

# 2023年精神病院工作计划(通用5篇)

做任何工作都应改有个计划，以明确目的，避免盲目性，使工作循序渐进，有条不紊。那么我们该如何写一篇较为完美的计划呢？这里给大家分享一些最新的计划书范文，方便大家学习。

## 精神病院工作计划篇一

为落实《促进基本公共卫生服务逐步均等化的意见》和《基本公共卫生服务实施方案》以及相关重大公共卫生服务项目要求，为确保我镇重性精神病、高血压、糖尿病患者管理项目顺利开展，逐步建立综合预防和控制重性精神病患者危险行为的有效机制。根据卫生部《重性精神疾病监管治疗项目办法》和《重性精神疾病监管治疗项目技术指导方案》等相关规定，结合实际，制定本计划。

### 一、目标

(一)功能完善的对重性精神病、高血压、糖尿病患者管理。

(二)普及精神疾病、高血压、糖尿病防治知识，提高对重性精神疾病、高血压、糖尿病系统治疗的认识。

### 二、

(一)范围：全镇范围内实施。

(二)实施内容

1、培训：按照实施方案和技术规范要求，做好宣传。并做好入户访视工作，了解病人身体情况。收集没有明确重性精神病诊断，但有危险性倾向的人员信息，再建议其立即到专业机构诊断治疗的同时，上报上级精神病防治专业机构。

2、收集确诊病例资料。统计在档的重性精神病、高血压、糖尿病患者病例信息。

3、病情评估：为重性精神疾病、高血压、糖尿病患者建立健康档案：重性精神疾病、高血压、糖尿病患者纳入管理的时候，检查患者的精神症状和身体疾病，为符合诊断的患者建立健康档案。建档登记的内容包括患者及监护人姓名和联系方式等基本情况、患者精神疾病家族史、初次发病时间、既往诊断和治疗情况、既往主要症状、生活和劳动能力、目前症状、服药依从性、自知力、社会功能情况、康复措施、总体评价及后续治疗康复意见等。

4、定期随访：对于纳入管理的患者，每年至少随访4次，每次随访的主要目的是提供精神卫生、用药和家庭护理理念等方面的信息，督导患者服药，防止复发，及时发现疾病复发或加重的征兆，给予相应处置或转诊，并进行危机干预。对病情不稳定的患者，在现用药基础上，必要时与原主管医生联系或转诊至上级医院；对伴有躯体症状恶化或药物不良反应，应将患者转至上级医院。

5、患者报告：发现有危及他人生命安全或严重影响社会秩序和形象行为者为疑似精神疾病患者时，应立即拨打“110”向当地公安机关报警，由公安机关执行公务的人员送往就近或者当地卫生行政部门指定的精神卫生医疗机构明确诊断。

6、健康教育、康复指导：加强宣传，鼓励和帮助患者进行生活功能康复训练，指导患者参与社会活动，接受职业训练。与病人家属进行交流，发放精神病科普宣传资料，讲解精神病人护理知识，消除社会对精神疾病的歧视和误解。

## **精神病院工作计划篇二**

为落实《促进基本公共卫生服务管理的意见》和《基本公共卫生服务实施方案》以及相关重大公共卫生服务项目要求，

为确保我院重性精神病患者管理项目顺利开展，逐步建立综合预防和控制重性精神病患者危险行为的有效机制。根据卫生部《重性精神疾病监管治疗项目办法》和《重性精神疾病监管治疗项目技术指导方案》等相关规定，结合实际，制定本计划。

1、功能完善的对重性精神病患者管理。

2、普及精神疾病防治知识，提高对重性精神病系统治疗的认识。

辖区内常住居民。

1、培训：按照实施方案和技术规范要求，做好宣传。并做好入户访视工作，了解病人身体情况。收集没有明确重性精神病诊断，但有危险性倾向的人员信息，再建议其立即到专业机构诊断治疗的同时，上报上级精神病防治专业机构和。

2、收集确诊病例资料。统计在档的重性精神病患者病例信息。

联系方式等基本情况、患者精神疾病家族史、初次发病时间、既往诊断和治疗情况、既往主要症状、生活和劳动能力、目前症状、服药依从性、自知力、社会功能情况、康复措施、总体评价及后续治疗康复意见等。

4、定期随访：对于纳入管理的患者，每年至少随访4次，每次随访的主要目的是提供精神卫生、用药和家庭护理理念等方面的信息，督导患者服药，防止复发，及时发现疾病复发或加重的征兆，给予相应处置或转诊，并进行危机干预。对病情不稳定的患者，在现用药基础上，必要时与原主管医生联系或转诊至上级医院；对伴有躯体症状恶化或药物不良反应，应将患者转至上级医院。

5、患者报告：发现有危及他人生命安全或严重影响社会秩序

和形象行为者为疑似精神疾病患者时，应立即拨打“110”向当地公安机关报警，由公安机关执行公务的人员送往就近或者当地卫生行政部门指定的精神卫生医疗机构明确诊断。

6、健康教育、康复指导：加强宣传，鼓励和帮助患者进行生活功能康复训练，指导患者参与社会活动，接受职业训练。与病人家属进行交流，发放精神病科普宣传资料，讲解精神病人护理知识，消除社会对精神疾病的歧视和误解。

长治县中医院

20xx年1月28日

### 精神病院工作计划篇三

（一）基本建成覆盖全乡的、功能完善的重性精神病患者管理系统。至20xx年底重性精神病患者规范管理率达95%以上。

（二）普及精神疾病防治知识，提高对重性精神疾病系统治疗的认识。

（一）、领导小组：

组长：袁xx

副组长：吴xx

成员：黎xx唐xx

（二）、领导小组分工：

组长全面负责重性精神病患者档案建立及管理工作。

副组长负责重性精神病患者管理工作实施过程中的领导、

检查、协调。

成员具体负责重性精神疾病管理工作小组办公室的日常工作。

（一）范围：全乡范围内实施。

（二）实施内容

1、培训：按照实施方案和技术规范要求，做好人员培训。制定培训工作计划，分期分批、有计划有步骤地组织精神病防治专业人员、患者家属等相关人员培训，提高工作人员技术水平和管理能力，增强患者家属护理、居委会人员相关知识与技能。

2、信息收集：接受过重性精神病患者管理相关培训的专（兼）职人员对辖区人口进行调查，收集在医疗机构进行明确诊断的重性精神病患者信息（重性精神疾病主要包括精神分裂症、双向障碍、偏执性精神病、分裂情感障碍等。发病时，患者丧失对疾病的自知力或者对行为的控制力，并可能导致危害公共安全和他人人身安全的行为，长期患病者可以造成社会功能严重损害），并做初步筛查工作。收集没有明确重性精神病诊断，但有危险性倾向的人员信息，再建议其立即到专业机构诊断治疗的同时，上报上级精神病防治专业机构（康复医院）和疾控中心。

3、收集确诊病例资料。每季度统计在档的重性精神病患者病例信息，汇总后上报上级精神病专业机构。

4、病情评估：为重性精神疾病患者建立健康档案：重性精神疾病患者在纳入管理的时候，由县级及以上专业医疗机构进行一次全面评估，检查患者的精神症状和躯体疾病，为符合诊断的患者建立健康档案。建档登记的内容包括患者及监护人姓名和联系方式等基本情况、患者精神疾病家族史、初次发病时间、既往诊断和治疗情况、既往主要症状、生活和劳

动能力、目前症状、服药依从性、自知力、社会功能情况、康复措施、总体评价及后续治疗康复意见等。

5、定期随访：对于纳入管理的患者，每年至少随访4次，每次随访的主要目的是提供精神卫生、用药和家庭护理理念等方面的信息，督导患者服药，防止复发，及时发现疾病复发或加重的征兆，给予相应处置或转诊，并进行危机干预。对病情不稳定的患者，在现用药基础上按规定剂量范围进行调整，必要时与原主管医生联系或转诊至上级医院；对伴有躯体症状恶化或药物不良反应，应将患者转至上级医院。

6、患者报告：发现有危及他人生命安全或严重影响社会秩序和形象行为者为疑似精神疾病患者时，应立即拨打“110”向当地公安机关报警，由公安机关执行公务的人员送往就近或者当地卫生行政部门指定的精神卫生医疗机构明确诊断。

7、健康教育、康复指导：加强宣传，鼓励和帮助患者进行生活功能康复训练，指导患者参与社会活动，接受职业训练。与病人家属进行交流，发放精神病科普宣传资料，讲解精神病人护理知识，消除社会对精神疾病的歧视和误解。

8、技术指导：接受市、县级专业技术指导组织对项目实施情况进行技术指导。

## 精神病院工作计划篇四

重性精神病主要包括精神分裂症、分裂情感性精神障碍、偏执性精神病和心理障碍，根据《关于做好全国重性精神病人排查工作》等文件规定及要求，结合我院的实际情况，为降低精神疾病对我辖区居民、家庭甚至是对社会的影响，帮助病人解除疑惑、平复心情、减少滋事，尽可能达到康复的目的。针对20xx年存在具体问题进行了具体整改，同时对接下来的工作做进一步的梳理，现将计划拟定如下：

1、建立健全相关工作小组，全面梳理线索，理出排查名单我院已建立了重性精神病工作小组，完成我镇管理辖区范围内的已明确诊断并接受了治疗、救助的重性精神病人的梳理，列入系统管理名单，建立健康档案，同时还要与辖区居委会、派出所、村委员会、村医建立联系网，使建网率达到100%。

## 2、进行个案管理

在县疾病预防控制中心及精神卫生医疗机构指导下，定期随访患者，指导患者正确服药，向患者家庭成员提供护理指导，开展社区患者危险行为评估，实施个案管理计划。

## 3、定期随诊患者情况，消除安全隐患

采取打电话、上门、病人到我院等随诊方式，及时填写随访记录表，对患者进行评定，提供信息指导和心理辅导，帮助患者树立良好的生活观，使他们更好的融入到社区生活中。对被评高风险等级、可能肇事或肇祸的患者，制定及时救助及时救治、及时服务、较好看护管理的措施，消除因收治、看护管理不力导致的安全隐患。

## 4、加大培训宣传力度

为进一步完善档案及随访的规范，通过讲座、宣传日、内部专业知识培训方式，让居民认识到精神病是可以得到更好的康复的，及让我院公卫科工作人员真正的了解与认清重性精神病人资料的填写及进一步加强对重性精神病人的家庭护理知识。

## 5、突发情况及时上报

根据相关文件的规定和要求，对病情出现严重、有肇事肇祸倾向、有严重药物副作用、有自杀倾向等突发情况要及时与项目组取得联系、及时上报。

下江镇中心卫生院 20xx年1月5日

## 精神病院工作计划篇五

一、成立组织，加强领导：为加强对精神病患者的管理，我院成立了重症精神病人管理小组，组长由院长周兴奎兼任，公卫科科长李晓红任副组长，成员有吕建华、张康、范瑞琳及各村医组成。领导小组全面负责重性精神疾病工作领导、检查、协调。

二、年度工作目标：普及精神疾病防治知识，提高对重性精神疾病系统治疗的认识。以镇为单位重性精神疾病患者检出率达到3.5%以上，管理治疗网络覆盖率达70%，登记患者网络录入率达到100%，规范管理率达到95%以上，全年对纳入管理的重性精神病按着进行1次健康体检，随访不少于4次，在管患者病情稳定率达到60%以上。

### 三、主要工作内容

员培训，提高工作人员技术水平和管理能力，增强患者家属护理、村委会人员相关知识与技能。

2、为精神病人建立健康档案进行康复指导。及时为每一名新发现患者建立健康档案，建档登记的内容包括患者及监护人姓名和联系方式等基本情况、患者精神疾病家族史、初次发病时间、既往诊断和治疗情况、既往主要症状、生活和劳动能力、目前症状、服药依从性、自知力、社会功能情况、康复措施、总体评价及后续治疗康复意见等。加强宣传，鼓励和帮助患者进行生活功能康复训练，指导患者参与社会活动，接受职业训练。与病人家属进行交流，发放精神病科普宣传资料，讲解精神病人护理知识，消除社会对精神疾病的歧视和误解。

建议其立即到专业机构诊断治疗的同时，上报上级精神病防

治专业机构。

4、定期随访：对于纳入管理的患者，每年至少随访4次，并进行分类干预，每次随访的主要目的是提供精神卫生、用药和家庭护理理念等方面的信息，督导患者服药，防止复发，及时发现疾病复发或加重的征兆，给予相应处置或转诊，并进行危机干预。对病情不稳定的患者，在现用药基础上按规定剂量范围进行调整，必要时与原主管医生联系或转诊至上级医院；对伴有躯体症状恶化或药物不良反应，应将患者转至上级医院。

5、健康教育、康复指导：加强宣传，鼓励和帮助患者进行生活功能康复训练，指导患者参与社会活动，接受职业训练。与病人家属进行交流，发放精神病科普宣传资料，讲解精神病人护理知识，消除社会对精神疾病的歧视和误解。

6、健康体检：根据精神病人病情，每年安排适当的时间为所有在册管理的精神病人提供一次免费的体检，体检内容主要是身高、体重和血压等一般项目。