# 2024年基本公共卫生服务项目工作总结

来源：网络 作者：无殇蝶舞 更新时间：2024-05-27

*第一篇：2024年基本公共卫生服务项目工作总结2024年基本公共卫生服务项目工作总结2024年，我院在市卫生局的正确领导下，严格执行《国家基本公共卫生服务规范（2024版）》，加强内部管理，狠抓基本公共卫生服务项目工作，充分调动全院职工的...*

**第一篇：2024年基本公共卫生服务项目工作总结**

2024年基本公共卫生服务项目工作总结

2024年，我院在市卫生局的正确领导下，严格执行《国家基本公共卫生服务规范（2024版）》，加强内部管理，狠抓基本公共卫生服务项目工作，充分调动全院职工的工作积极性和主动性，取得了较好的效果，现将我院2024年度基本公共卫生服务工作总结如下：

一、制定计划、强化培训、定期督导

今年以来，我院成立xxx中心卫生院国家基本公共卫生服务项目领导小组，制定了计划、我院定期不定期对村医生进行公共卫生服务项目工作的培训，并多次进行督导检查，保证了各项公共卫生工作按照计划完成。

二、基本公共卫生服务项目工作开展落实情况

（一）居民健康档案管理

全乡共建立居民健康档案50574万份，其中高血压管理档案2133千份；糖尿病管理档案425份；儿童保健管理档案3600份；孕产妇管理档案1642多份； 重性精神疾病管理档案153份；老年人管理档案6293份。截止目前，健康档案（纸质版）建档率达到95%以上。

（二）健康教育

卫生院共举办各类健康教育知识讲座12次，宣传栏24期。针对健康教育基本知识

和常见疾病的防治等内容向乡村居民提供健康宣传信息和健康教育咨询等服务。各村卫生室均设置教育专栏1个，并定期更新内容（每年不少于6次），开展健康知识讲座160场次，健康咨询32234人，发放手足口病防治，艾滋病防治和常见公共卫生知识宣传资料10万余份，宣传普及居民健康相关知识知晓率不断提高。

（三）预防接种

为适龄儿童应建立预防接种证637人次，免费接种乙肝疫苗、卡介苗、脊灰疫苗、百白破疫苗、麻疹类疫苗（麻风、麻腮风）、甲肝疫苗、流脑疫苗、乙脑疫苗、白破二联等国家免疫规划疫苗，共接种14049人次。接种率达到95%以上，接种二类疫苗982人次，在接种过程中，未出现过异常反应，对辖区内计划免疫疫苗预防疾病进行主动监测，本年度无病发生。

（四）0-6岁儿童管理1、6岁以下儿童保健管理情况：2024年1-6月份我乡0—6岁儿童5902人，保健管理1700人，保健管理率 29.4%。

2、对查出的所有疾病进行了治疗，无体弱儿。

3、以下儿童死亡情况：2024年上半年我乡5岁以下儿童死亡5例。

4、无死胎死产的发生。

（五）孕产妇管理

1、今年我乡共新增孕产妇737人，管理数 637人，转孕2人。

2、2024年我乡活产数637人，产妇629人；产妇建册 456 人，早孕检查523人，孕产

妇系统管理1642人，产后访视324人。院分娩的活产数84人；高危产妇3人，管理率100%，无孕产妇死亡的发生。

（六）老年人保健

本年度总计管理报表4200名（实际电脑6295名）65周岁以上老年人，进行了生活自理

能力评估。已经免费为2684位老年人进行体检。此次体检除一般体格检查外，还积极开展血

常规、肝功能、空腹血糖等辅助检查。对查出的高血压、糖尿病纳入慢性病规范管理。预约

65岁及以上群众到乡卫生院接受中医健康管理指导。对行动不便、卧床群众可提供预约上门

服务。

（七）慢性病管理

慢性病管理，主要是针对高血压、糖尿病等慢性病高危人群进行健康指导。对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的患者提供随机血糖监测，并针对辖区慢

性病人群开展连续科学的健康评估、干预措施等，并对他们进行体格检查及用药、饮食、运

动、心理等健康指导。

我乡共管理高血压患者2186例、糖尿病患者431例，并按照规范对高血压、糖尿病患者

进行了随访，高血压随访7544人次；糖尿病随访1698人次，控制率为60%。

（八）重性精神病管理

重性精神疾病管理，我们的主要任务是加强日常摸排，并对辖区内确诊的153例重性精神

疾病患者进行随访管理；并在5月份对他们进行了一次体检。

（九）传染病及突发公共卫生事件报告和处理

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；采取多种形式对辖区居民进行

传染病防治知识的宣传教育，提高了辖区居民传染病知识的知晓率。

全年来报告传染病24例，结核病23例，肿瘤54例，死亡380例，无突发公共卫生事件

发生。

（十）卫生监督协管

2024年已全建立基本资料，公共场所49家，卫生室52所，认真按要求开展巡查工作和信息上报工作。

三、目前存在的问题

我乡基本公共卫生工作从总体上已经步入了正常运转的轨道，但从考核、督导情况来看，仍存在一些问题和薄弱环节，归纳起来，主要有以下几个方面：

1、专业卫生人员太少，服务水平难以进一步提高。

2、宣传力度有待加强，群众配合基本公共卫生服务意识淡薄，上门建档和随访主动配合存在困难。

3、管理有待进一步规范，一体化管理未得到充分执行。

下一步，我们将创新机制，以居民为服务对象，以妇女、儿童、老年人、慢性病、残疾人、贫困居民为重点，开展主动服务和上门服务，使群众就近获得安全。有效、便捷、经济综合的公共卫生服务。通过多种渠道，多种形式和加大宣传力度，让群众更多的了解公共卫生服务情况。同时加强健康教育，推广科普知识，使广大群众树立科学的保健意识。形成积极参与公共卫生服务的良好氛围。

Xxx卫生院

2024年12月12日

**第二篇：基本公共卫生服务项目工作总结**

张庄乡卫生院

2024

年公共卫生项目 工 作 总 结 1

2024基本公共卫生服务项目工作总结

2024年，我院在县公共项目办公室的正确领导下，严格执行《国家基本公共卫生服务规范（2024年版）》及各类文件精神，加强内部管理，狠抓基本公共卫生服务项目工作，充分调动全院职工的工作积极性和主动性，取得了较好效果，现将我院基本公共卫生服务项目工作总结汇报如下：

一、基本公共卫生服务项目开展落实情况

（一）、居民健康档案工作

根据《国家基本公共卫生服务规范（2024年版）》要求，在县公共卫生项目办公室统一部署下，我院于今年9月份开展了2024年建立居民健康档案工作。

一是争取领导重视，搞好综合协调。为迅速落实建档工作，我院多次向乡政府分管领导和主要领导汇报，得到了乡党委政府的大力支持，分管领导亲自组织召开协调会，亲自安排部署，并以乡党委政府的名义下发了《张庄乡居民健康档案工作实施方案》，使各行政村支部书记对居民健康档案工作十分重视，每个行政村都安排专人负责协助建档工作。

二是加强组织领导，落实工作责任。为确保居民健康档案工作的顺利进行，我院专门成立了由院长任组长的居民健康档案工作领导小组，制定了操作性强、切实可行的实施方案。成立专门建档工作小组，负责具体建档工作。还专门为建档小组配备了体重秤、血压计、听诊

器、血糖仪、体温计、视力表、皮尺等设备，采取进村上门服务的方式为居民建立健康档案。

三是加强人员培训，强化服务意识。为确保居民健康档案保质保量完成，我院对每一名参与居民健康档案建立的工作人员进行了多次业务培训，让每一名工作人员熟悉居民健康档案建立的重要性和必要性，熟练掌握自己的本职工作和建档程序。

四是加大宣传力度，提高居民主动建档意识。为提高我乡居民主动参与建档意识，我院采取发放各类宣传材料和各个行政村每天广播的形式相结合，让每一名居民了解居民健康档案，积极主动配合我院建档工作小组顺利完成居民建档工作。

截止2024年12月底，我院共为张庄乡居民建立居民健康档案7191份。

（二）、老年人健康管理工作

根据县公共卫生项目办公室要求，我院开展了老年人健康管理服务项目。

结合建立居民健康档案对我乡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。

截止2024年12月，我院共登记管理65岁及以上老年人1382人。

（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，根据要求，我院在今年开始对我乡的高血压、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，掌握我乡高血压、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

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。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。

截止2024年12月，我院共登记管理并提供随访高血压患者为1061人。

2、2型糖尿病患者管理

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等方式发现患者。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。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2024年12月，我院共登记管理并提供随访的糖尿病患者为149人。

（四）、健康教育工作

一是严格按照健康教育服务规范要求，认真贯彻落实上级部门的各项健康教育项目工作。采取了发放宣传材料、开展健康教育讲座、设置宣传栏的各种方式，针对重点人群、重点疾病和我街道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

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

二、下步工作打算

（一）、加大宣传力度，认真开展基本公共卫生服务项目工作，通过宣传—吸引—再宣传，以逐步改变社区居民的陈旧观念，促使其自愿参与到社区卫生服务中来。

（二）、加强专业技术队伍建设，提高基本公共卫生服务水平。

（三）、落实各项服务规范、强化各项规章制度，推动基本公共卫生服务项目可持续健康发展。

展望未来，基本公共卫生服务项目任重而道远，但我们坚信，在区卫生局和上级各部门的督促和指导下，我们将以积极创新、开拓进取、与时俱进的精神，不断的创新思维、创造性地开展工作，为社区居民的健康保驾护航，为我乡公共卫生服务探索出一条适合自己可持续发展的道路。

张庄卫生院

2024年1月6日

**第三篇：基本公共卫生服务项目工作总结**

基本公共卫生服务项目工作总结

2024年，我站在上级部门的正确领导下，严格执行《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》，加强内部管理，狠抓基本公共卫生服务项目工作，充分调动全站职工的工作积极性和主动性，适时调整了公共卫生科人员配置，优化组合，取得了较好的效果，现将我站2024度基本公共卫生服务工作总结如下：

一、加强领导、制定计划

2024年基本公共卫生服务项目运行多，得到了站领导的重视，结合我站实际，我站成立了西苑凯苑社区卫生服务站国家基本公共卫生服务项目领导小组，领导小组成员做了具体分工。制定了2024年基本公共卫生服务项目工作计划，并按计划执行。

二、强化培训

今年以来，我站不定期公卫项目管理人员及医务人员进行公共卫生服务项目工作的培训，保证了各项公共卫生工作按照计划完成。

三、基本公共卫生服务项目工作开展落实情况

（一）居民健康档案管理

共建立居民健康档案3376份，建立电子健康档案3127份，其中高血压管理档案167份；糖尿病管理档案43份；儿童保健管理档案189份；孕产妇管理档案98份； 严重精神障碍患者管理档案5份；老年人管理档案330份。截止目前，健康档案（电子版）规范使用率达到75%。

（二）健康教育服务

服务项目

统计指标

当年

累计

健康教育

Ⅴ-5

发放印刷资料

种类

Ⅴ-6

份数

1715

Ⅴ-7

播放音像资料

种类

时长

Ⅴ-8

宣传栏个数

乡卫生院/社区卫生服务中心

Ⅴ-9

村卫生室/社区卫生服务站

Ⅴ-10

宣传栏更新期次数

Ⅴ-11

乡镇卫生院/社区卫生服务中心开展公众健康咨询活动

次数

Ⅴ-12

接受咨询人次数

871

Ⅴ-13

举办健康知识讲座次数

乡卫生院/社区卫生服务中心

Ⅴ-14

村卫生室/社区卫生服务站

Ⅴ-15

参加讲座人次数

乡卫生院/社区卫生服务中心

Ⅴ-16

村卫生室/社区卫生服务站

Ⅴ-17

个体化健康教育人次数

272

（三）预防接种服务

我单位预防接种服务工作委托昆明市西山区西苑社区卫生服务中心开展，在接种过程中，未出现过异常反应，对辖区内计划免疫疫苗预防疾病进行主动监测，本无病发生。

（四）0-6岁儿童健康管理服务

0-6岁儿童健康管理

儿童建册人数（连年累计）

241

新生儿访视人数

0-6岁儿童管理

满6周岁血红蛋白检测人数

满6周岁听力筛查人数

健康管理人数

341

满整岁系统管理人数

202

儿童建档人数（连年累计）

241

（五）孕产妇健康管理服务

孕产妇健康管理

早孕建册产妇数

孕期接受5次及以上随访服务的产妇数

产后访视人数

产妇建档人数

（六）老年人健康管理服务

老年人健康管理

65岁及以上建档人数（连年累计）

331

评估人数（完成自理能力评估表）

331

体检人数（完成辅助检查）

194

65岁及以上健康管理人数

194

腹部B超检查人数

194

（七）慢性病健康管理服务

18岁及以上高血压患者健康管理

确诊人数（连年累计）

533

建档人数（连年累计）

215

体检人数

规范管理人数

215

最近一次随访血压达标人数（不累加）

随访人数

860

35岁及以上2型糖尿病患者健康管理

确诊人数（连年累计）

190

建档人数（连年累计）

体检人数

规范管理人数

最近一次随访空腹血糖达标人数（不累加）

随访人数

280

（八）严重精神障碍患者健康管理服务

九、重性精神疾病患者健康管理

确诊人数（连年累计）

建档人数（连年累计）

体检人数

规范管理人数

最近一次随访时分类为病情稳定的患者数（不累加）

随访人数

（九）传染病及突发公共卫生事件报告和处理服务

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。

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

2024年来无传染病疫情发生，无突发公共卫生事件发生。

（十）卫生计生监督协管服务

2024年由昆明市西山区西苑社区卫生服务中心开展。

（十一）肺结核患者健康管理服务

结核病健康管理

推介到位的肺结核可疑患者数

新登记肺结核患者数

去年登记目前仍在治肺结核患者数

新登记肺结核患者中已管理肺结核患者，按规定完成第一次入户随访并且每月至少有一次随访记录的患者数

去年登记目前仍在管肺结核患者，并且每月至少有一次随访记录的患者数

停止治疗肺结核患者数

停止治疗肺结核患者中已规则服药的患者数

（十二）中医药健康管理服务

中医药健康管理

0-3岁儿童中医调养人数

65岁及以上老年人中医体质辨识人数

140

（十三）家庭医生签约

家庭医生总数

家庭医生团队数（个）

现累计签约总人数

现累计签约重点人群总人数

重点人群签约数(人)

65岁以老年人数

高血压患者人数

糖尿病患者人数

孕产妇人数

0-6岁儿童人数

重性精神病管理人数

结核病患者管理人数

271

269

114

四、目前存在的问题

基本公共卫生工作从总体上已经步入了正常运转的轨道，但从考核、督导情况来看，仍存在一些问题和薄弱环节，归纳起来，主要有以下几个方面：

1.是组织功能发挥不到位。医生在基本公共卫生服务项目工作中配合不够，在一定程度上影响了工作质量。

2.是措施不够扎实。

3.是健康教育工作有待加强。

4.是慢性病健康管理和老年人健康管理工作尚需规范。慢性病人管理有的随访不及时；有的在随访的同时未做随机血糖监测；有的未对辖区慢性病患者的健康问题进行分析及实施干预措施和效果评价。

5.是妇幼工作中存在的不足：部分专干对0—6岁儿童系统管理工作重视不够，体检内容不全面，管理质量不高；辖区部分孕妇的流动性较大，对管理工作带来不便。

五、下一步工作打算

认真对照上级部门督导检查中发现的问题，紧密结合上级业务部门的指导意见，进一步强化责任，落实措施，扎扎实实地抓好整改落实工作，力争在2024年内完成各项公共卫生服务指标。

健全工作机制，强化工作职责。及时分析汇总上报项目实施情况，发现问题及时采取有效措施整改，确保项目工作全面有序健康发展。

积极与上级业务部门沟通，努力保质保量完成各项国家基本公共卫生服务工作。

加大宣传力度，提高健康意识。要利用慢性病随访、发放健康教育服务包等入户机会对群众进行相关知识的健康教育，改变部分群众的不良生活习惯，加强宣传基本公共卫生服务项目内容及国家的相关惠民政策，努力提高群众的健康意识。

西苑凯苑社区卫生服务站

2024年12月31日

**第四篇：2024基本公共卫生服务项目工作总结**

2024基本公共卫生服务项目工作汇报

我院为了进一步加强基本公共卫生服务项目的管理，确保项目扎扎实实开展，促进各个项目服务均等化，我院领导高度重视，项目具体负责人员按照卫生局各项目的文件精神，重点搞好全年的公共项目汇报工作:

1、“三病”管理工作：

“三病”管理动员会于2024年10月20日在蒲城县中医院会议室召开，由雷局长主持，合疗办校局长作了动员性发言，精心安排部署，组织专家对高血压、糖尿病、重性精神病的预防、诊断、治疗。以及健康教育知识做了逐项讲解。会后医院领导对此项工作高度重视，立即召开专项会议，曹院长亲自抓落实，两位副院长分片负责管理，使这项惠民政策落到实处。2024年11月16日医院召开了辖区“三病”摸底动员会，聘请精神病院专业人员讲解精神病的诊断、分型。医院专科业务特长医生讲解高血压和糖尿病的有关知识。让项目参与的具体人员务必本着对上级政策负责，对人民群众身心健康重视。同时，要求村医对患病群众统计不遗漏，都能得到免费体检，我院于2024年元月20日开始本次体检工作，共计筛查体检高血压病人6116人，糖尿病328人，精神病147人，平均规范管理率92%，控制率87%，建档率100%。

2、居民个人健康档案管理：

接上年工作，继续对辖区未完成的居民个人健康档进行录入、登记、建档，汇总工作已于2024年9月30日基本结束。此项工作共计建立纸质档案33334份，电子档案32500份总建档率97%。3、65岁以上老人满口义齿安装工作：

为了恢复老年人的正常消化功能，促进老年人的身心健康，我院严格按照陕卫合发（2024）122号文件要求和蒲新农合发（2024）1号文件精神。我院于2024年7月10日组织村医召开相关会议，要求按照文件相关规定，严格筛查，做到不误报、不漏报。使符合条件的群众都尽可能享受国家这项惠民政策。此项工作共摸底265人/次，实际符合条件且安装全口义齿178人/次。随后，医院又对义齿修复者进行质量跟踪服务3个月，确保义齿质量达标，群众满意。4、65岁以上老年人健康体检工作

2024年10月6日，按蒲城县卫生局转发渭南市卫生局《关于做好渭南市城乡65岁以上老年人健康保健项目工作》的通知，我院制定实施方案，组织医疗组，医技组，项目办，系统、逐项学习65岁体检各科所负责工作。此次活动，乡医共摸底2715人，截止12月3日我院将对剩余没有体检的老人，进村入户逐人摸排体检，共计体检2863人次。以全面了解老人健康状况，做到无病早预防，有病早发现，早干预、早治疗，为老人建立健康活档案。检查后，医院组织专科医生对群众做出健康评估，开展健康教育，打印出制式体检反馈单。使群众明白健康体检的重要性和必要性。

2024年3月5日

**第五篇：基本公共卫生服务项目工作总结2024**

2024年基本公共卫生服务项目

工作总结

2024年，我院在区卫生局和区技术指导部门的指导下，严格执行《国家基本公共卫生服务规范（2024版）》，加强内部管理，狠抓基本公共卫生服务项目工作，充分调动全院职工的工作积极性和主动性，适时调整了医院公共卫生科人员配置，优化组合，取得了较好的效果，现将我院2024基本公共卫生服务工作总结如下：

一、加强领导、制定计划

结合往年工作完成情况，年初制定了2024基本公共卫生服务项目实施方案和工作计划，以院领导班子成立了公共卫生服务项目领导小组，领导小组成员做了具体分工。

二、强化培训、定期督导

今年以来，我院定期不定期对村医生进行公共卫生服务项目工作的培训，并多次进行督导检查，保证了各项公共卫生工作按照计划完成。

三、基本公共卫生服务项目工作开展落实情况

（一）居民健康档案管理

泰安镇共辖9个村，3个社区。户籍总人口：21164人，非农业人口5442人，农业人口15722人。卫生院现有职工40人，其中专职公卫人员8人，有村卫生站10家，乡村医生12名。

全镇共建立居民健康档案17676人份，其中高血压管理档案796人；糖尿病管理档案200人；儿童保健管理档案1461人；孕产妇管理档案255人； 重性精神疾病管理档案41人；65岁以上老年人管理档案1102人。截止目前，健康档案（纸质版）建档率达到95%

（二）健康教育

举办各类院级健康教育知识讲座13期，共500人左右参加，举办村级健康教育知识讲座54期，约700人参加；开展公众健康教育宣传10次，共发放宣传资料3000余份；院级健康教育专栏6期。

（三）预防接种 1、6岁以内儿童建证建卡率达到100%。

2、本全镇卡介苗应种190人，实种190人，接种率100%；脊灰疫苗应种521人，实种519人，接种率99.61%；百白破疫苗应种753人，实种750人，接种率99.60%；麻风疫苗应种202人，实种199人，接种率98.51%；乙脑应种384人，实种381人，接种率99.21%；乙肝疫苗应种

379人，实种376人，接种率99.20%；麻腮风疫苗应种278人，实种276人，接种率99.28%；A群疫苗应种379人，实种373人，接种率98.41%；A+C群疫苗应种349人，实种347人，接种率99.42%；甲肝疫苗应种232人，实种228人，接种率98.27%；白破疫苗应种186人，实种181人，接种率97.31%。

3、疫苗接种后异常反应发生率为0。

4、无接种事故发生，无脊灰发生。

（四）儿童保健管理与健康情况

1、全镇7岁以下儿童数1461人，保健服务率97.50%，5岁以下儿童数787人，保健服务人数769人，保健率98%,3岁以下儿童数674人，保健服务人数658人，保健率97%。5岁以下儿童营养评价787人。儿童死亡情况：有0例儿童死亡，其中0例1岁儿童死亡，0例婴儿死亡，1例新生儿死亡。

（五）孕产妇管理与健康情况

1、孕产妇产前检查、高危妊娠、孕产妇系统管理、产后访视、妇女病查治、育龄妇女死亡登记、计划生育登记等记录完整。全镇孕产妇为255人，分娩活产儿数为223人，双胎妊娠 3 例，住院分娩223例，家庭自产 0 例，孕产妇建卡人员225人，建卡率100%，产前检查225人，产前检查率100%，早检人数253人，早检率99%，产后访视223人，访视率100%高危妊娠管理人数72人，高危妊娠住院分娩率100%。

2、妇女病普治情况：全镇妇女应查6012人，实查436人，查出妇女病人数232人，其中宫颈炎3人，阴道炎228人，尖锐湿疣1人。

（六）65岁以上老年人管理

本65周岁以上老年人累计体检1102人，体检项目按《规范》内容进行并对其进行了健康生活方式干预和老年人中医保健健康指导，其中中医健康指导634人，占老年人比例的30%。

（七）慢性病管理

慢性病管理，主要是针对高血压、糖尿病等慢性病高危人群进行健康指导。建立了临床医生报卡机制，对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的患者提供随机血糖监测，并针对辖区慢性病人群开展连续科学的健康评估、干预措施等，并对他们进行体格检查及用药、饮食、运动、心理等健康指导。

1、高血压病管理：今年在管理高血压患者796人，规范管理605人，规范管理率76%；按照规范对高血压患者进行了健康体检及随访。

2、糖尿病管理：今年在管理糖尿病患者180人，规范管理158人，规范管理率87%；按照规范对糖尿病患者进行了健康体检及随访。

（八）重性精神病管理

积极参与区卫生局组织的排查任务，今年新增排查患者10人，累计在管重精患者41人，管理率100%；定期对重精患者进行随访和评估管理；全年体检32人，体检率78%。

（九）传染病及突发公共卫生事件报告和处理

1、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和院内奖惩制度并落实到位。

2、定期对本级和村级医务人员进行传染病防治知识、技能的培训；采取多种形式对辖区居民进行传染病防治知识的宣传教育，提高了辖区居民传染病知识的知晓率。

3、本无甲类传染病发生，全年共报告41例传染病，其中病毒性乙肝14例、结核病7例、其它感染性腹泻7例、手足口病2例、水痘4例、急性出血性结膜炎1例、流感1例、其它疾病5例，无漏登漏报现象。

4、结核病管理：利用了3.24以及结核进千村万户活动在全镇范围内开展知识宣传，开展院级健康知识讲座3期，村级健康知识讲座2期。

1—9月在管理结核病人17例，其中新增14例；复治3例；完成疗程2例。定期对在管结核病人进行了方式，并利用村级管理员定期对其面对面随访，掌握其服药情况。

5、艾滋病防治：开展了艾滋病宣传咨询活动和学校艾滋病宣传讲座；对辖区的高危场所进行了摸底上报并开展高危场所干预2次；完成了区疾控下沉的艾滋病人管理工作，已对辖区在管的两名艾滋病患者进行了药品发放。

（十）卫生监督协管

按照卫生监督协管要求，对辖区内的医疗机构、学校、公共场所、饮用水安全、企业职业病以及非法行医进行了季度督导巡查，并将发现的问题及时上报区卫生执法大队。

三、目前存在的问题

我镇基本公共卫生工作从总体上已经步入了正常运转的轨道，但从考核、督导以及完成情况来看，仍存在一些问题和薄弱环节，归纳起来，主要有以下几个方面：

一是组织功能发挥不到位。特别是个别村卫生室乡村医生在基本公共卫生服务项目工作开展中配合不够、宣传力度不到位，在一定程度上影响了工作效率和质量。

二是措施不够扎实。各村在卫生室虽然都积极地开展了基本公共卫发现生服务工作，但督导发现个别村卫生室的工作流于形式，在接种通知、儿童管理、孕妇管理、慢性病随访等

方面没有进行入户，部分信息自己编造，缺乏真实性、逻辑性。

三是慢性病管理和老年人保健工作尚需规范。慢性病人管理有的随访不及时；有的在随访的同时未做随机血糖监测；有的未对辖区慢性病患者的健康问题进行分析及实施干预措施和效果评价；特别是高血压患者管理率和重精病人体检率不达标。

四是妇幼工作中存在的不足：一是个别村医生责任心不强，不能及时发现服叶酸人员、致使个别服叶酸人员发放不及时；二是未及时对新生儿进行入户随访；三是辖区部分孕妇的流动性较大，对管理工作带来不便。

四、下一步工作打算

一是我院认真对照旧常督导检查中发现的问题，紧密结合上级业务部门的指导意见，进一步强化责任，落实措施，扎扎实实地抓好整改落实工作，力争在年内完成各项公共卫生服务指标。

二是健全工作机制，强化工作职责。各项目要切实加强对村卫生室公共服务工作的指导，健全工作机制，强化工作职责，及时分析汇总上报项目实施情况，发现问题及时采取有效措施整改，确保项目工作全面有序健康发展。

三是加大宣传力度，提高健康意识。各村卫生室要利用慢病随访、诊疗等入户机会对群众进行相关知识的健康教育，改变部分群众的生活习惯，加强宣传基本公共卫生服务项目内容及国家的相关惠民政策，努力提高群众的健康意识。

江阳区泰安镇卫生院 二○一四年十月二十日

本DOCX文档由 www.zciku.com/中词库网 生成，海量范文文档任你选，，为你的工作锦上添花,祝你一臂之力！