

2023年卫健局意识形态工作总结 慢病管理工作总结(优质5篇)

总结是指对某一阶段的工作、学习或思想中的经验或情况加以总结和概括的书面材料，它可以明确下一步的工作方向，少走弯路，少犯错误，提高工作效益，因此，让我们写一份总结吧。写总结的时候需要注意什么呢？有哪些格式需要注意呢？下面是小编为大家带来的总结书优秀范文，希望大家可以喜欢。

卫健局意识形态工作总结篇一

基本公共卫生服务是一项重大的民生工程，可以提高居民健康水平，促进三个文明建设和构建和谐社会，是完善卫生服务体系 and 社区保障体系的重大举措。本院积极开展并完善基本公共卫生服务，努力做好本镇的慢性病患者管理，争取尽快完成城乡一体化，也是进一步满足本镇居民群众的健康需求。下面将我院今年慢病管理工作情况总结如下：

为有效预防和控制高血压、糖尿病等慢性病，根据《国家基本公共卫生服务规范〔20xx年版〕》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、健康指导工作，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) 是通过开展35岁及以上居民测血压；居民诊疗过程测血压；健康检测血压；和健康档案建立过程中免费体检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—10月份共登记管理并提供随访高血压患者为1172人,并按要求录入居民电子健康档案系统。

(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测判断。

1—10月份,共登记管理并提供随访的糖尿病患者为212人,并按要求录入居民电子健康档案系统。

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。

卫健局意识形态工作总结篇二

随着经济的发展，生活方式的改善和老龄化得加强，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，而慢性病的防治的重心在社区，慢性病的社区预防是慢性病防治最有效的手段，创造支持性的环境，走“防治结合，预防为主”的道路。半年来我们的慢病管理工作如下：

一、建立健全慢性病防治网络，形成以小都卫生院为基准，各卫生站为分支，逐步深入的慢病防治网络体系，使慢病工作长久，持续，顺利的开展。

二、慢病干预：针对不同人群开展慢病相关知识讲座，半年共开展了9次健康教育讲座，促进居民改变不良生活方式，减少疾病发生，开展了1次宣传活动，使慢病防治知识广泛普及，为居民发放宣传资料3000余份，强化健康信息传播，提高慢病知识知晓率。

三、高血压、糖尿病高危人群的健康指导和干预：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1696份，主动筛查1000余人次等方式发现高血压、糖尿病高危人群，建立高血压慢病档案89份，糖尿病慢病26份，面对面访视173人次，电话访视4次。开展健康教育以改变不良的生活方式，通过健康教育提供高危人群对高血压，糖尿病相关知识及危险因素的了解，给予健康方式的指导，定期测量血压，血糖。

四、每月定期下火车站，双龙井社区为居民测血压，解答相关疾病问题，进行健康指导，并建立35岁以上门诊首诊病人测量血压制度。

五、定期对慢病的工作进行自查，对发现的问题做到及时记录，及时改正，不断促进慢病工作。

以上是我站慢病工作的具体情况，虽然取得了一些成绩，但据上级领导和社区内居民的要求还有一定的差距，我们一定会克服困难，更加努力搞好慢病管理工作，使社区内慢病的发病率控制在有效范围内，更好的为社区居民的健康贡献我们的绵薄之力。

卫健局意识形态工作总结篇三

在卫生局支持下加强慢病预防控制工作力度，充分履行慢病预防控制职能，保障了辖区居民身体健康和生命安全。现将20xx年工作总结如下：

20xx年我站慢病工作在卫生局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。

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。

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。由社区医生、护士工作人员，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。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。

慢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，而社区的预防保健和健康教育是最佳投入效益的干预，加强社区慢病管理可以缓解“看病难、看病贵”的问题。而社区慢病管理是社区医疗优势的一个突出体现。由于社区医疗距居民近，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，社区慢病管理对社区居民生命质量的提高至关重要。

2、社区诊断

社区人口构成，主要疾病谱、死因构成主要疾病患病率，以及社区主要慢病的高危人群、主要危险因素及其分布特征，进行内容、数据更新。

3、定期开展自查工作，及时纠察纰漏

我站定期开展自查工作，严格按照卫生局的要求，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。

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，给任重而道远的社区预防保健工作打下了坚实的根基，同时一定程度上解决了社区居民看病难、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。

1、开展社区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10余种，共近20xx

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7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”、“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8余块，接受咨询500余人次，发放宣传资料500余份。

20xx年我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。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。

卫健局意识形态工作总结篇四

慢病管理科在巨院长领导下加强慢病预防控治工作力度，充分履行慢病预防控治职能，保障了辖区居民身体健康和生命安全。现将20xx年上半年总结如下：

20xx年上半年慢病工作在区卫生局和社区中心的具体指导下深入辖区，大力开展慢病防治工作以高血压、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。

1、强化慢病防治直报工作

为了加大信息工作力度，提高信息数量和质量，推进慢病防治的规范。成立慢病工作小组。宣传员深入辖区，积极落实慢病防治工作的计划，开展各项慢病防治工作。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，加强辖区慢病管理，开展健康教育及宣传医疗保健知识，对慢病患者进行回访、跟踪，加强慢病管理对辖区居民生命质量的提高至关重要。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，给任重而道远的慢病管理工作打下了坚实的根基，同时一定程度上真正架起了医患之间、社区和群众之间的连心桥，为辖区居民的健康撑起了保护伞。

1、开展辖区主要慢病的健康教育。今年上半年举办咨询、开展健康讲座两次，受益居民近百人次。制作慢病防治健康教育板报3期。

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”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1000余人次，发放宣传资料20xx余份。

20xx年上半年我辖区慢病防治工作取得显著成绩，但还需要努力协调。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，慢病队伍建设有

待整体提高，高血压健康教育有待进一步拓展。在今后的工作中，我们将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，加强慢病人员素质培养，努力开创慢性病预防控制工作的新局面。

卫健局意识形态工作总结篇五

我院在罗江县卫计委公卫股及罗江县疾控中心的领导下加强慢病预防控制工作力度，充分履行慢病预防控制职能，保障了辖区居民身体健康和生命安全。现将20xx年上半年总结如下：

20xx年我镇慢病工作在疾控中心的具体指导下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。

以病人为中心，以服务对象满足为宗旨，牢牢捉住辖区居民关心的慢病题目。不断完善服务内容，改进服务方式，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，进步服务质量，树立全新基层卫生服务文明新形象。

1、强化慢病防制网络工作结合驻家庭式医生服务工作加大信息工作力度，提升我院整体形象，推进慢病防治的规范。成立慢病工作小组设专兼职人员。从分管领导到各个科室，再到各个村卫生室，深进各村各户积极落实慢病防制工作的计划，开展各项慢病防治工作。形成了一个上下贯彻、快速互动的信息采集网络。

2、慢性非传染性疾病的患病率不断上升、医疗用度的逐年增长已成为我国一个突出的社会题目，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

进效益的干预，加强慢病治理可以缓解“看病难、看病贵”的题目。而基层卫生院慢病治理是农村医疗上风的一个突出体现。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治理对农村居民生命质量的进步至关重要。

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，严格按照区疾控中心的要求，对慢病各项工作举行日常自查工作，及时纠察批漏，不断进步工作质量，同时针对上半年考核中存在的题目，我们认真分析，积极改正。

4、定期宣传、培训慢病知识针对不同阶段居民健康状况、热门咨询题目，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，向广大居民传递高血压病、糖尿病及其他慢病的防治知识，带领着居民群众，对高血压及其他慢性病熟悉的误区和盲区，给任重而道远的社区预防保健工作打下了坚实的根基，同时一定程度上解决了居民看病难、看病烦的题目，真正架起了医患之间、社区和群众之间的连心桥，为居民的健康撑起了保护伞。

20xx年上半年我镇卫生院慢病防制工作取得明显成绩，这要回功于每位医务职员（包括各村乡医）、各村居委会领导的共同努力协调。在改善各村居民健康知识，健康行为的同时进步医务职员健康素养，从而推广到整个分水镇。但也存在不足之处，内部制度化、规范化治理还有待加强，各村卫生室医务职员队伍建设有待整体进步，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治理的新机制，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。