

2023年慢病综合防控示范工作总结(精选5篇)

总结的选材不能求全贪多、主次不分，要根据实际情况和总结的目的，把那些既能显示本单位、本地区特点，又有一定普遍性的材料作为重点选用，写得详细、具体。相信许多人会觉得总结很难写？下面是小编整理的个人今后的总结范文，欢迎阅读分享，希望对大家有所帮助。

慢病综合防控示范工作总结篇一

20xx年我院慢病自我管理小组工作在院领导的具体指导下深入各村，开展慢病自我管理小组工作以高血压、冠心病、脑卒中、糖尿病为活动重点，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。

指导人员要坚持以患者为中心，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。恪守服务宗旨，增强服务意识，提高服务质量。

1、我院共有4个慢病自我管理小组，全年每组开展活动6次，平均每2月一次，参加人数平均10人以上。活动内容主要以慢病的预防指导为主。

2、活动形式：一是自我管理小组指导员授课；二是自我管理小组成员互相交流讨论；三是解决提出的问题；四是指导员一对一口头指导；五是组织开展一些娱乐性活动。

通过今年的活动，确保了我镇慢病综合防控工作科学、快速有效地开展，减轻慢性病对人民群众身体健康的危害，控制

了辖区慢病的发病率和死亡率。在指导员的悉心指导下，患者知道了慢性病的防治与治疗保健，通过慢性病防治必要的技能来提高生活质，延长健康寿命。受到了广大患者一致好评。为满足人民群众健康需要，我院决定慢性病自我管理小组活动继续开展，加大宣传力度，逐年增加慢性病自我管理小组。

慢病综合防控示范工作总结篇二

为有效预防和控制高血压、糖尿病等慢性病，根据《梧州市2011年基本公共卫生服务慢性病管理项目工作方案》及县卫生局要求，我院对我辖区内社区居民的高血压、2型糖尿病等慢性病建立健康档案，开展高血压、2型糖尿病等慢性病的随访管理、康复指导工作，掌握我辖区内高血压、2型糖尿病等慢性病发病、死亡和现患情况。

1、高血压患者管理

检测血压；和健康档案建立过程中询问等方式发现高血压患者。

(2) 是对确诊的高血压患者进行登记管理，并提供面对面随访，每次随访询问病情、测量血压，对用药、饮食、运动、心理等提供健康指导。

(3) 是对已经登记管理的高血压患者进行一次免费的健康体检（含一般体格检查和随机血糖测试）。对原发性高血压患者，每年进行1次较全面的健康检查，可与随访相结合。内容包括体温、脉搏、呼吸、血压、身高、体重、腰围、皮肤、浅表淋巴结、心脏、肺部、腹部等常规体格检查，并对口腔、视力、听力和运动功能等进行粗测判断。

(1) 通过健康体检和高危人群筛查检测血糖；建立居民健康档案过程中询问、及日常诊疗工作等方式发现患者。

(2) 是对确诊的2型糖尿病患者进行登记管理，并提供面对面随访，每次随访要询问病情、进行空腹血糖和血压测量等检查，对用药、饮食、运动、心理等提供健康指导。

(3) 是对已经登记管理的2型糖尿病患者每年进行1次较全面的健康体检，体检与随访相结合。内容包括体温、脉搏、呼吸、血压、身高、体重、腰围、皮肤、浅表淋巴结、心脏、肺部、腹部等常规体格检查，并对口腔、视力、听力和运动功能等进行粗略判断。

截止2011年8月份，我院对辖区内35岁及以上常住居民进行糖尿病筛查人数为2463人，共登记管理并提供随访的糖尿病患者为388人。今年上级定的任务为612人，完成规范化建档任务率63.39%，糖尿病患者管理率为25.34%，并按要求录入居民电子健康档案系统有337份。部份县医院建档的还没录入。

总之，直至目前，我院通过对慢性病病人的规范化管理，降低了慢性病病人的慢性病复发率和致残程度，提高了慢性病病人的病后生活质量，实现了大病进医院，小病进社区的服务模式，有效解决了社区群众“看病难、看病贵”的问题，以“优质、方便、廉价”的服务，赢得了当地百姓的初步认可。

藤城卫生院

2011年8月30日

慢病综合防控示范工作总结篇三

一、认真落实慢病防制指导思想

20__年上半年度我院慢病工作在县疾控中心的具体指导下深入到村，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。进一步恪守服务宗旨，增强服务意识，提高服务质量，树立全新的土桥卫生院文明新形象。

三、慢病防制的内容及措施

1、强化慢病防制网络工作

为了加大信息工作力度，提高信息数量和质量，提升中心整体形象，推进慢病防制的规范。成立慢病工作小组设专兼职人员。从分管领导到各个科室，再到各村卫生室的医生深入到村。积极落实慢病防制工作的计划，开展各项慢病防制工作。形成了一个上下贯通、快速互动、灵敏高效的信息采集网络。通过激励先进，鞭策落后，促进全年信息工作目标任务的完成。

2、加强宣传力度，缓解群众经济负担

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，而公卫科的预防保健和健康教育是最佳投入效益的干预，加强公卫科慢病管理可以缓解“看病难、看病贵”的问题。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，公卫科慢病管理对辖区居民生命质量的提高至关重要。

3、定期开展自查工作，及时纠察纰漏

我院定期开展自查工作，严格按照疾控中心的要求，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6月份，高血压183人、糖尿病27人、重症精神病12人，于20__年慢病新增数相比“高血压”，“糖尿病”新增人数呈递减状态。说明关于高血压，糖尿病健康干预效果显著，须在新的一年里加强高血压、糖尿病的健康干预。

四、求真务实，科学防治，全面落实慢病预防控制工作

1、开展社区主要慢病的健康教育今年1月—6月，举办讲座、咨询、义诊等活动12场次，受益群众近300人次。发放教育处方6种，共近300余份，制作慢病防制健康教育橱窗1块，更换张贴卫生、墙报20余块。

2、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”、“5.31世界无烟日”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5块，接受咨询100余人次，发放宣传资料100余份。

五、工作体会、存在问题、打算

20__年上半年度我院慢病防制工作略显成绩，不仅是我院各硬件设施的完善，需要每位医务人员共同努力协调，更需要村医共同配合完成。在改善辖区群众健康知识，健康行为的同时提高医务人员健康素养。

同时也存在不足之处，内部规范化管理还有待加强，村医队伍建设有待整体提高。在今后的工作中，我们将进一步拓展慢性病预防控制服务的新功能，加强医务人员及村医素质培养，努力开创慢性病预防控制工作的新局面。

慢病综合防控示范工作总结篇四

一、认真落实慢病防制指导思想

2011年我院慢病工作在县疾控中心的具体指导下深入各村，大力开展慢病防制工作以高血压、糖尿病、重型精神疾病为重点，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，提高慢病专兼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：

为了加大信息工作力度，提高信息数量和质量，提升医院整体形象，推进慢病防制的规范。成立慢病工作小组设专兼职人员。宣传员深入社区。积极落实慢病防制工作的计划，开展各项慢病防制工作。促进全年信息工作目标任务的完成。

3、定期开展自查工作，及时纠察纰漏

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月底，我院共登记管理并提供随访高血压

病患者×××人，糖尿病患者××人，重型精神疾病××人。

针对不同阶段居民健康状况、热点咨询问题，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，同时一定程度上解决了居民看病难、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，为我镇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

1、开展主要慢病的健康教育举办讲座、咨询、义诊等活动，受益居民近千人次。发放教育处方××种，共近××余份。

2、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。接受咨询30余人次，发放宣传资料20余份。

五、工作体会、存在问题、打算

2011年本站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。更需要村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，村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，加强卫生院医务人员及村医生素质培养，努力开创慢性病预防控制工作的新局面。

乌石中心卫生院 2011年12月29日

慢病综合防控示范工作总结篇五

201x年我院慢病工作在县疾控中心的'具体指导下深入各村,大力开展慢病防控工作以高血压、糖尿并重型精神疾病为重点,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,尽最大努力为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,树立全新的医院文明形象。

1、强化慢病防制网络工作:

为了加大信息工作力度,提高信息数量和质量,提升医院整体形象,推进慢病防制的规范。成立慢病工作小组设专兼职人员。宣传员深入社区。积极落实慢病防制工作的计划,开展各项慢病防制工作。促进全年信息工作目标任务的完成。

3、定期开展自查工作,及时纠察纰漏

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月底,我院共登记管理并提供随访高血压病患者×××人,糖尿病患者××人,重型精神疾擦×人。

1、开展主要慢病的健康教育举办讲座、咨询、义诊等活动,受益居民近千人次。发放教育处方××种,共近××余份。

2、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。接受咨询30余人次，发放宣传资料20余份。

201x年本站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。更需要村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，村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，加强卫生院医务人员及村医生素质培养，努力开创慢性病预防控制工作的新局面。