

公共卫生半年总结好(通用5篇)

总结不仅仅是总结成绩，更重要的是为了研究经验，发现做好工作的规律，也可以找出工作失误的教训。这些经验教训是非常宝贵的，对工作有很好的借鉴与指导作用，在今后工作中可以改进提高，趋利避害，避免失误。那么我们该如何写一篇较为完美的总结呢？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。

公共卫生半年总结好篇一

1. 今年的4月份利用中午和下午的晚饭时间分组逐门逐户地进行走访，对辖区内的居民情况进行了摸底调查。通过20余天的工作。共新建档案50户，发现高血压7人、糖尿病3人，新增的慢病患者纳入管理。

2、服务于辖区内35岁及以上原发性高血压。对已纳入管理上的高血压患者679人、糖尿病患者181人、重性精神病患者4人进行了2个季度的随访。

3、利用月底的公共卫生例会对乡镇卫生院和县直医疗机构人员进行了2期慢病、健康教育、重性精神病相关知识培训，提高慢病管理队伍的自身管理能力。

4、根据卫生局的安排4月14---17日分别对4个乡镇卫生院的6个村卫生室进行了慢病督导，将督导意见及时反馈给了本单位。6月2日---12日分2组对25个乡镇卫生院和4个县直医疗机构进行2xxx上半年的公共卫生考核，将考核结果以书面形式上交卫生局。

公共卫生半年总结好篇二

根据□20xx年基本公共卫生服务建立居民健康档案项目工作方

案》要求，在师卫生局统一部署下，我团于20xx年11月完成了居民电子健康档案录入工作。截止20xx年5月底，我团共为居民建立家庭健康档案电子档案16070人。

（二）、老年人健康管理工作

根据《20xx年基本公共卫生服务老年人健康管理项目工作方案》及师卫生局要求，我团开展了老年人健康管理服务项目。

一、结合建立居民健康档案对我团65岁及以上老年人进行登记管理，并对所有登记管理的老年人免费进行一次健康危险因素调查和一般体格检查及空腹血糖测试，并提供自我保健及伤害预防、自救等健康指导。

二、开展老年人健康干预。对发现已确诊的高血压和2型糖尿病患者纳入相应的慢性病患者进行管理；对存在危险因素且未纳入其他疾病管理的老年人进行定期随访，并告知该居民一年后进行下一次免费健康检查。

截止20xx年5月，共登记管理65岁及以上老年2206人。并按要求录入居民电子健康档案系统。

（三）、慢性病管理工作

为有效预防和控制高血压、糖尿病等慢性病，根据《20xx年基本公共卫生服务慢性病管理项目工作方案》及师卫生局要求，对患有高血压、2型糖尿病的居民建立健康档案，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，掌握我团高血压、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

一是通过开展35岁及以上居民首诊测血压；居民诊疗过程测血压；健康体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。

二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。

三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）。

截止20xx年5月，共登记管理并提供随访高血压患者为713人，高血压规范管理率80%；控制率85%；并按要求录入居民电子健康档案系统。

2. 糖尿病患者管理

一是通过健康体检和高危人群筛查检测血糖；建立居民电子健康档案等方式发现患者。

二是对确诊的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。

三是对已经登记管理的2型糖尿病患者进行一次免费健康体检（含一般体格检查和空腹血糖测试）。

截止20xx年5月，共登记管理并提供随访的糖尿病患者为268人，糖尿病规范管理率87.5%；控制率80%；并按要求录入居民电子健康档案系统。

（四）健康教育工作

一是严格按照健康教育服务规范要求，认真贯彻落实师卫生局及师疾控中心的各项健康教育项目工作。采取了发放宣传材料、开展健康宣教、设置宣传栏的各种方式，针对重点人

群、重点疾病和我团主要卫生问题和危险因素开展健康教育和健康促进活动。

（五）传染病报告与处理工作

一是依据《传染病防治法》《传染病信息报告管理规范》以及传染病报告与处理规范要求，建立健全了传染病报告管理制度。

二是定期对本单位人员进行传染病防治知识、技能的培训；采取多种形式对社区居民进行传染病防治知识的宣传教育，提高了社区居民传染病防治知识的知晓率。

三是依据《传染病防治法》《传染病信息报告管理规范》要求严格执行传染病报告制度。

公共卫生半年总结好篇三

1、为有效的预防和控制高血压、糖尿病等慢性病；对我村民的高血压、2型糖尿病等慢性病建立健康档案；并开展了慢性病的随访管理及康复指导工作，掌握我村慢性病病人的发病、死亡和现患情况。

2、通过开展35岁以上居民首诊测血压；居民诊疗过程测血压、空腹血糖和健康档案建立过程中测血压、测血糖等方式发现高血压、糖尿病等慢性病患者。对已经确诊的慢性病患者进行登记管理，并提供面对面的每三个月一次的定期随访，随访过程中进行询问病情、测量血压、空腹血糖等检查；对用药饮食、运动、心理各方面提供健康的指导。截止20xx年8月31日止，高血压病人累计建档152人，糖尿病人累计建档27人。并按要求录入居民电子健康档案管理系统。

公共卫生半年总结好篇四

市卫生局领导：

为进一步做好国家基本公共卫生服务项目工作，便于及时掌握我院和社区卫生服务中心公共卫生开展情况，现将今年上半年王寨乡及汝南社区卫生服务中心基本公共卫生服务工作总结如下，请领导给予指导和建议。

根据《国家基本公共卫生服务项目规范》、《河南省农村基本公共卫生服务项目规范》和《汝州市基本公共卫生服务项目绩效考核实施办法》的要求及市卫生局的工作部署，结合我卫生院及汝南社区卫生服务中心工作实际，全面落实九类十项基本公共卫生服务，为促进我乡及汝南办事处基本公共卫生服务逐步实现均等化要求提供了保障。

一、加强领导，成立机构，制定方案。

成立以院长xxxx为组长，副院长xxxx为副组长，xxxx、xxxx、xxxx、xxxx、xxxx为组员的基本公共卫生服务项目领导小组；成立公共卫生科，以xxxx为科长，以xxxx、xxxx为科员的公卫科服务团队。实施目标责任制，并制定了相应的《基本公共卫生服务项目实施方案》及项目运行计划。

二、健全制度，严格培训，规范行为。

为了规范基本公共卫生服务项目管理，就《国家基本公共卫生服务规范》和《xxxx省农村基本公共卫生服务项目规范》的内容，对全乡xx个村卫生所和xxxx办事处xx个村卫生所的乡村医生进行了专门的培训，累计培训x次，培训采取老师讲课和现场进行模仿填表、幻灯片演示等多种方式。通过培训，使辖区内村医掌握了国家基本公共卫生服务规范的各项内容，并且及时组织下乡入村督导工作，坚持每月对各村督导一次，

累计下乡督导xxx次，及时解决卫生服务项目中的问题，为我乡及汝南办事处顺利实施基本公共卫生服务项目，更好地为广大居民的健康提供服务奠定了良好的基础。

三、严格专项资金管理

严格专项资金的管理，设立公共卫生服务专项账目，专款专用。款项主要用于公共卫生科的设备购，人员工资，办公支出，村级专款拨付等。实行预算、核算、审查三结合，保证项目资金的良性运转，使拨付的有限资金发挥最大的效益，促进公共卫生工作的稳步发展。四、九项国家基本公共卫生服务项目健康运行。

1、建立居民健康档案

2、健康教育

针对健康素养基本知识和技能、优生优育及辖区重点健康问题等内容，我们向我乡及xxxx办居民提供健康教育宣传信息和健康教育咨询服务。设健康教育宣传栏x个，各村所教育宣传栏x个，并定期更新内容，开展健康知识讲座等健康教育活。截止目前，印制和发放《国家基本公共卫生服务规范》和《河南省农村基本公共卫生服务项目规范》各xx本，印刷9种涵盖各个人群（慢性病、老年人、孕产妇、儿童接种、精神病、传染病）宣教明白卡彩页x万余份，健康教育处方1万余份，《公民素养66条》宣教册子x万余份，《公共卫生服务手册》x万余份，开展公众健康咨询活动次数x次，举办健康知识讲座x次。下乡体检xxx乡体检xxxx人次□xxxx办事处体检xxx人次。通过乡、村两级人员的不懈努力地健康指导和干预，很大程度上改变了一些群众的不良卫生习惯，真正做到防治疾病从预防开始。

3、预防接种

为适龄儿童接种乙肝疫苗、卡介苗、脊灰疫苗、百白破疫苗、白破疫苗、麻疹疫苗、甲肝疫苗、流脑疫苗、乙脑疫苗、麻腮风疫苗等国家免疫规划疫苗，发现、报告预防接种中的疑似异常反应，截止目前□xxxx乡儿童建立接种卡xxx人，累计接种xxxx人次□xxxx办事处儿童建立接种卡xxx人，累计接种xxxx人次，接种率均达xx%以上。

4、传染病防治

及时发现、登记并报告辖区内发现的传染病病例和疑似病例，开展结核病、艾滋病等传染病防治知识宣传和咨询服务；配合市结防所和市疾控中心，对非住院结核病人、艾滋病病人进行治疗管理。截止目前，上半年累计上报疑似传染病xx例，上转疑似结核病xx例，确诊病例xx例，累计管理病人xx人，传染病上报率达100%，管理率达100%。疟原虫防治筛查xxx人次，已完成年度镜检任务总量54%。辖区管理艾滋病病人xx人，其中服用抗病毒药物xx人。同时，上半年我们针对辖区内个别村突发的腮腺炎进行了突击疫苗接种，有效地遏制了疾病的流行。

5、儿童保健

为0-36个月婴幼儿建立儿童保健手册，开展新生儿访视及儿童保健系统管理。截止目前，0-36个月儿童xxxx乡建册xxx册，0-36个月儿童规范随访xxx人；xxx社区建册xxx册，规范随访xxx人。

6、孕产妇保健

按照规范要求，我们对辖区内孕产妇每年至少开展5次孕期保健服务和2次产后访视。对孕妇进行一般的体格检查及孕期营养、心理等健康指导，了解产后恢复情况并对产后常见问题进行指导。截止6月底□xxx乡怀孕12周之前建册xx人，随访规

范孕妇xxx人，产后访视x人。xxx办事处怀孕12周之前建册xx人，随访规范孕妇xx人，产后访视x人。

7、老年人健康管理

对辖区65岁及以上老年人进行登记管理，进行健康危险因素调查和一般体格检查，提供疾病预防、自我保健及伤害预防、自救等健康指导。截止目前□xxxxx辖区内65岁以上老年人登记xxx例，接受体格检查的65岁以上老年xxxx例。xxxxx辖区内65岁以上老年人登记xxx例，接受体格检查的65岁以上老年xxx例。

8、慢性病管理

慢性病管理，主要是对高血压、2型糖尿病等慢性病高危人群进行指导。我们对辖区内35岁以上人群实行门诊首诊测血压，对确诊高血压和糖尿病患者进行登记管理，定期进行随访，体格检查及用药、饮食、运动、心理等健康指导。截止6月份低□xxxxx乡高血压患者登记xxxx人，糖尿病患者登记xxx人，xxxx高血压患者登记xxx人，糖尿病患者登记xxx人。

9、重性精神疾病患者管理

五、目前存在的'问题

- 1、老年人健康管理建档工作登记管理工作基本到位，但是，微机录入工作量比较大。
- 2、健康教育讲座的次数不够，形式单一；
- 3、慢性病的筛查开展不到位，已经发现的慢性病登记工作不到位；
- 4、儿保、妇保工作，由于种种原因，导致工作开展缓慢。

六、下一步工作安排

1、加强各科室的分工合作，多方位合作，顺利推进儿保、妇保工作。

4、对慢性病、老年人健康管理、0-36个月儿童管理、孕产妇保健管理、健康教育等项目工作进行专项督导。

5、继续开展慢病的筛查工作和65岁以上老年人健康体检工作。对于基本公共卫生服务项目的开展，我们将严格按照各项规范及市卫生局的要求执行，我们将以最大的工作热情，在市卫生局的正确领导和大力支持下，以务实的作风、有力的措施，继续做好公共卫生服务工作。

公共卫生半年总结好篇五

一是人口流动性大，外出孕产妇、儿童较多，导致对全镇的孕产妇和新生儿管理难度增大。（县妇幼保健院是按照我镇常住人口下达的任务指标，因此达不到管理率的指标数）

二是互联网信息交流平台建立不全，表现在区域信息不能互通，除我镇在本县范围内的医疗机构分娩的产妇和新生儿信息反馈一部分数据外，在其他省市区县医疗机构分娩的产妇和新生儿信息完全得不到反馈，基本上是要等到分娩产妇家中有事或返镇给儿童上户籍时才知道信息，导致产后访视和儿童体检工作不能及时到位甚至滞后，直接影响了各项管理率达不到指标。

三是老百姓对一年一度的老年健康体检工作感到厌倦，不积极不配合甚至消极诋毁情绪较严重。

四是我镇的大部分乡村医生已老年化，接受新知识、新技术的能力下降，不懂计算机操作技术的村医占80%左右，导致各项软件资料不能规范完成。