

大一社会实践报告书 大一寒假社会实践 报告(优秀5篇)

无论是身处学校还是步入社会，大家都尝试过写作吧，借助写作也可以提高我们的语言组织能力。大家想知道怎么样才能写一篇比较优质的范文吗？下面是小编帮大家整理的优质范文，仅供参考，大家一起来看看吧。

慢病工作规划篇一

为全面推进学生的健康工程，结合本班教育的特点，落实与加强慢性病防治知识的普及，帮助学生树立正确的健康观，采取健康的生活方式，认真组织实施慢性病防控措施，特制定慢性病防控计划如下：

为提高学生特别是慢病高危人群的自我防病能力，根据校内慢性病高危人群特点，利用各种形式如讲座、健康专栏等，有针对性的开展健康教育，普及慢性病防治知识，倡导合理膳食、适量运动、心理平衡等健康生活方式，减少危险因素。

- 1、严格执行课程计划，落实计划、教材、课时，全面提高学生的健康知识知晓率和健康行为形成率。
2. 认真做好心理、健康教育的学科渗透工作，在各学科中渗透心理、健康教育。
3. 积极认真学习钻研教材，制定好教学计划，上好每周的心理、健康专题晨会，对学生进行慢性非传染性疾病防控知识宣传，保证每学期8-9学时。

- 1、学习慢性非传染性疾病的相关知识，了解其危害，掌握防控方法，加强对示范创建的认识。

2、开展“小手拉大手”慢性非传染性疾病防控宣传活动。

3、通过告家长书、校讯通等加强预防慢性非传染性疾病的知识宣传。

4、以校讯通、班级黑板报为平台，营造良好的健康教育氛围。

5、利用主题班队会开展慢性非传染性疾病防控教育活动。

6. 通过家长学校对家长进行慢性非传染性疾病防控知识讲座，提升家长对慢性非传染性疾病防控知识的认识，积极参与社区健康教育互动活动，形成学校、家庭、和社区的三方合力，建立持久、和谐的健康互动关系，增强全民意识。

7、关注特异体质和特殊疾病学生，针对学生自身问题，有针对性地开展教育。

1、 扎实贯彻落实中央7号文件精神，在没有体育课的当天，安排体育活动，确保学生每天锻炼一小时。

2、 重视体育工作，上好体育课、组织好大课间及体育活动，冬季长跑等。实施体育、艺术2+1项目。

3、 积极参加校级春季田径运动会。

1、 积极配合卫生部门，认真组织学生进行体检。

2、 根据体检汇总报告，发现问题，积极采取有效措施，预防常见病的发生，做好学生常见病、多发病的防治工作。对学生中常见病、多发病，如近视、龋齿、肥胖、营养不良等，加强监测，做好慢性非传染性疾病预防和矫治工作。

3、 加强体育锻炼，积极做好学生体质健康测试、汇总、上报等工作。

- 1、 加强健康教育计划制定、备课、考核等方面的检查。
- 2、 进行健康知识竞赛，利用好网络平台，参加“健康教育网络竞赛”。确保学生健康知识知晓率，健康行为形成率不低于80%。

慢病工作规划篇二

20xx年是我中心公共卫生服务规范化管理再上新台阶的开头年，任重道远，慢性病防治重心在社区，社区预防是最有效的手段，以防治结合，预防为主，根据慢性病防治要求，结合社区实际情况，制定今年工作计划。

1. 落实管理工作制度，将慢病管理工作责任落实到人；
2. 加大社区医务人员慢病防治知识培训；
4. 加强随访管理，提高管理率，使规范管理率大于等于80%；
6. 做好各种活动记录和归档情况，建立规范化的高血压、糖尿病电子档案管理系统。高危人群干预慢性病筛查。

建立慢病网格化管理系统和工作制度，对社区一般人群、高血压和糖尿病开展预防控制工作，在社区建立高血压、糖尿病防治机制。

2. 登记：将检出的患者建管理卡录入信息管理平台，进行系统化管理；

3、 随访管理和转诊：对检出的患者详细搜集病史进行必要的体格检查和实验室检查，按要求进行临床评估，实行分级管理和随访登记。对高血压和糖尿病采用药物治疗和非药物治疗方案，当患者出现《高血压、糖尿病防治基层使用规范》中规定情形时及时转诊上级综合性医院，待病情稳定后再转

回社区中心继续治疗、随访。帮助患者制定自我管理计划，对高血压、糖尿病患者进行自我管理技术支持。

2. 在社区定期举办高血压、糖尿病生活方式讲座、义诊等活动；

3. 在社区开展免费测血压、血糖。

1. 各团队高血压、糖尿病管理率和建档合格率；

2. 各团队高血压、糖尿病规范管理率；

3. 各团队高血压、糖尿病控制率；

4. 社区医务人员对慢性病管理规范和相关知识掌握程度；

5. 社区人群高血压、糖尿病防治知识知晓率；

6. 工作制度(什么制度?)和实施情况；

7. 各种活动的记录和归档情况。

慢病工作规划篇三

为建立健全符合我镇社会发展水平的慢性病管理系统，对城乡居民的慢性病实施干预措施，减少主要健康危险因素暴露，有效预防和控制高血压、糖尿病等慢性病，贯彻落实好《国家基本公共卫生服务规范》及上级有关部门要求，结合我镇实际情况，特制定本计划：

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。

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%。

慢病工作规划篇四

- 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，制定慢病管理工作制度，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。

慢病工作规划篇五

1、社区卫生服务站应设兼职人员负责慢性病管理工作，有社区站一居委会防治网络。

2、根据社区普查结果，建立社区站慢病统计学资料，制定年度工作计划和工作总结。

- 3、按要求免费为居民建立健康档案，对于慢性病人实行分类管理，定期入户访视，并有详细的记录。有条件的可实行微机管理。
- 4、社区卫生服务站有进行防治慢性病的宣传场所，应有黑板、桌椅、录音机、电视等必备的宣教设备。
- 5、社区卫生服务站针对不同人群定期举办慢病防治知识讲座；针对不同人群开展行为危险因素干预活动；要有详细的记录；定期发放慢性病宣传材料。
- 6、社区卫生服务站应开设慢性病咨询电话热线。
- 7、社区内应有体育锻炼场所，针对不同居民制定相应的体育锻炼计划，组织慢性病人开展相关的健身活动。
- 8、建立慢性病各项工作登记记录，并按要求统计上报。

慢病工作规划篇六

为建立健全符合我镇社会发展水平的慢性病管理系统，对城乡居民的慢性病实施干预措施，减少主要健康危险因素暴露，有效预防和控制高血压、糖尿病等慢性病，贯彻落实好《国家基本公共卫生服务规范》及上级有关部门要求，结合我镇实际情况，特制定本计划：

- 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。

慢病工作规划篇七

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。

慢病工作规划篇八

按照《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》相关要求，紧紧围绕《xx县20xx年慢性非传染性疾病防治工作计划》的精神，深入开展慢病监测、全民健康生活方式行动、示范单元创建等工作，现将xx县20xx年慢性非传染性疾病防治工作计划如下：

积极开展对公卫工作人员及村医的慢性病防控政策与知识宣讲工作，拟对公卫人员开展一次慢病防治工作现状的知识讲座，让其了解当前的慢病防控形势及慢病所带来的严重社会负担及经济负担，从而有利于慢病防治政策开发及工作开展。

加强慢性病监测工作，进一步提高慢病监测质量。在死因监测工作中，要求全镇10个村卫生室严格按照死因监测中的相关工作规范，正确填写医学死亡证明书并按规定时间上交到

我院进行网络直报。与此同时，规范村医对新发肿瘤纸质版报告的填写，保质保量地完成新发肿瘤监测工作任务；在心肌梗死及脑卒中病例报告中，要求各村卫生室对新发的心肌梗死及脑卒中病例进行详细的登记，进一步完善心肌梗及及脑卒中病例的既往慢病史（高血压、糖尿病）的信息。

健康教育与健康促进能有效地促进慢病防治工作的开展。在20xx年，我镇将继续在全镇的健康教育宣传栏上宣传慢病防治知识；搞好健康主题日，在“全民健康生活方式行动日”、“世界糖尿病日”、“全国高血压防治日”、“全国爱牙日”、“世界无烟日”等活动日中开展大型地健康教育与健康促进宣传活动，计划20xx年开展宣传活动12期。

严格按照《重庆市高血压综合防治工作管理规范》、《重庆市糖尿病综合防治工作管理规范》的内容，要求各村卫生室继续加大对辖区慢病患者的发现率（登记率），对已登记的高血压患者严格按照高血压一、二、三级管理要求做好高血压随访工作，逐步提高高血压与糖尿病管理率、规范管理率与控制率；积极利用辖区家庭医生的建立，探索慢病高危人群干预模式，对以户为单位的高危人群实施有效的慢病干预，从而减少慢病的发生。

在慢病监测工作，有针对性地开展死因监测、新发肿瘤登记报告、心肌梗死及脑卒中病例报告的`培训工作。在社区慢病管理中，加大对片区内乡镇卫生院的培训、指导与督导考核。全年累计计划开展慢病培训工作3次，累计指导与督导考核4次。

慢病工作规划篇九

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，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，制定慢病管理工作制度，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。

患者的自我管理知识和技能，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，探索建立区疾控中心管理、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，基层卫生院免费测血压、血糖方式发现高血压、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。

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。

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。