# 疾控慢病科工作计划 慢病工作总结与计划(7篇)

来源：网络 作者：翠竹清韵 更新时间：2024-06-15

*疾控慢病科工作计划 慢病工作总结与计划一一、项目目标（一）通过实施基本公共卫生服务慢性病管理项目，对我镇居民的慢性病及相关危险因素实施干预措施，减少主要健康危险因素，有效预防和控制高血压、糖尿病等慢性病。（二）20\_\_年度，我镇高血压、糖尿...*

**疾控慢病科工作计划 慢病工作总结与计划一**

一、项目目标

（一）通过实施基本公共卫生服务慢性病管理项目，对我镇居民的慢性病及相关危险因素实施干预措施，减少主要健康危险因素，有效预防和控制高血压、糖尿病等慢性病。

（二）20\_\_年度，我镇高血压、糖尿病等慢性疾病防治工作两类人群登记管理率达到60％。

二、项目范围和内容

(一)项目范围

全镇19个行政村，17个村卫生室。

(二)项目内容

1、高血压患者管理

根据《高血压患者管理服务规范》，对全镇内35岁及以上高血压患者进行规范管理。

（1）高血压患者发现

发现途径：开展35岁及以上居民首诊测血压；居民诊疗过程测量血压；健康体检及高危人群筛查中测量血压；通过宣传教育让高血压患者主动与村卫生室联系；普通人群建立居民健康档案过程中询问等。对确诊的高血压患者进行登记管理，对高血压高危人群进行健康指导。

（2）对确诊的高血压患者，村卫生室每年要提供至少四次面对面随访，每次随访要询问病情、进行血压测量等检查和评估、对患者用药、饮食、运动、心理等给予健康指导。

（3）高血压患者每年至少进行一次健康检查，可与随访相结合，内容包括血压、体重、随机血糖（指血），一般体格检查和视力、听力、活动能力的一般检查。

（4）建立首诊测血压制度

对辖区内35岁及以上常住居民，到乡镇卫生院、村卫生室首次就诊时为其测量血压。

（5）高血压高危人群的管理

高危人群（收缩压介于120-139mmhg或舒张压介于80-89mmhg之间；超重或肥胖（bmi≥24kg/㎡）;高血压家族史（一、二级亲属；长期过量饮酒（每日饮白酒≥100ml’且每周饮酒在4次以上）；长期膳食高盐；每半年测量1次血压，并给予生活方式指导。

2、2型糖尿病患者管理

根据《2型糖尿病患者管理服务规范》，对辖区内35岁及以上2型糖尿病患者进行规范管理，

（1）2型糖尿病患者发现

发现途径：健康体检及高危人群筛查检测血糖；建议高危人群每年至少测量一次血糖；通过宣传教育让患者主动与村卫生室联系；人群居民健康档案建立过程中询问。对确诊的2型糖尿病患者进行登记管理，对糖尿病高危人群进行健康指导。

（2）对确诊的2型糖尿病患者进行登记管理，村卫生室每年要提供至少四次面对面随访，每次随访要询问病情、进行空腹血糖和血压测量等检查和评估、对用药、饮食、运动、心理等给予健康指导。

（3）2型糖尿病患者每年至少进行一次健康检查，可与随访相结合，内容包括：血压、体重、空腹血糖（指血）测量，一般体格检查和视力、听力、活动能力的一般检查。

三、项目组织与实施

（一）组织形式

1、我卫生院全面负责慢病管理的组织实施、核拨经费和资金管理。公共卫生科负责村卫生室的任务划分和管理工作，并与村卫生室签订目标责任书，以增强其责任意识。

2、我卫生院成立项目公卫管理领导小组，对村卫生室进行慢性病管理。原则上项目由村卫生室具体执行，我卫生院负责对其技术指导。

3、利用建立居民健康档案和组织居民进行健康体检等各种方式，早期发现高血压、糖尿病，提高早诊率，早治率。

4、落实35岁首诊测血压和慢病工作制度，加强辖区慢病患者的随访管理，提高规范管理率和控制率。

5、对高血压，糖尿病已健康管理的人员每年要提供一次健康体检和至少四次面对面随访，每次随访要询问病情，进行空腹血糖和血压测量等检查和评估，对用药，饮食，运动，心理等给与健康指导。对新增的病人进行登记，建档工作。

6、加强健康教育，定期开展高血压，糖尿病知识宣传，制作高血压，糖尿病知识宣传单，通过居委会，村卫生室发放给群众。每季度对辖区开展一次高血压，糖尿病知识讲座和健康生活方式讲座，提高居民的健康意识。

7、在我院及村卫生室建立高血压，糖尿病防治知识宣传栏，每个季度更换一次内容。

8、村卫生室人员对高血压，糖尿病患者进行随访服务记录表相关内容的填写，每季度按时录入电脑。由慢病负责人负责统计各村数据。一年一次的体检由村卫生室工作人员和公卫科一同完成。

（二）职责与任务

镇卫生院负责全镇工作的组织和协调，防保所为项目管理单位，具体负责项目督导和培训，并实施技术指导、督导验收和相关材料发放等，指导村卫生室开展高血压患者和糖尿病患者管理包括患者发现、建档、随访管理、健康体检、健康教育、信息收集等。

（三）技术保障

依据《高血压患者管理服务规范》和《2型糖尿病患者管理服务规范》，各项目管理单位应制定详细的实施计划及质控措施，并组织各项目相关单位严格执行。

四、项目执行时间

20\_\_年1月1日至20\_\_年12月31日。

五、项目督导与评估

（一）监督与考核次数

县卫生局将组织项目专家组针对我镇方案实施的年度计划，定期开展督导与检查工作。镇卫生院每季度一次组织项目人员对村卫生室执行进度、质量等进行督导。

（二）监督与考核内容

监督人员落实及培训、工作进度、数据质控、经费使用情况等。项目执行期末,具体考核指标为：

1、高血压患者管理率要达到50％；

高血压患者健康管理率=年内已管理高血压人数/年内辖区内高血压患病总人数×100％。

高血压患者规范管理率达到60%；

高血压患者规范管理率=按照要求进行高血压患者管理的人数/年内管理高血压患者人数×100％。

2、糖尿病患者管理率达到40％；

糖尿病患者健康管理率=年内已管理糖尿病人数/年内辖区内糖尿病患病总人数×100％

糖尿病患者规范管理率达到60%；

糖尿病患者规范健康管理率=按照要求进行糖尿病患者健康管理的人数/年内管理糖尿病患者人数×100％。

3.高血压、糖尿病签约服务率达95%。

签约服务率=签约服务人数/管理人数×100％。

（三）奖惩措施

对于完成年度工作指标的项目的村卫生室予以鼓励，及时拨付项目经费；对于没有完成年度工作指标的，在第二年扣减相应的经费，并追究村卫生室负责人责任。

镇卫生院

20\_\_年1月1日

**疾控慢病科工作计划 慢病工作总结与计划二**

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：

一、居民健康档案管理

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20\_\_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。

二、65岁以上老年人健康管理

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。

三、高血压病患者健康管理

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。

四、2型糖尿病患者健康管理

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。

**疾控慢病科工作计划 慢病工作总结与计划三**

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本卫生服务，慢性病的预防是慢性病防治的效果。我院充分认识到慢性病防治的重要性，目前已将高血压、糖尿病的防治工作纳入基本公共卫生服务工作的重点，指派专人管理，成立慢病组等多种方法。特制定今年慢性病管理计划如下：

一、工作目标

1、完成20\_\_年3月31号高血压1938人，12月31号完成3230人。

2、完成20\_\_年12月糖尿病建档数538人。

3、安排公共卫生小组轮流下乡免费测量血压和利用老年人免费健康体检、35

岁以上慢性病筛查体检等多种方式，早起发现高血压、糖尿病患者，提高高血压、糖尿病的早诊率和早治率。

4、通过电话指导、入户访视、建立居民健康档案基本信息、门诊35岁以上首

诊测血压制度等，加强辖区高血压、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空置率，提高高血压和糖尿病患者的自我管理的知识和技能，减少或延缓高血压、糖尿病并发症的发生。

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，普及社区居民高血压、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。

二、建档工作目标

1、建立慢性病管理健康档案，辖区服务人口建档率达35%；

2、建立完整的高血压、糖尿病患者的健康档案，应有年检记录、随访记录、治疗记录及健康教育记录。

三、高血压、糖尿病工作目标

1、新发现病至少建档高血压患者20\_\_名，糖尿病患者200名；

2、对高血压、糖尿病患者进行规范化管理，其血压控制率≥70%；血糖控制率≥65%；

3、高危人群每年至少测4次高血压的比例达50%；

4、对高危人群的干预有记录及效果评价。

**疾控慢病科工作计划 慢病工作总结与计划四**

一、工作目标

对高血压、糖尿病等慢性病人群进行指导，对35岁以上人群实行门诊首诊测血压制。对高血压、糖尿病患者实行接诊制度，对辖区内患者进行登记管理。高血压患者每3月随访一次，糖尿病患者每季度随访一次，随访工作必须落到实处。正确对患者进行体格检查，并进行用药、饮食、运动、心理等健康指导，慢性病患者管理率达30%以上，控制率达60%以上。

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、加强社区高血压、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，普及社区居民高血压、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、重型精神病档案管理系统。

二、建档工作目标

1、建立社区居民健康档案，社区服务人口基线调查率达到40%;

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。

三、实施计划

建立慢病工作制度;对社区一般人群、高血压和糖尿病患者开展预防控制工作，在社区建立高血压、糖尿病综合防治机制。

1、高血压、糖尿病的检出

利用建立社区居民健康档案、健康体检、社区卫生服务中心的诊疗、社区免费测血压、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《社区高血压患者管理卡》。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，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，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。

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。

四、社区一般人群的健康促进

根据社区人群的健康需求，在社区广泛开展高血压、糖尿病防治知识宣传，提倡健康的生活方式，鼓励社区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、医疗站点等发放给社区人群。

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。

五、评估

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。我院负责对辖区内的村卫生室督导和考核，考核意见及时反馈到被检单位，以便及时改进工作。

**疾控慢病科工作计划 慢病工作总结与计划五**

一、工作目标

对高血压、糖尿病等慢性病人群进行指导，对35岁以上人群实行门诊首诊测血压制。对高血压、糖尿病患者实行接诊制度，对辖区内患者进行登记管理。高血压患者每3月随访一次，糖尿病患者每季度随访一次，随访工作必须落到实处。正确对患者进行体格检查，并进行用药、饮食、运动、心理等健康指导，慢性病患者管理率达30%以上，控制率达60%以上。

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、加强社区高血压、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，普及社区居民高血压、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、重型精神病档案管理系统。

二、建档工作目标

1、建立社区居民健康档案，社区服务人口基线调查率达到40%；

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。

三、实施计划

建立慢病工作制度；对社区一般人群、高血压和糖尿病患者开展预防控制工作，在社区建立高血压、糖尿病综合防治机制。

１、高血压、糖尿病的检出

利用建立社区居民健康档案、健康体检、社区卫生服务中心的诊疗、社区免费测血压、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《社区高血压患者管理卡》。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，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，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。

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。

三、社区一般人群的健康促进

根据社区人群的健康需求，在社区广泛开展高血压、糖尿病防治知识宣传，提倡健康的生活方式，鼓励社区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、医疗站点等发放给社区人群。

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。

四、评估

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。我院负责对辖区内的村卫生室督导和考核，考核意见及时反馈到被检单位，以便及时改进工作。

罗家洼卫生院

20\_\_年\_\_月\_\_日

**疾控慢病科工作计划 慢病工作总结与计划六**

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，为此我院将慢性病防治工作纳入我院综合考核目标，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20\_\_年我院慢性病管理工作计划。

一、工作目标

1、建立慢病基础信息登记，针对重性精神病、糖尿病和高血压的首诊病例进行登记工作，制定慢病管理工作制度，由分管副院长分管此项工作，医教科具体负责实施，责任落实到人。

2、加强高血压、糖尿病患者的初筛工作，提高高血压、糖尿病的规范化管理率和控制率，提高高血压和糖尿病患者的早期诊断和早期治疗，减少或延缓高血压、糖尿病并发症的发生。

3、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住院病人入院宣教，普及居民高血压、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。

4、创建无烟医院，无烟病房，按照我院控烟工作制度及奖惩方案执行，医院后勤工作人员及病区设置控烟督导员，对进入我院公共场所的人员进行控烟宣传，对吸烟人员进行劝导，各科室建立控烟督导登记本，有记录可查。

5、对我院健康食堂进行规范化管理，对职工进行健康生活方式培训，对职工发放控盐、控油壶，每年举行全院职工进行一次健康知识竟赛，有记录可查。

二、疾病监测工作目标

对心脑血管事件及肿瘤病人进行登记，对死亡病人进行死因监测并登记上报金山社区疾妇站，对35岁以上首诊病人测血压、对达到诊断标准高血压病人进行登记并上报金山疾妇站进行相应管理。

三、实施计划

建立慢病工作制度;对一般人群、高血压和糖尿病患者开展预防控制工作，建立高血压、糖尿病综合防治机制。

1、高血压、糖尿病、重性精神病的检出：利用患者就诊、健康体检、门诊免费测血压、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并上报金山社区疾妇站。

3、体检中心每月上报体检单位及体检总人数，对达到高血压、糖尿病诊断标准的进行详细登记并上报金山疾妇站进行管理。

4、对社区进行慢性病知识讲座，参加市疾控中心的慢性宣教，对基层医护人员进行业务知识培训，每年对医院职工进行慢性病知识培训。

5、不定期邀请上级医院专家对我院医护人员进行业务培训。

四、对高血压、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。

根据基层人群的健康需求，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，鼓励群众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。用“精神卫生日”“高血压日”“世界糖尿病人日”等宣传日，宣传慢性非传染性疾病防治知识和防治理念，引导社会对慢性非传染性疾病的关注，提高人群慢病防治知识知晓率，不断增强广大群众的自我保健意识，促使人们改良不良的生活习惯，建立健康的生活和工作方式，消除或减轻相关危险因素，降低慢病的发病率伤残率和死亡率。

4、建立高血压、糖尿病防治知识宣传栏，每1季度更换1次内容，在导诊台发放高血压、糖尿病等慢性病防治知识宣传单。

5、在辖区举办高血压、糖尿病知识讲座和健康生活方式讲座、义诊等活动。

6、在辖区开展免费测血压、血糖活动。

五、培训

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》对我院的医务人员进行培训，以提高对高血压、糖尿病的管理质量。

六、评估

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。

七、督导和考核

我院医教科负责对各临床科室进行督导和考核，考核意见及时反馈到被检科室或到个人，以便及时改进工作。

各村相关科室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。

**疾控慢病科工作计划 慢病工作总结与计划七**

为了落实市、县防病工作会议精神，扎实做好高血压、结核病、糖尿病等慢性病的防治工作。根据县慢性病管理工作计划，联系我镇实际情况，特制定本计划：

(一)、任务目标

1. 执行35岁以上社区居民首诊测血压制度;每年至少测一次血压和血糖。

2.对新发现的高血压、糖尿病病人必须建立规范完整的档案资料，建档率和规范管理率达95%以上，有效随访率达85%。

3. 辖区内35岁以上户籍居民高血压发现登记率应达85%，糖尿病发现登记率应达2%以上。

4. 高血压、糖尿病、脑卒中和肿瘤的上报资料准确、完整、及时。

(二)具体措施

1、有专人负责社区各项慢病防治工作。

2、发现可疑结核病人立即转区结核病防治机构进一步检查，不准开抗痨药。

3、对传染性肺结核病人实施全程督导治疗。规范服药率要达98%以上。并及时嘱病人按时做必须的检查和送痰复查，出现副反应及时处理或报告。

4、对户籍人口实施20岁以上社区居民首诊测血压，35岁以上居民每年至少测一次血压和血糖，做好居民的周期性体检(一年一次或二年一次)。

5、掌握辖区居民高血压、糖尿病人数，有规范完整的病历档案和名册登记(高血压发现登记率达5%，糖尿病达2%)，规范管理和随访率均达95%以上。每季、半年、年终的评估中等各项工作指标，血压控制达标率、血糖控制达标良好率和个案效果评估，均应达到要求。

6、掌握辖区60岁以上老年人群(常住人口)的基本情况并有花名册，健康档案等资料齐全，开展老人周期性体检工作，有开展工作记录及资料。

7、按要求对重点人群督导访视，并有记录。

8、按照慢性病防治要求，及时、准确、完整、规范地将慢病防治工作相关原始资料统计成报表，按时上报。

9、按照各类慢病防治的需要，积极开展相应的慢病防治，健康宣教育及健康促进工作。

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！