血压；居*诊疗过程测量血压；健康体检及高危人群筛查中测量

血压;通过宣传教育让患者主动与我中心联系;居*健康档案建立过程中询问等。

2. 建立高血压患者健康档案。建立高血压患者健康档案，按要求对高血压患者进行体检、咨询、随访与健康干预等，将相关信息与活动记录在居*健康档案中进行登记，实现档案的规范化管理。加强我中心对高血压患者登记的规范化管理，实现工作流程制度化，登记资料规范化，达到高血压登记规范要求。在对高血压患者实施健康管理过程中，要用好健康档案，不断充实和丰富健康档案内容。

3. 高血压患者管理。对确诊的高血压患者，每年要提供至少4次面对面随访，每次随访要询问病情，开展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。

4. 高血压患者健康检查。高血压患者每年至少进行一次免费健康检查，可与随访相结合，内容包括血压、体重、随机血糖(指血)测量，一般体格检查和视力、听力、活动能力的一般检查和血常规。

5、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*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。

高血压工作总结篇七

一、主题：“健康生活方式——健康血压”。

二、活动时间：

1. 于10月8日上午在医院门诊部门前悬挂横幅、发放宣传折页、在会议室进行高血压知识讲座。

2. 于10月8日——10日晚上到各个连队为拾花工测量血压，发

放宣传折页。

三、目的：通过高血压日的宣传教育活动，进一步加深了居民对高血压危害性的认识，提高了居民的高血压防治意识，动员全社会都来参与高血压预防和控制工作，形成主动测量并定期监测血压的健康理念意识，提升了居民高血压的知晓率、服药率和控制率，以便做到高血压的早发现、早诊断、早治疗，促进辖区的高血压病规范化管理。

四、及时总结。

xxx疾控中心

2012年10月5日

高血压工作总结篇八

一、组织管理

2、对辖区内重点人群开展高血压、2型糖尿病筛查，早期发现高血压、糖尿病患者，确保对高血压、糖尿病病人的早诊断、早管理。

3、对高血压、糖尿病等慢*病高危人群进行健康指导和生活方式干预，对确诊高血压、糖尿病患者进行登记建档、纳入健康管理，并定期随访，以提高高血压、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、从群体防治着眼，个体防治入手，对高血压、糖尿病等慢*病定期随访管理，探索管理模式和机制。

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，普及辖区居民高血压、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、糖尿病计算机档案管理系统。

二、慢病建档及管理

1、高血压患者建档及管理

(1)20xx年高血压筛查：2805人。

(2)20xx年35岁首诊查血压：100%。

2、糖尿病患者建档及管理

□1□20xx年糖尿病患者筛查：2760人。

(2)20xx年40岁以上首诊查血糖：100%。

三、慢病健康教育

1、全年开展与慢病相关健康教育12期；

2、全年举办与慢病防治相关宣传栏8期；

3、全年发放与慢病防治相关宣传单2680份；

四、培训

1、全年参加上级慢病相关知识培训6人次；

慢病的预防和控制是一个长期的过程□20xx年慢病管理工作虽然取得了一定的成效，但也存在许多不足之处。

1、电子档案基本信息采集不全；

- 2、慢病随访不及时；
- 3、慢病随访表及其它相关资料管理不规范；
- 4、慢病管理人员不足。

在明年的工作中，我们将取长补短，不但摸索更好管理方法弥补不足，更加努力地慢病管理工作做得更好。

20xx年12月26日

一、基本情况

20xx年在高血压中医健康管理工作在协作组会议结束后，我局组织各社区卫生服务中心主任，认真学习会议文件，领会会议精神，吸收项目组内其他省份好的经验和做法，讨论该项目在我区实施的意见建议。结合20xx年我局已有的慢病防治措施和《高血压患者中医健康管理技术规范应用》、《*高血压防治指南》高血压患者规范化管理要求，大力开展中医*防控工作以高血压病为重点，结合控*、控酒、饮食干预等措施，积极开展健康宣教。构建中医*预防保健服务体系，加快推进中医*事业全面协调发展。

二、主要做法

1. 加强宣传

在健康咨询和义诊活动中向社区居民宣传中医“简、便、廉、效、验”的特有优势，义诊活动受益居民近千人次，在义诊过程中先期开展项目筛查活动。在日常诊疗过程中突出中医特*，推广中医*适宜技术，在社区卫生机构积极开展中医耳穴治疗高血压项目。编制印发中医*健康教育处方、中医养生手册和中医保健常识图册等，发放共近5000份。在社区卫生服务机构充分利用宣传栏、电子屏宣传中医养生、防病治病知

识。各社区卫生服务机构举办的健康教育讲座中贯穿中医*知识，同时部分机构积极组建高血压俱乐部，方便高血压患者间进行交流。区健教所为居民举办专题讲座，普及中医慢*病保健常识，着重突出中医的养生保健、食疗*膳、情志调摄、运动功法、体质调养等特*内容。

2. 制订规范

*《社区慢病中医*预防及治疗实施方案》，指导社区卫生服务机构用中医*方法预防治疗慢*病，在规范管理高血压和糖尿病患者中，运用中医*知识对患者进行健康指导。

3. 加强培训

进一步加大规范管理力度。按照《*高血压防治指南》、《*糖尿病防治指南》要求，各中心着手对项目医护人员和慢病管理人员进行集中培训，有利于提高数据监测质量。

三、存在的问题

1. 资金不足，开展该项目需自筹资金。现阶段由各社区中心承担该费用，给社区中心造成较大压力。经费不足给工作的开展带来了许多困难。希望项目组能在经费、设备上给予支持。

2. 队伍建设问题

社区卫生队伍中，中医人才缺乏，特别是能将中医*服务融合到社区卫生保障体系中的专门人才缺乏。社区卫生服务机构工作人员绝大多数以前从事的是专科诊疗项目，社区卫生服务工作要求医务人员必须从单一的生物模式转向生物-心理-社会医学模式进行转变，相比上级医疗机构，社区卫生工作人员待遇偏低，好的人才难引进，现有的人员难调出，影响了社区服务队伍的整体活力。希望项目组在高血压患者中医

健康管理工作中，能在人员培训上给予指导，使医护人员提高服务效率和服务质量。

四、今后打算

也存在不足之处，如项目经费缺乏、内部协调机制有待完善、规范化管理还有待加强，项目医护人员和慢病管理人员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20xx年的工作中，我们进一步探索中医在高血压科学规范管理方面的新机制，进一步拓展中医*在高血压病防控服务的新功能，加强片医团队素质培。

高血压工作总结篇九

一、组织管理

特成立公共卫生组，团队人员组成有全科医师、全科护士及公共医师组成，按工作要求分片负责慢病工作的实施。

二、服务对象

辖区内35岁及以上高血压患者。

三、服务内容

能按考核标准的要求以国家制定的“高血压患者管理服务规范”的规定开展工作。

四、资料管理

高血压患者的建档及随访工作均由临床医生负责，每月随访结束后由临床医生负责将记录输入电脑，然后把随访登记本规范存档，并负责检查随访内容及相隔时间是否填写规范，及时将检查结果反映给临床医生，然后及时统计、上报工作。

至20xx年x月底，高血压患者规范管理人数（）人。

五、业务培训

我卫生院组织辖区内各村村医、本院医生、护士等人员，学习高血压防治知识并进行业务考试。

六、存在问题

- 1、相关人员对高血压防治知识不全面；
- 2、缺乏主观能动性，如每次随访都要卫生科人员去催促；
- 3、资料统计业务水平有待提高，加强熟练。