

# 最新慢病工作总结 慢性病工作总结(优秀5篇)

总结是对前段社会实践活动进行全面回顾、检查的文种，这决定了总结有很强的客观性特征。那关于总结格式是怎样的呢？而个人总结又该怎么写呢？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。

## 慢病工作总结篇一

一年来，我局在区委、区政府的正确领导下，按照年初工作计划和要求，认真做好慢性非传染性疾病的综合防控工作，现将全年工作总结如下：

### 一、加强领导，提高认识

随着人民群众生活水平的不断提高，如高血压、糖尿病等慢病严重威胁着中老年人的健康，导致一些群众因病致贫、因病返贫的现象时有发生，严重影响人民的身体健康，社会经济的发展 and 人民生活水平的提高。为此，我局高度重视，充分认识到该项工作的重要性、必要性，成立了慢性非传染性疾病防控工作作领导小组，设有专（兼）职慢性非传染性疾病综合防控工作人员，并分工明确，职其所能，并制订详细工作方案与具体落实措施，积极开展慢性非传染性疾病综合防控工作。

### 二、加强培训，提高职工理论水平

慢病防治是一项专业技术性较强的社会系统工程，通过举办全局职工基本公共卫生管理学习培训，使参训职工在慢病防治理论上有新的提高，基本技能有新的进步，促进了我局慢病防治工作的顺利开展。

### 三、大力宣传，普及慢性病防治知识

在“全国高血压日”和“联合国糖尿病日”宣传活动期间，我局通过出版宣传专栏1期、向职工发放三期知识问答、悬挂宣传横幅1幅，大张旗鼓地营造宣传活动氛围，让“全民健康生活方式行动”和“吃动两平衡，健康一辈子”的理念深入人心，人人皆知。同时还利用电视、广播等新闻媒体，传播健康生活方式理念，预防高血压、糖尿病知识，不断提高干部职工预防和控制高血压和糖尿病的意识 and 能力。通过大规模的宣传活 动，达到了促使人们了解慢病防治知识，增加自我保健能力，促使人们自觉采纳适于慢病控制的行为与生活方式，增强个人与全社会参与慢病控制，提高全民整体健康水平的目的。

### 四、积极开展慢性非传染性疾病普查工作

通过职工体检，全局50岁以上高血压职工1人，70岁以上高血压患职工约有6人，血糖偏高职工大约有10人；每个职工人手一个医保卡，并建立了健康档案。

### 五、今后工作要点

1、定期开展检查督导；2、按照要求对老年职工进行健康随访管理；3、完善职工健康管理；4、定期依时汇总上报资料、表册；5、加强经费管理，落实专款专用，保障经费到位。

## 慢病工作总结篇二

一、负责本中心、本辖区慢性病和出生死亡监测报告工作，提出慢性病和出生死亡监测年度工作计划。

二、在上级疾控部门的指导下，逐步开展慢性病社区综合防治工作。

三、对本单位包括社区卫生服务站、村卫生室、以及辖区内各医疗卫生机构的慢性病和出生死亡监测工作进行检查、指导，指导责任医生开展死亡调查报告和慢性病报告工作。

四、做好慢性病和出生死亡监测报告工作各类资料收集、整理，及时正确上报有关数据和报表。

五、开具并收集、整理死亡报告卡，并对其进行核对、编码、登记，月报上报上级部门，与相关单位进行死亡核对，开展居民死亡漏报调查，年底做出年报。

六、开展卫生数字平台上慢病防控板块的资料审核和管理。

七、做好肿瘤、糖尿病、冠心病和脑卒中报告卡的收集、核对、编码、登记、查重，月报上报上级部门，定期对各级医疗单位的报病情况进行督导、检查，定期开展漏报调查。年底做出年报，写出分析报告。

八、对各村社区服务站工作人员开展慢病防治知识和技能的培训。

九、按照上级部门的要求，定期对乡镇卫生院开展慢病防治工作检查和督导。

十、结合各种慢病宣传日开展相应的宣传活动。

临澧县疾控中心慢病科

## 慢病工作总结篇三

2013年，慢病科紧紧围绕年度目标任务，在县卫生局、中心领导的支持及各基层单位积极配合下，积极完成省、市慢性病防治工作要求的各项任务。积极开展创建国家慢性非传染性疾病综合防控示范区创建工作，建立全县人群的健康档案，

规范管理高血压、糖尿病等慢性病人和重性精神病人，现将上半年工作情况汇报如下：

一、高血压、糖尿病、65岁老年人健康管理情况 截至2013年5月31日，全县高血压、糖尿病、65岁以上老年人建档管理情况如下：其中高血压建档管理28216人，规范管理27519人，规范管理率；糖尿病建档管理3018人，规范管理2878人，规范管理率，65老年人健康管理35169人，对纳入管理的人群每年进行一次健康体检，高血压、糖尿病患者每年提供4次随访，大大提高了慢性病患者的生活质量。

## 二、重性精神病管理工作情况

### （一）、组织管理与制度保障

#### 1、成立组织

（1）重性精神病管理领导小组（2）重性精神病管理治疗专家指导组

（3）重性精神病管理治疗督导组

（4）重性精神病管理治疗应急医疗处置组

#### 2、制定相关实施方案、计划、制度等

为了有计划的开展工作，特制定了承德县重性精神病管理实施方案、重性精神病管理工作制度、重性精神病排查工作制度、重性精神病随访工作制度、重性精神病患者管理服务规范和流程以及确定重性精神病管理治疗信息系统数据质控员和业务管理员。

### （二）、精神病病人管理

截至2013年5月31日全县管理精神病病人978人，规范管理927

人，规范管理率，符合国家重性精神病数据收录条件患者970人，并已按要求完成录入工作。

### 三、慢性非传染性疾病综合防控示范区创建工作情况

#### （一）、组织保障

1、县慢性非传染性疾病综合防控示范区工作办公室制定了《承德县慢性非传染性疾病综合防控示范区创建工作实施方案》，《承德县2011-2015年慢性非传染性疾病防治规划方案》。县政府成立了由县长任组长，卫生局、财政局等相关单位相关负责人为成员的承德县慢性非传染性疾病综合防控示范区创建工作领导小组，领导小组下设办公室，办公地点设在卫生局，具体负责创建工作的组织与协调。

2、建立了卫生、教育、民政、财政、文化、广电、体

育等多部门工作协调制度，各成员单位设有联络员，明确了各成员单位的任务和职责。

## 慢病工作总结篇四

为了继续做好辖区的慢性病管理工作，现将20xx年度管理慢病工作情况总结如下：

社区服务中心成立服务团队，团队人员组成有全科医师、全科护士及公共医师组成，按工作要求分片负责慢病工作的实施。

辖区内35岁及以上原发性高血压患者。

能按考核标准的要求以国家制定的“高血压患者管理规范”的规定开展工作。

慢性病的建档及随访工作均由临床医生负责，每月随访结束后由临床医生负责将记录输入电脑，然后把随访登记本交回公共卫生科存档。公共卫生科负责检查随访内容及相隔时间是否填写规范，及时将检查结果反映给临床医生，然后及时统计、上报工作。至20xx年9月底，门诊首诊35岁以上居民测血压人数共3598人，已管理高血压患者1004人；高血压随访人次数2226次，高血压规范管理人数504人。

社区卫生服务中心定期组织临床医生、乡社医、护士、公共卫生科等人员，学习高血压防治知识并进行业务考试。

通过一年半的努力，慢病管理工作比上一年取得了很大进步，但在管理上还未达到预期目的，主要存在下面几方面问题：

- 1、相关人员对高血压防治知识不全面；
- 2、缺乏主观能动性，如每次随访都要卫生科人员去催促；
- 3、服务素质不高，态度生硬，未能达到“医者父母心”的境界；
- 4、资料统计人员业务知识不高。

存在这些问题望未来能够改进，同时希望上级主管部门加强业务知识培训及指导。

- 1、高血压患者健康管理率是31%
- 2、高血压患者规范管理率是50%
- 3、管理人群血压控制率超过20%

## 慢病工作总结篇五

2019年我县慢性病综合防控工作在县卫生局的正确领导下，在市疾控中心的精心指导下，依据国家省市有关工作规范要求，依托县镇村三级疾病防控体系，以基本公共卫生项目为抓手，完善慢性病管理长效机制，不断创新工作方式方法，科学有效地开展了慢性病监测工作，广泛宣传慢性病防控知识，积极实施高危人群发现和行为干预，倡导全民健康生活方式，规范实施了高血压、糖尿病等重点患者管理工作，落实了疾病预防控制“八大行动”慢性病防治工作。现将全年我县慢性病综合防治工作总结如下：

一、政府牵头，多部门合作，高质量通过慢性病综合防控示范县复审工作。

一是县政府把慢性病综合防控工作作为惠及民生的系统工程来抓，县慢性病综合防控领导小组办公室根据人员变动，及时更新了以县委副书记、县政府县长任组长，常务副县长、主管副县长任副组长，宣传部、发改局、卫计局、财政局、教体局等单位负责人为成员的慢病综合防控工作领导小组，政府办印发了《慢性病综合防控工作复审方案》等一系列文件。

二是县考核办分解下达了2019年国家慢性病综合防控示范县复审工作目标任务，县政府、各镇、各部门签订了20年度慢性病综合防控工作目标责任书。各部门坚持“把健康融入所有政策”方针，依托本单位实际制定了控烟、减盐、降低有害饮酒、控油、控制体重和全民健身等相关政策制度。

三是县卫计局根据全县各医疗卫生机构实际情况，统筹安排县人民医院、中医医院、妇幼保健院，划片包抓各镇卫生院慢性病业务培训。县疾控中心作为全县慢性病综合防控业务指导单位，在自身专业技术人员紧张的情况下，调配3名业务骨干专职从事慢性病防控工作。

四是示范县巩固提升不断加强，全县迎检慢性病示范县复审工作，经过不懈努力，我县被重新确认为国家级慢性病综合防控示范县，在巩固国家慢性病综合防控示范县建设成果、完善体系机制、发挥示范引领作用等方面成效显著，工作成绩突出。我县被国家卫健委命名为十佳慢性病综合防控示范县，并作为中西部唯一县区在上海举办的慢性病综合防控工作推进会上做经验交流发言。

二、镇府倡导，全民参与，全民健康生活方式行动深入人心。

一是全县机关、企事业单位积极筹建职工健身活动场所，购置活动器材。认真落实工间操健身制度，使干部职工每天运动时间均超过20分钟。先后组织举办了职业男篮对抗赛、中国乒乓球俱乐部超级联赛、环湖健步行，及全县庆五一职工工间操大赛等赛事共11次，全民健身浓厚氛围。

二是全面实施以“合理膳食、平衡营养”宣传活动以来，有关部门组织联合行动，开展专项检查，积极推广营养标签，大力宣传平衡膳食、适量运动、戒烟限酒，减油限盐等健康生活方式行动10余场次。

三是全县控烟活动氛围浓厚。坚持控烟工作周巡查、常宣传制度，全县共建成无烟单位43个，全县无烟单位覆盖率为100%。

四是我县今年成功创建为省级全民健身示范县，特别在政府履职、活动开展、设施建设、赛事活动、健康指导等方面起到了示范引领带动作用。今年健康创建活动扎实开展，新创建健康学校2所，健康村5个。

三、加强培训，细化考核，慢性病防控工作规范化运行。

一是强化目标责任制管理。中心结合工作实际，按照注重细节、业务量化、便于管理的原则，签订了慢性病综合管理为



主要内容的基本公卫项目管理目标责任书，由县局与各医疗卫生单位签订。把慢性病作为疾控工作的重要组成部分，占有很大比重。

二是加大人员培训力度。中心全年共开展慢性病防控工作专题培训8次，培训人员480人次。特别是以国家基层高血压防治管理指南培训为主题，举办了全县基层专干及乡医知识培训会，全年共开展慢性病综合防控示范区新指标、国家公共卫生项目规范(第三版)及四大监测工作为内容的慢性病专题培训会4场次，培训工作人员120人次，促进了我县县镇村三级疾控人员业务水平的进一步提高。

三是督促县级医疗机构(县医院、中医院、妇保院)对镇慢性病管理工作人员进行分片技术培训两次，促进了全县慢性病防控知识的交流，全面提高了基层卫生医疗机构对慢性病患者的健康指导能力。

四是考核采取季度考核与重点督导相结合的考核模式，共开展重点督导6次，按季度对各单位工作完成情况进行考核，并严格按照工作量兑现公卫经费，对督导和考核中发现的问题，提出整改时限，限期督促整改。五是组织人员修订了《千阳县基本公共卫生精细化管理方案》和《千阳县疾控工作指南》，提高和规范了全县慢病工作人员的业务技能。

四、立足实际、形式多样，健康教育工作成效显著。

一是我县采取电视、广播、手机短信、宣传栏、知识讲座和慢性病主题健康宣传日设点宣传等多种形式，进行全方位、多角度、广覆盖的慢性病防控知识宣传教育，依托农村庙会、集市等机会，结合法定节假日城区主要公共休闲场所人流量大的特点，组织人员采用设置展板、发放宣传资料、播放音像资料、免费检测健康指标、接受群众咨询等形式，进行设点宣传，形成常态化健康教育机制。

二是慢性病防治技术人员深入学校，对全县所有中小学、托幼机构的保健老师进行了健康教育知识培训，对学校的健康教育覆盖率、幼儿园健康讲座覆盖率、小学儿童龋齿填充率、符合适应症儿童窝沟封闭率等提出了明确要求。

三是慢性病防控与精准扶贫工作有机结合，制作了居民健康素养66条等内容的健康知识手册2000本，发放到每个贫困户手中，努力遏制因慢性病返贫现象的发生。制作慢性病防治知识为主要内容的国家公共卫生项目宣传版面20余个，对深度贫困村(段家湾村、上店村、坪上村、白村寺村)主要进行慢性病防控知识宣传。

四是据统计，20年全县慢性病综合防控知识大型户外广告牌共设置6块、设置宣传栏134个、更换内容430期、悬挂条幅200余条、印制宣传单80000余张、张贴宣传画6000余张、发放知识手册5000本、播放音像资料6000余小时、设点宣传100余场次。全县医疗卫生单位利用健康教育宣传阵地，开展了富有成效的宣传活动，提高了全县人民群众的慢性病知识知晓率和健康行为形成率。

五、扎实筛查，早期干预，高危人群干预初见成效。

一是各医疗单位严格落实35岁以上人群首诊测血压制度、各单位在门诊大厅全部建立了健康指标自助检测点，开展高危人群筛查，对筛查出的高危人群和患者分类登记，根据不同人群建立健康档案，及早发现慢性病高危人群和患者，做到早发现、早干预、早管理。二是积极落实干预措施，坚持关口前移、重心下沉的工作原则，全面落实干预措施。

今年全县288个机关、企事业单位共4655人进行了全面健康体检。对查出的慢性病高危人群开展了多种形式的干预活动，患者全部落实了责任医护人员，给予规范化管理。

六、积极探索，认真工作，慢性病监测数据质量不断提升。

一是截止12月底，全县共报告死亡个案881例，估算年粗死亡率7%，报告及时率97%，审核率100%，多死因链填写完整率100%。报告肿瘤发病367例，肿瘤发病率29.2%，定期开展死亡及肿瘤漏报病例的补报工作。

二是按照省市统一安排，于今年1月份将20年全县发病死亡肿瘤数据上报省疾控中心，并在4月份对20年发病和死亡的肿瘤数据进行在整理后上报国家肿瘤数据库。按照要求开展了心脑血管事件报告工作，全年共上报心脑血管事件4058例。

三是监测点工作规范开展。县人民医院、南寨中心卫生院、柿沟卫生院坚持每月上报慢性病报告卡、月报表、死亡报告卡，中心汇总后上报到市中心。经统计全年共登记管理高血压1035例、糖尿病262例、脑卒中249例、冠心病541例、恶性肿瘤367例。

七、明确要求，细化服务，国家基本公共卫生项目服务不断加强。

一是扎实开展了国家基本公共卫生慢性病服务项目服务管理工作，加强高血压、糖尿病患者规范管理。完善了慢性病患者发现、筛查、登记、管理工作制度，坚持每月更新辖区高血压、糖尿病发病、患病、死亡数据。每季度开展一次面对面随访，每年体检1次。并将所有在管高血压、糖尿病患者录入区域公共卫生信息平台，进行纸质档案和系统平台双管理，实现了慢性病患者管理信息化。

二是大力推进患者自我管理，全县建立患者自我管理小组101个，均达到了由专业人员提供慢性病专业指导，指导患者进行自我治疗、康复管理，取得了良好的效果。