

2023年公共卫生中心工作总结 公共卫生 个人工作总结(通用9篇)

总结是把一定阶段内的有关情况分析研究，做出有指导性的经验方法以及结论的书面材料，它可以使我们更有效率，不妨坐下来好好写写总结吧。怎样写总结才更能起到其作用呢？总结应该怎么写呢？以下我给大家整理了一些优质的总结范文，希望对大家能够有所帮助。

公共卫生中心工作总结 公共卫生个人工作总结篇一

(一) 全镇概况 □xx镇地处xx县东部，居江南平原中心，全镇面积. 平方公里，距县城灵溪. 公里；全镇共有. 个行政村、八个居民区，总人中.. 人，其中男性. 人，女性. 人，60岁以上人数. 人，0-7岁儿童. 人，外来人口约. 人，农业人口. 人，农业人口约占总人口约6. %。

(二) 机构与人员 □xx镇社区卫生服务中心在职职工95人，其中具有专业技术职称人员82人，占全院职工的86. 3%，其中具备大专以上学历的人员61人，有高级专业技术职称的1人，中级专业技术职称的13人，执业医师28人，执业助理医师6人，执业护士21人，初级卫技人员54人，全科医师6人，正在培训7人。

(三) 公共卫生医疗服务现状：全镇设有一个中心，两个站，村卫生室23家，个体诊所5家，全镇责任医生共有21人，协管员8人，联络员27人，为辖区居民提供预防、保健、康复、健康教育、基本医疗、计划生育指导等“六位一体”的服务。医疗服务范围为xx区域及周边乡镇，人口约12万人。

(四) 农村公共卫生服务管理 □xx镇社区卫生服务中心对全镇责任医生和云岩卫生院开展一年四次的公共卫生服务项目工作

督查和指导;中心建立健康档案10851份,规范性慢病管理3787人,其中高血压3313人,占8.02%,糖尿病294人,占0.70%。年度体检应检30767人,实际体检20651人,体检率达67%。责任医生团队免费上门服务20495次。

按照《浙江省发展城市社区卫生服务的意见》和《温州市人民政府关于加快发展城乡社区卫生服务的实施意见》的要求,根据xx县社区卫生服务机构设置规划,在原有卫生资源分布的基础上,根据服务人口、服务区划、服务半径及居民出行15分钟可到达的社区卫生服务要求,优化、整合医疗卫生资源,目前一个中心及2个社区卫生服务站标识清晰,布局设置合理。均开展以公共卫生和基本医疗服务为主。为居民提供“六位一体”的综合性卫生健康服务。

按辖区内人口数1000-1500人的标准配备了21名社区责任医生,每个责任医生团队均具有执业助理以上资格人员为队长。本中心制定全员培训计划,各社区责任医生都参加县卫生局组织的农村公共卫生知识培训,其中80%通过市卫生局组织全科医学知识培训或正在培训,包括中医、中药、预防医学、心理学知识的培训。选送技术骨干到市级医院重点培养,逐步提升社区卫生服务水平。

(1)设立社区卫生服务综合办公室,由中心主任兼任办公室主任,接受上级各项工作任务制定工作计划。督导社区责任医生各项服务工作的落实,不断提高服务质量;制定责任医生团队协作与沟通实施方案,积极探索全科团队服务方式,逐步向片区推广团队服务模式。

(2)按照规范化社区卫生服务中心要求,建立健全责任医生团队会诊制度,双向转诊制度,重点疾病管理等制度,以及各项操作规程和公共卫生事件应急预案,确保社区卫生服务工作有章可循,并结合考核方案逐一落实。

(3)各科室分布示意图上墙公示,咨询服务措施有分诊台,就

医流程、健康处方等，服务时间、服务项目、价格、各项惠民措施等一一上墙公示，方便群众就医。

(5)制定xx镇社区卫生服务中心乡村一体化管理文件，健全中心对站的管理考核机制。

(1)完善社区卫生服务内涵，关爱弱势群体，开展爱心服务、巡回义诊活动。爱心门诊服务对象：全镇五保户、低保户、残疾人等，就诊时凭证免挂号费、诊疗费、注射费及其他手术、检查费用，药品零利润提供。辖区内60岁以上服务对象免费健康体检一年一次，并建立个人健康档案。同时在社区、敬老院开展巡回医疗义诊活动，义诊同时，认真制作各种宣传图片，精心编写各种农村常见病健康教育资料5份，举办健康教育讲座12次，帮助群众树立自我防病和自我保健的意识，社会反响良好。

(2)公示社区责任医生团队，社区责任医生照片、联系方式等公示于社区、村的健康教育宣传栏上，同时印发责任医生联系名片，注明责任姓名、联系电话等，便于提供服务、接受监督。

(3)结合参保农民免费健康体检，开展社区居民健康调查，积极推行责任医生制度和团队服务模式，与市、县级医院签订双向转诊协议，准确及时收集社区居民卫生服务需求，动态跟踪管理，受到广大居民群众的欢迎。

(4)实行重点人群服务，加强对重点人群的定期跟踪服务(我中心为温州市慢病管理试点单位)，为60岁以上老年人提供定期随访服务，实行动态管理，结核病、肝炎和精神病患者提供社区管理，以慢病人群、特困、残疾人、低保、五保户等群体作为工作的切入点，提高疾病知晓率、控制率、服药率，管理高血压3313人，肿瘤42人，糖尿病294人，冠心病15人，脑卒中36人，精神病人63人，肺结核24人，及时做好档案簿册登记。对慢性病进行早发现、早诊断、早治疗，减少或解

除他们的病痛，提高他们的生活质量。

(5)统一制作健康教育宣传栏，张贴健康教育宣传画报，结合创建工作，责任医生深入社区、家庭、学校及公开场合，开展多种形式的健康教育活动。各村社区责任医生定期开设健康教育课，普及各项健康知识。今年共计刊出健康宣传画11期，更换宣传橱窗35*4期，健康教育讲座12次，开展卫生日活动13次。卫生知识问卷调查一次，制作健康处方15种5万多份。发放各类健康知识宣传资料3万余份。内容有艾滋病等性病防治知识、高血压和糖尿病等慢性非传染性疾病、呼吸道传染病、肠道传染病及心理卫生知识等。

(7)各类社区卫生服务工作有序推进，妇幼保健工作的各类指标均达到或高于全县平均水平，儿童计免接种率100%，3岁以下儿童系管率97%，孕产妇系管率91%，妇女病普查1679人次。

(8)加强传染病和突发公共卫生事件的管理，今年我中心继续加强传染病防治工作，完善了突发公共卫生事件应急预案，重新修订了传染病防治管理制度。对全体职工进行传染病防治知识的培训并考核，做到人人知晓，事事落实。同时我中心已于xx年完成了传染病信息网络的建设。

1□x年公共卫生服务项目取得了一定的成效，但也存在如下困难：公共卫生财政、社区卫生服务经费投入不足，制约社区卫生服务发展。人才缺乏，全科医师培训需要一个过程，全员聘用制和有效的激励机制尚有待政策的支持和措施的完善；居民对社区卫生服务认识存有距离，政府部门支持力度有限，上门建档服务阻力大，信息化建设急需推进。

2、今后打算：争取以政府为主导，强化职能，加大社区卫生服务投入；加大宣传力度，认真开展社区卫生服务，通过宣传一吸引一再宣传，以逐步改变医务人员和社区居民陈旧观念，促使其自愿参与到社区卫生服务中来；加强专业技术队伍建设，尽快启动全科医师规范化培训，提高社区卫生服务水

平;创新运行机制，启动信息化建设，政策配套，实行内部激励，外部监管，分级医疗，社区首诊制等，推动社区卫生服务可持续健康发展。

展望未来，任重而道远，但我们坚信：在xx县卫生局、县疾控中心、县妇保院等各级领导的督促和指导下，我们将以积极创新、开拓进取、与时俱进的精神，不断创新思维、创新机制、创造性地开展工作的，为社区公共卫生服务探索出一条可持续发展的道路。

(一)、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，我院多次向办事处居会等基层管理组织单位进行协调与沟通，得到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，使居委会对居民健康档案工作十分重视，每个辖区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，本站专门成立了由站长任组长的居民健康档案工作领导小组，加强整个街道居民健康档案工作组织领导，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和居民健康体检小组相互积极配合采取进入户调查统一体检服务的方式为居民建立健康档案建档工作。

三、是加大宣传力度，提高居民主动建档意识。为提高我辖区居民主动参与建档意识，本站大力宣传发放各类宣传材料让每一名社区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。

四、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，本站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。

截止2019年11月底，我站共为七社区居民建立家庭健康档案纸质档案3974份，并把纸质居民健康档案完善合格录入居民电子健康档案系统。

(二)、老年人健康管理工作

根据《包头市2019年基本公共卫生服务老年人健康管理项目工作方案》及区卫生局要求，我院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街道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居民进行定期随访，并告知该居民一年后进行下一次免费健康检查。

(三)、慢性病管理工作

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)。

2、2型糖尿病患者管理

一是通过健康体检和高危人群筛查检测血糖;建立居民健康档案过程中询问等方式发现患者。

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)。

(四)、健康教育工作

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

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。

(一)、基本公共卫生服务项目资金投入不足，制约了基本卫生服务的发展。

(二)、人才缺乏，全科医师人员不足，影响了基本公共卫生服务项目的开展进度。

(三)、缺乏有效的激励机制，降低了社区卫生服务机构工作人员工作热情。

(四)、居民基本卫生服务认识存有距离，上门建档和随访主动配合存在一定困难。

(一)、争取地方政府支持，强化职能，加大基本公共卫生服务项目资金投入。

(二)、加大宣传力度，认真开展基本公共卫生服务项目工作，通过宣传一吸引一再宣传，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。

(三)、加强专业技术队伍建设，提高基本公共卫生服务水平。

(五)、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。

在卫生局和上级各部门的督促和指导下，我站全部员工将在以后的工作中更加努力积极、开拓进取与时俱进的精神，不断的创新思维 精心组织力争将各项工作做得更好。

xx社区卫生服务站

公共卫生中心工作总结 公共卫生个人工作总结篇二

泰山区总面积336.86平方公里，辖5个街道、2个镇，有68个社区、126个行政村，总人口63.3万，其中，城区人口53.2万。全区有区级医院2处，疾病预防控制中心1处。全区建立了5个社区卫生服务中心，66个社区卫生服务站，城市社区卫生服务机构规划建设已全部完成，并全部达到了省级示范社区卫生服务机构的标准，实现了卫生服务人口全覆盖。

泰山区作为市中区，充分发挥资源优势，把发展社区卫生服务作为坚持以人为本、构建和谐社会的重要内容，作为推进城市医疗卫生体制改革、完善公共卫生管理体系、解决群众“看病难、看病贵”的重要举措。区政府制定了社区卫生发展“三步走”的战略，确定xx年年为全区社区卫生服务基础设施建设年□20xx年为社区卫生服务质量提高年□20xx年为社区卫生服务创新提升年，探索实践出了一条政策扶持、优质服务、机制保障、人才建设“四位一体”的社区卫生服务工作之路，提升了社区卫生服务水平，在为群众提供安全、有效、便捷、廉价的医疗卫生服务方面取得了显著成效，群众满意率达到98.7%。我区先后荣获全国初级卫生保健先进区、全国中医药特色社区卫生服务示范区、全省社区卫生服务示范区、全省中医药特色社区卫生服务示范区和全省城市社区卫生服务体系重点联系区等荣誉称号。

一是实施基础设施建设“以奖代补”政策。切实履行政府职能，不断加大投入，把社区卫生服务平台建设与区域经济建设整体规划同步考虑，建立了比较稳定的投入机制和途径。强力推进社区卫生服务机构基础设施建设，区委、区政府每年拿出100万元社区卫生服务专项资金，设立专门账户，采取“以奖代补”的办法，每建成1处五星级社区卫生服务站，区财政给予5万元奖励，四星级社区卫生服务站给予3万元奖励；用于设备购置10万元，人员培训10万元。以社区集体投入为主，规定凡是区、街道、社区需要建设的公共卫生服务

设施，必须优先列入专项支出，保证资金投入到位。

二是认真落实政府购买社区公共卫生服务补助资金。将健康教育、预防、保健、康复等公益性卫生服务经费纳入财政预算，拨出专款投向社区。20xx年，全区社区公共卫生补助资金达到人均12元。区政府认真落实社区公共卫生服务项目补贴制度，按服务人口人均5元，拨付266万元作为政府购买社区公共卫生服务资金。通过卫生、财政部门严格考核，省级补助资金106.4万元、市级补助资金226万元，区级补助资金266.1万元，合计各级政府购买社区公共卫生服务补助资金598.5万元已全部拨付到位。

三是严格准入，高标准建设。规范对民间资本进入社区卫生服务机构的行政审批，为加快社区卫生服务机构建设步伐，我区分别于xx年、20xx年向社会公开招投标设置社区卫生服务站26处，其中辖区内大医院延伸到社区举办6处，国有企事业单位职工医院转型5处，规模较大的社区门诊转型10处，个人举办5处，既避免了医疗机构重复设置，又将区外资本和优秀医务人员吸引到社区，有力促进了全区社区卫生服务工作快速发展。对提供社区公共卫生服务的机构在业务用房、基本设备、人员配备作了明确要求，规定一星级社区卫生服务站业务用房不少于150平方米，至少设全科诊室、治疗室、药房、观察室、预防保健室、健康教育室、化验室、健康信息管理室，五星级还要增设中医诊室、康复室和值班室，做到各室独立分开；每个社区卫生服务站至少配备2名经过全科医学培训的执业医师和2名执业护士；具备化验设备、给氧设备、快速血糖测定仪、健教设备、电视机、电话、计算机等专用设备，统一配备全省城市社区卫生服务管理软件。准入制度的建立，切实提升了社区卫生服务机构的档次和质量。

发展社区卫生服务的目标就是为社区居民提供优质的公共卫生服务。为此，我们积极创新方式，丰富服务内容，提高服务质量，力求为社区居民提供全方位的公共卫生服务。

一是构建15分钟医疗服务圈的“大网络”。充分整合现有资源，搭建服务平台，合理布局社区卫生医疗机构，着力打造15分钟医疗服务圈，确保居民步行15分钟以内就能享受社区医疗服务。通过机构重组、功能转换、大医院延伸服务和社会参与等形式，每个社区设一处卫生服务站，让社区卫生服务机构充分发挥“健康守门人”的作用。近几年，全区先后投入3046万元发展社区卫生事业，对社区卫生服务机构进行全面改造、改貌建设，共新建32个、扩建16个、装修改造14个，在全区建成了功能完善、设施齐全、服务全面的社区卫生服务网络框架，社区卫生“15分钟医疗服务圈”的建立，使全区近七成居民有病首选社区卫生服务机构，极大提升了居民对社区的归属感和满意度。

二是完善户户拥有家庭医生的“大体系”。拓展服务内涵，注重完善功能，逐步实现服务对象由病人向社区居民转变、工作职责由单纯治病向保障健康转变、服务方式由坐堂行医向送医上门转变，构建起了户户拥有家庭医生，人人享有卫生保健的“大体系”。重点强化了“三项服务”。强化综合服务。把全科医生、社区护士、公共卫生医师组成服务团队，通过签订保健合同、定期随诊、上门服务等方式，开展社区卫生全程便民服务，并根据各社区不同居民的层次和需求，实行不同的社区卫生服务方式。强化连续服务。建立以家庭为单位的健康档案，深入开展健康教育、慢病防治、妇幼保健、残疾人康复、计划生育技术指导、通讯信息技术“六进社区”活动，全面掌握居民个人健康状况，实行不间断的健康管理，针对出现的健康问题及时采取干预措施。目前，为17.6万家庭53.2万居民建立档案，记录每个居民的生活习惯、既往病史、诊治情况、家庭病史及历次体检结果等。健康档案建立后，社区医生分片管理，对重点人群实施规范化动态管理。目前，纳入全省社区卫生服务信息系统管理人数已达48.5万人，管理率达91%。强化上门服务。引导和组织社区卫生服务人员贴近家庭、贴近群众，主动送医上门，努力为居民提供“零距离”服务。全面推行社区责任医生制度，主要负责社区居民健康教育、康复指导和慢性病管理。每年

对6万名四种慢性病人、14.8万名妇女、1.4万名儿童、4.5万名60岁以上老年人和8742名残疾人实行重点服务，先后上门提供防治服务达40余万人次。

三是强化星级卫生服务评定的“大监管”。为使社区卫生服务工作上档次，我们以星级社区卫生服务站创建为总抓手，把社区卫生服务设施、公共卫生服务数量、服务质量等指标全部具体化、数字化，将社区卫生服务站标准划分为一至五星级，全年分两次进行检查验收、挂牌确认，并评选出“十佳示范社区卫生服务站”、“十佳社区卫生服务标兵”、“十佳社区卫生助理员”。同时，对达不到星级规范化建设标准且限期整改仍不合格的予以摘牌。通过星级创建活动，打造了一批社区卫生服务精品站点，扩大了社会影响，提高了居民信任度。目前，已评出五星级社区卫生服务站10个，四星级社区卫生服务站17个，三星级社区卫生服务站35个，二星级社区卫生服务站4个，并逐个举行了授牌仪式。

一是建立工作落实机制。“项目化、责任化、指标化”是泰山区抓好各项工作落实的有效手段。按照“三化”要求，对社区卫生服务的硬件建设和社区公共卫生服务的各项工作任务都明确到具体项目、具体责任人、具体完成时限，并辅之以强有力的调度督查，确保各项任务落到实处。同时实行“三进社区”，即领导干部进社区。在区级领导干部中实行了“五个一”制度，其中一项就是要求每名区级领导包保一个后进社区，每月15日为包保工作活动日，要求各包保领导深入社区调查研究，及时帮助解决实际问题，特别是协调资金，加大卫生基础设施投入，提高社区卫生服务水平，并将活动情况一月一通报，充分调动了领导干部重视社区卫生工作的积极性。部门服务进社区。“卫生职能进社区”是“十进社区”的重要内容之一。我们把区卫生局的服务职能下放到各社区，在社区设立服务平台，把各项社区公共卫生服务细化、量化，排出具体形象进度，使居民不出社区就能享受医疗保健服务。健康督察进社区。在全区推行了社区卫生助理员制度，每个社区配备一名社区干部担任社区卫生

助理员，负责监督、督查、评价社区卫生服务机构和人员的工作，协调、组织各项公共卫生服务工作的落实，被社区群众亲切地称之为“健康督察”。通过实行“三进社区”，真正做到了领导在一线指挥，部门在一线服务，问题在一线解决，使社区成为了卫生服务的“第一办公室”。

二是建立科学规范的考核评估机制。区政府成了社区公共卫生服务绩效考评委员会，全年分两次对社区公共卫生工作落实情况进行考评验收，我们把居民满意度和公共卫生服务质量作为考核社区卫生服务机构和人员的重要指标，对全区社区卫生服务机构实行动态管理，把社区卫生服务设施、公共卫生服务项目等指标全部具体化、数字化，将考核成绩与经费拨付相挂钩。对达不到服务标准、社区居民满意度不高的社区卫生服务机构限期整改，对整改仍不合格的实行末位淘汰制，取消社区卫生服务资格。提高社区卫生人员待遇，实行绩效工资制，医务人员的报酬与服务数量和服务质量挂钩，探索建立了结构补贴、养老和医疗保险等待遇保障机制，实行区级统筹，对社区卫生服务人员做到高看一眼、厚爱一层，充分调动了社区卫生服务机构人员的工作积极性。

三是建立社区公共卫生服务提供机构公开招投标机制。在政府购买社区公共卫生服务项目中实施“提供机构公开招投标”模式，是保证社区公共卫生服务质量，提高补助资金效益的有效措施。区卫生局、区纪委、区财政局在全区范围内公开招标购买社区公共卫生服务项目。区卫生局作为招标主体，制定社区公共卫生服务项目评价标准及机构准入标准，委托招标公司对泰山区政府购买社区公共卫生服务项目提供机构进行公开招标。通过资格确认、实地考察、投标、开标，在辖区内387家医疗机构中有66家社区卫生服务站获得提供社区公共卫生服务的资格。通过探索政府购买社区公共卫生服务的方式，建立政府对社区公共卫生服务落实情况的考核评价标准，促进社区卫生服务机构更好地落实社区公共卫生服务工作，不断创新和完善社区卫生服务财政补助运行机制。

公共卫生中心工作总结 公共卫生个人工作总结篇三

成立机构，

一、加强领导。制定方案。

制定了《镇基本公共卫生服务项目实施方案》对基本公共卫生服务项目，根据卫生部、财政部、国家人口和计划生育委员会《关于促进基本公共卫生服务逐步均等化的意见》及《市市基本公共卫生服务项目实施方案》结合实际我镇成立了镇基本公共卫生服务项目领导小组。定标定责到人，明确责任，各项目实施责任人制定了各自的工作方案及项目运行计划并能规范化运行。

严格培训，

二、健全制度。规范行为。

发放到每位职工和乡医手中。各项目实施办公室制定了相关制度并上了墙，院统一制定并印制了《基本公共卫生服务工作手册》200本。组织有关人员认真学习。为了规范国家基本公共卫生服务项目管理，院特邀市局专业人员组织全院职工及各卫生所乡医，就《国家基本公共卫生服务规范》内容进行了专题培训，通过培训，使所有村医都基本掌握了国家基本公共卫生服务规范的各项内容，为在镇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。

1建立居民健康档案

居民健康建档是基础，国家基本公共卫生服务项目中。组织各项目实施人以妇女、儿童、老年人、慢性病人、精神病人等人群为重点，自愿的基础上，通过组织下乡入村体检等形式，为辖区常住人口建立统一、规范的居民健康档案，做到

健康档案内容详实、填写较规范。截止目前已经为10664人建立了居民健康建档。将在11月下旬到12月份对全镇一、二中学生全镇幼儿园托幼人员安排进行体检。

2健康教育

各项目负责人都能通过进村、上街宣传，针对健康素养基本知识和技能、慢性病防治及辖区重点健康问题等内容。为辖区居民提供健康教育宣传信息和健康教育咨询服务，设置健康教育宣传栏并定期更新内容，开展健康知识讲座等健康教育活动。截止目前，主要街道设置健康教育专栏4块，版面更新4次，开展下乡健康教育视频播放宣传次，开展公众健康咨询活动6次，举办健康知识讲座12次，发放各类宣传印刷品15万余份。通过各项目责任人的共同努力和不断的进行健康指导和干预，很大程度上改变了一些群众的不良卫生习惯，真正做到疾病从预防开始。

3预防接种

发现、报告预防接种中的疑似异常反应，为适龄儿童免费接种乙肝疫苗、卡介苗、脊灰疫苗、百白破疫苗、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。并协助调查处理国家基本公共卫生服务项目预防接种工作的重点任务。为了做好此项工作，再一次确定了疫苗接种点，各接种点都具备了疫苗储存和运输管理规范》规定的冷藏设施、设备并按照规定要求进行疫苗的领发和冷链管理，保证疫苗质量。6月份对预防接种的人员（具备执业医师、执业助理医师、执业护士或者乡村医生资格）进行了预防接种专业培训。

镇继续强化村级卡、证、册管理工作，2卡、证、册资料管理xx年。充分利用每月冷链运转后，对村级计划免疫工作进行考核，全年共对辖区32个村级接种点联合监督检84次。有力的保证了卡、证、册填写的及时性、完整性、准确性。至

今，共建卡 475人、建证475人、建册 475人，录入微机 475人。

3麻疹查漏补种及强化免疫工作

镇在年组织防保站人员和镇区5个接种点的人员对镇区和周边3个行政村的所有儿童进行拉网式排查，共排查镇区和周边3个行政村，7个年龄组（时间从出生至xx年出生的所有儿童）共排查儿童743人（不含托幼机构目标儿童）其中以前出生为 664人，以后出生的为79人）册儿童本地漏种儿童 22人，为了控制麻疹疫情在镇的流行。流动儿童215人；摸底新发现本地儿童22人，流动儿童105人；其中需接种1剂次215人，需接种2剂次61人，合计 337针次。

4甲型h1n1流感疫苗及其它疫苗接种

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；配合市防疫站结防科对 结核病人进行治疗管理，截止11月份，乙类传染病例报告 例，丙类传染病例报告 例，及时报告传染病人 例，转诊结核病人 例，管理病人 例。为传染病的防控起到了积极的作用。

5、儿童保健

为了很好的为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。我院妇幼医生 于10月份到三门峡参加了为期3天的国家公共卫生服务规范培训。通过培训，使每个参加培训的人员明确了目的，掌握了《规范》标准。截止目前，0-36个月儿童建册344册□xx年出生344人，访视344人。

6、孕产妇保健

按照《基本公共卫生服务项目实施方案》规定，每年至少为孕产妇免费开展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、心理健康等健康指导，了解产后恢复情况并对产后常见问题进行指导。截止11月，各项目责任人已对所有孕产妇进行健康管理，孕产妇建档479人，早孕建册411人，早孕建卡率85.5%，产前健康管理率100%，产后访视率100%。

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、自救等健康指导是老年人健康管理的主要内容。在居民健康建档的一开始，我们就将老年人作为了重点人群来健康管理。截止目前，65岁以上老年人登记在册3912人，建立档案2531人，对建立档案老年人全部进行健康服务管理，管理服务率达65%。通过健康知识宣传65岁以上老年人都能自愿接受体格检查。

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进行登记管理，定期进行随访，并对他们进行体格检查及用药、饮食、运动、心理等健康指导。截止11月份，各项目责任人已登记管理高血压患者1566人，登记管理糖尿病患者197人。

9、重性精神疾病患者管理

重性精神疾病患者管理，我们的主要任务是对辖区内重性精神疾病患者进行登记管理；在专业机构指导下对在家居住的

重性精神疾病患者进行治疗随访和康复指导。截止目前，共为辖区69人精神病患者建立档案。

四、加强督导、相互交流，共同提高

基本公共卫生服务工作开展以来，院领导对此项工作十分重视，多次对项目工作进行了督导。

启动基本公共卫生服务下乡调查体检活动。院领导亲自带领体检工作队20余人进驻桑园开展调查体检工作。

召开下乡调查体检工作协调会，对体检项目组合进行了重新调整：八项重组为四组，即血型血糖组、一般状况组、脏器功能组、症状生活查体询评组。同时，对人员安排、物品器械管理做了严格要求。

院班子成员就九项基本公共卫生服务项目工作的开展情况进行了全面检查，及时发现了项目工作中存在的问题，并给予及时的纠正，促进了项目工作的健康运行。

院成立了基本公共卫生服务督导组，对我镇公共卫生服务项目工作进行了全面督查，督导人员对开展公共卫生服务项目以来所做的工作给予了肯定，同时，也发现了存在的一些问题。院要求要把好事办好、实事办实，把档案要建成活档，更好的服务于广大人民群众。

---目前存在的主要问题

1. 组织功能发挥不到位。三级公共卫生管理和服务网络虽然已经基本建成，但仍然没有充分发挥相应的功能作用，各项工作镇村联系不够，衔接不密切、配合不默契在一定程度上影响了工作质量。

2. 措施不够扎实。各责任人虽然积极地开展了公共卫生工作，

但也发现个别同志认识不够，工作流于形式，没有结合自身实际制定出有效的实施方案，对村卫生所的指导力度不够，部分责任人的管理指导人员业务水平不高，很难起到有效的指导和督导作用。

3. 健康档案资料填写不规范. 个别健康档案资料填写不够规范，健康档案内容空项，错误较多，存在较多逻辑错误。

4. 工作力度有待加强。从检查中发现个别医生的业务知识不够全面，工作消极被动，责任心不强，缺乏主动上门意识。主要表现在：一是慢性病的筛查开展不到位，已经发现的慢性病人虽已建立了健康档案，但符合要求的合格档案的比率不高，内容不完整，记录不真实等情况依然较为普遍，对慢性病的随访和管理流于形式。二是老年人健康管理虽然和居民健康建档同步进行了，但是，登记不详细，管理不到位；三是健康教育讲座的次数不够，版面没有及时更换，健康教育内容和形式单一，资料整理不全。

5、公共卫生服务人员服务意识不够，服务技能单一，工作方法不灵活。

6、缺乏相关知识培训，乡村医生、护士原来大都从事医疗临床、护理，对慢性病等一些行为干预、健康行为指导等方面知识欠缺，急需加强培训指导。

公共卫生中心工作总结 公共卫生个人工作总结篇四

我站在卫生局及镇医院的直接正确领导下，严格执行（国家基本公共卫生服务规范[xx年版]）认真学习，落实。

实施本年度基本公共卫生服务项目工作方案。切实严抓我居委会基本公共公卫生服务项目工作，充分调动发挥以村委会，群众，村医为一体的互动组合团体，收集整理了各项所需信息资料，确保‘公卫’项目的启动与正常运行，并取得了一

点成绩，特作出总结报告如下。

在实施国家基公共卫生服务。9个项目中，我站医生是加班加点，废寝忘食，走乡串户，打硬仗，持久仗，终于基本完成了上级交给的项目任务。

根据《xx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，在上级领导统一部署下，我村即元月份继续开展了xx年度居民建档工作。

一，是争取领导重视，搞好综合协调与沟通，得到了村委，村民的大力协助与支持。

二，是加大宣传力度，提高居民主动建档意识，我站大力宣传发放各类宣传资料，让每一名居民了解健康档案，并积极主动配合我村建档工作顺利完成。截止xx年10月底，我站共建居民家庭健康档案（522）份，计；2593人，电子录入2360人。

（二）老年人健康管理工作

根据《xx年基公共卫生服务老人健康档案管理项目工作方案》及上级部门要求，我村开展了老年人健康管理服务项目。1；结合建立居民健康档案，对我村65岁以上老年人进行登记管理，并对其老人免费进行一次健康危险因素和一般体格检查及空腹血糖测试，被检人数（81）人份。并提供自我保健及伤害预防，自救等健康指导。

2，开展老人健康干预，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进行管理，对存在危险因素，且未纳入其它疾病管理的老年居民进行定期随访。并告之一年后进行下次免费体检。

截止10月底，我村共登记管理65岁以上老年人215人，免费体检85人。并按要求录入电子健康档案系统。

（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，，建立健康档案，开展高血压，糖尿病等慢病的随访管理，康复指导工作，掌握我村高血压。糖尿病等慢性病发病，死亡和现患病情况。

1，高血压患者管理；一是通过开展35岁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，和建档过程中询问等方式发现高血压患者。二是对确诊高血压患者进行登记管理，并提供面对面随访，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健康体检（含一般体格检查和随机血糖测试）。

截止xx年10月底，我站共登记管理并提供随访高血压患者为112人。并按要求录入电子档案系统。

2，2型糖尿病管理；。一是通过健康体检和高危人群筛查检测血糖，建档过程询问发现患者，二是对确诊患者进行登记，管理随访，空腹血糖测量，对用药。饮食，运动，心理等提供健康指导。

截止xx年10月底，我站共登记管理并提供随访的糖尿病患者为13人，并按要求录入电子档案。

（四）0—36个月儿童健康管理

1，实行登记造册。建档等措施，对其适龄儿童在档在册总数为（134）人。并多次发放各种有关儿童心身健康资料500余份。

（五）儿童预防接种管理

根据实际情况，我村适龄儿童集中在卫生院接种，村级负责宣传通知，为此我站发放各种通知近300余人。

（六）孕产妇健康管理

1，坚持登记，在册在档管理，产前产后访视，宣传优生优育知识，宣传党的惠民政策，提供优生对象免费服用叶酸。

（七）传染病报告与处理工作

理制度。二是定期对辖区居民进行传染病防制知识的宣传教育，提高了辖区居民防制知识的知晓率，三是依据（传染病防治法）要求严格执行传染病报告制。

（八）重性精神疾病患者管理

1依据相关政策对辖区所有重性精神病人，进行登记，建档，随访管理，并协同政府，家庭监护人一起管理，以防病人无端滋事，造成伤害个人，他人，社会等不良因素的现象发生。本村在档管理为4人。

（九）健康教育工作

1，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教项目工作，采取了发放各种宣教资料，开展健康宣教，设置宣传专栏等各种方式，针对重点人群，重点疾病和我村主要卫生问题和危险因素开展教育和健康促进活动。全年共举办各类知识讲座和健康咨询活动10余次（包括医院主办）。发放各种宣教资料600余份。更换宣传内容5次。

1，基本公共卫生服务项目资金投入不足，制约了基本公共卫生服务的发展。

2，本人资力不高，现代电子使用管理技术不强，影响了基本公共卫生服务项目的开展进度。

3，居民基本公共卫生服务认识存有距离，至上门建档和随防

主动配合存在一定困难。

（一）争取地方政府支持，与村委会紧密联系，和谐关系，强化职能，加大基本公共卫生服务投入。

（二）加大宣传力度，以逐步改变居民的陈旧观念，促进其自愿参与到社区卫生服中来。

（三）进一步落实各项规范，强化各项规章制度，推进基本公共卫生服务项目二可持续健康发展。

公共卫生中心工作总结 公共卫生个人工作总结篇五

（一）居民健康档案工作

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，在区政府和区卫生局统一部署下，我中心于今年2月份开展了20xx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，我院多次向区政府、区卫生局和镇政府等基层管理组织单位进行协调与沟通，得到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，使居委会对居民健康档案工作十分重视，每个辖区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、副院长任副组长、各科主任医师为成员的居民健康档案工作领导小组，加强整个镇居民健康档案工作组织领导，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和居民健康体检小组相互积极配合采取进入户调查统一体检服务的方式为居民建立健康档案建档工作。三、是加大宣传力度，提高居民主动建档意识。为提高我镇居民主动参与建档意识，我院大力宣传发放各类宣传材料让每一名社区居民了解居民健康档案，积极主动配合我中心建档工作小组顺利完成居民建档工作。四、加强人员培训，强化服务意识。为确保我镇居民健康档案保质保量完成，

我中心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。

截止20xx年xx月底，我院共分为17个责任区，居民建立家庭健康档案纸质档案18255份，并把18255份纸质居民健康档案入居民电子健康档案系统。

（二）老年人健康管理工作

根据《重庆区20xx年基本公共卫生服务老年人健康管理项目工作方案》及区卫生局要求，我院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镇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，并为他们免费测血糖，血常规，尿常规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居民进行定期随访，并告知该居民一年后进行下一次免费健康检查。

截止20xx年xx月，我院共登记管理65岁及以上老年16549人。并按要求录入区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《重庆区20xx年基本公共卫生服务慢性病管理项目工作方案》及区卫生局要求，我院对我社区居民的高血压、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，掌握我镇高血压、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xx月，我院共登记管理并提供随访高血压患者为xx95人。并按要求录入居民电子健康档案系统。

2、2型糖尿病患者管理，一是通过健康体检和高危人群筛查检测血糖；建立居民健康档案过程中询问等方式发现患者。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xx月，我院共登记管理并提供随访的糖尿病患者为203人。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，认真贯彻落实区卫生局及上级部门的各项健康教育项目工作。采取了发放宣传材料、开展健康宣教、设置宣传栏的各种方式，针对重点人群、重点疾病和我镇主要卫生问题和危险因素开展健康教育和健康促进活动。今年共举办各类知识讲座和健康咨询活动22次，发放各类宣传材料xx200余份，更换宣传栏内容34次。

（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；采取多种形式对我镇

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。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。

（一）基本公共卫生服务项目资金投入不足，制约了基本卫生服务的发展。

（二）人才缺乏，全科医师人员不足，影响了基本公共卫生服务项目的开展进度。

（三）缺乏有效的激励机制，降低了社区卫生服务机构工作人员工作热情。

（四）居民基本卫生服务认识存有距离，上门建档和随访主动配合存在一定困难。

（一）争取地方政府支持，强化职能，加大基本公共卫生服务项目资金投入。

（二）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。

（三）加强专业技术队伍建设，提高基本公共卫生服务水平。

（五）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。在区政府和区卫生局和上级各部门的督促和指导下，我中心全部员工将在以后的工作中更加努力积极、开拓进取与时俱进的精神，不断的创新思维 精心组织力争将各项工作做得更好。

公共卫生中心工作总结 公共卫生个人工作总结篇六

一是建章立制抓管理。加强乡镇卫生院建章立制工作，建立

起责任明确、工作有序、管理规范的规章制度，以制度管理人，靠制度管理事，强化管理团队力量，提高执行力，形成民主管理、自我约束和自我激励的运行机制。

二是规范运行抓发展。着力“五个规范”，即规范工程和药品挂网招标采购；规范设备物资采购行为，大宗设备采购实行论证报批制；规范医疗服务收费行为；规范诊疗和用药行为，严格执行“四合理”制度；规范医疗市场秩序，严厉打击非法行医行为。

三是人才培养强素质。实行管理和技术人才齐抓，培训和引进并举，选拔与考核并重，理论培养和使用实践同行的人才发展战略，完善激励机制，为人才成长创造宽松的工作环境，提供优良的待遇，调动各类人才积极性，挖掘人才潜力，保证人才进得来、留得住、用得上、出得去，形成优秀人才脱颖而出和人尽其才的良好环境，开展继教、上派、下派、支医、进修、函授、远程教育、学历教育和各种短期培训，培训人员x余人次，从外区县引进专家3名，双向选择x人。

四是医疗设备奠基础。按照“新五件”（b超、x线、洗胃机、心电图机、生化分析仪）标准，逐步配备乡镇卫生院先进医疗设备，提高诊疗技术水平。

五是质量管理做保障。继续开展医院管理年活动，推进以质量为核心的'医疗服务管理，建立了以质量为重点的医疗服务评价系统、信息公示和医疗风险预警系统；建立了医疗技术临床应用准入制度，完善了院内感染管理规范，加大院感监管力度；完善临床诊疗技术规范，提高医疗技术，规范医疗行为，确保医疗安全，减少医疗纠纷，上半年无一起经鉴定的医疗事故和一起被起诉的医疗纠纷。

公共卫生中心工作总结 公共卫生个人工作总结篇七

同志xx□渝水区城北街道沙土社区卫生办事中心的一名主管护

师，始终以病人为中心的办事理念，尽力做到以精湛的技巧，饱满的工作热情，高度的责任心，优越的心理素质为患者提供优质的办事。用她的热情和行动，践行着关爱生命、救死扶伤的南丁格尔精神，获得了患者的及眷属的理解、尊重和同仁们的确定。

自从上班的第一天起，她就知道，作为一名救死扶伤的白衣天使，不仅要求护士有强烈的责任感，更要有娴熟的注射技巧和富厚的理论知识和稳定的心态。分外是在对儿童输液中要居心研究，仔细探索每个患儿血管的特点，能力真正干好护理事业，进步穿刺输液的胜利率，减轻患儿的痛苦。为此，多年来她不停战斗在护理工作的第一线，坚持做到理论联系实际，总结经验，练就了过硬的护理技巧，她分外长于疑难小儿头皮静脉穿刺术，受到患儿眷属及同行的一致好评。回首总结同志xx的工作，扎实敬业是一个方面，敢于立异、善于工作更是她的一个显著特点。她在护理工作中发明，随着人们生活程度的进步，人民群众对康健的理念也已发生深刻的变更，新时期的护理工作已不能停留在解除疾苦上面，而要在解除疾苦的同时让病人获得人文关心。她在从“以疾病为中心”向“以病人为中心”的转轨历程中，积极将“以病人为中心”的办事理念利用于临床护理之中。

这些年来，她始终坚持增强自身思想政治素质进步，继续增强自身世界看、人生看、代价看的改造，增强医德医风扶植，自觉与不正之风作斗争；在大是大非面前能做到立场坚决。牢靠建立“一切为了病人，为了病人的一切”、“病人的利益高于一切”等办事理念，秉着“干一行，爱一行，钻一行，精一行”的原则，狠练内功，以身作则，兢兢业业，把病人的必要放在首位，把病人的利益作为最高利益。在工作中，始终保持着优越的心理素质和爱岗敬业、任劳任怨的专业精神，从不计较个人得失，经常超时工作，具有较强的团队帮忙精神，主动共同护士长搞好科室治理工作，积极介入开展各类新护理技巧项目，与同事们一起降服工作中遇到的各类艰苦，并将本身多年积累的临床经验传授给年轻护士，使科

内形成了互帮互学，配合进步的学习风俗。同时继续学习，更新知识，钻研新的护理技巧，并有效地应用莅临床护理工作中，从而取得优越的护理后果。

20xx年，首发于北美的甲流很快在全世界五十多个国家流行，我国也很快呈现了疫情，区委、区当局异常看重，全区卫生系统紧急行动起来。当绝大多数人还处在胆怯、不知所措的时候，她在院领导的支配下，承担起了甲流的鼓吹及防护培训任务。为完成好此项工作，她和同事们一道查阅材料，依据要求撰写鼓吹教导、订定防护步伐与法度模范，并演习防护服等的穿脱要求，并对第一批进入发烧病区的工作人员进行严格的培训，以包管医务人员零沾染。

——20xx年10月，渝水区良山中学在短光阴内呈现了严重的甲流疫情，为防止甲流的扩散，区卫生局抽调她与其他医护人员构成“甲流治疗组”，第一批进驻该校进行甲流疫情的防治。家人得知环境后很为她担心，她母亲担心得失落泪，但她没有退缩，没有要求离开，凭着对甲流的防控知识与防治步伐的了解与控制，她做好了打持久战、攻坚战的思想筹备。

——面对严重疫情，他们绝不惧怕，迎难而上。在学校的一角树立了隔离病房，隔离病房内十分简陋，只有几张桌子、几把椅子、几个水桶与天花板下那时转时续的老旧电风扇，然则本着从严、从紧、从细，坚持、坚决、死守，发扬分外能吃苦、分外能战斗、分外能忍耐、分外能奉献的精神，失落臂本身随时有可能被沾染的危险，身赴一线，为患者进行治疗护理，并积极为甲流患者和学校的先生学生做心理疏导。住院病人有时每日最多时达到二百多人，但护士却只有四名，她每日穿戴防护服超负荷的工作，加上十月份气温还好高，经常汗水浑身，做完清洗消毒后回到寝室，有一天她发明本身十分疲惫，感到有些不适，但不跟领导反应，仍然死守在本身的工作岗位上，她想：“在这症结的时刻，我毫不能倒下”。就这样的坚持工作了一个多星期。

——学生、教师及学生家长对甲流环境不了解，所以都很恐慌，她还与组里的同志以“甲流可防、可控、可治、弗成怕”为理论导向，应用板报、鼓吹栏等鼓吹形式，对先生、学生及家长鼓吹防控知识，让他们明白了甲流是可以防治，控制甲流防控知识和步伐，加强了他们的警备意识、自我防控才能。她常对人人说，“看待甲流最紧张的一点是要相信科学，不要张皇，心态要平和。甲流毕竟不是‘非典’，致死率也没那么高，只要进行有效防控，就不会被感染的”。并且她还分外提出了几条小建议：尽量不出校，去食堂等人流密集地要打好光阴差，削减打仗机会；不熬夜，多休息；注意个卫生，勤洗手，常洁净；适当熬炼，加强抵抗疾病才能。

二十几年如一日，她无怨无悔地在所从事的护理工作上辛勤劳作，在平凡的岗位上做出了不平凡的造诣，获得了领导和同事的好评，组织也没有忘记。她1993年被区团委、区卫生局表彰为“十佳白衣天使”，1999年被市卫生局表彰为“优秀护士”□20xx年被列为“江西省农村子卫生专业技巧带头人第三批培养工具”。

这，便是同志xx□在平凡的护理岗位上，一步一个脚印走着她无悔的护理人生之路。她的敬业，她的无私，她的奉献正是南丁格尔精神的真实写照。

公共卫生中心工作总结 公共卫生个人工作总结篇八

过去一年，在上级的正确领导下，在各部门的支持下，较好地完成了各项工作，尤其是在所分管的公共卫生工作方面，根据公共卫生服务规范的要求，结合我（县）的实际情况，抓实了公共卫生服务工作，取得了突出的成绩。

一是积极开展健康宣教活动。为大力弘扬健康文化、传播健康理念、倡导健康生活，我积极组织开展有针对性的健康宣传教育。安排xx个月更换一期公共卫生方面的宣传栏，组织

开展各层面的健康知识讲座xx次，开展健康咨询活动xx次。在预防接种日□xx防治日□xx防治活动主题日，上街道下各村进行宣传，发放健康教育宣传资料xx种共计xx份，使广大群众的健康知晓率不断提高。

二是逐步建立居民健康档案。居民健康档案是实施国家基本公共卫生服务项目的重要内容，对此，我认真落实上级要求，加大了辖区内居民健康档案的建立力度。

三是加强xx病的监督管理。我坚持以我院就诊的x病患者为服务对象，以控制x病危险因素为干预重点，以健康教育、健康促进和患者管理为主要手段，强化x性病管理工作xx□

四是认真做好儿童防护工作。对适龄儿童开展各类疫苗的及时接种工作，对各幼儿园、学前班开展疫苗查证验证、查漏补种工作，使xx名儿童得到及时体检、访视以及预防接种xx□

五是全力抓好传染病的防控。建立传染病和突发公共卫生事件应急处理机制，及时处置辖区内的传染病疫情和突发公共卫生事件□xx□

同时，我积极协助xx开展公共卫生监督工作，积极配合xx中心开展xx及xx因素调查工作，积极参与我院的各项管理工作，为我院的管理发展出谋献策，做好院长的助手。在今后的工作中，我会更加努力，为我院的发展履职尽责，为广大人民群众的健康努力奋斗。

公共卫生中心工作总结 公共卫生个人工作总结篇九

一年基本公共卫生服务项目运行多，得到了各位领导的重视，结合我乡实际，我院成立了天星乡卫生院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。

今年以来，我院定期不定期的对村卫生室人员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。

(一)居民健康档案管理

xx0份;孕产妇管理档案份;重性精神疾病管理档案21份;老年人管理档案629份。截止目前，健康档案(纸质版)建档率达到82%。

(二)健康教育

我乡共举办各类健康知识讲座6场,共4xx人参加，在街道市场及学校、人口聚集地进行健康教育宣传咨询活动6次，共5xx人参加，开展健康教育宣传6次，共发放宣传资料5000余份，全乡共办健康教育专兰4期。

(三)计划免疫

为适龄儿童应建立预防接种证xx人次，建立预防接种证xx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653人次。接种二类疫苗xx6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)儿童保健管理与健康情况

1、6岁以下儿童保健管理情况□20xx年我乡0—6岁儿童321人，保健管理202人，保健管理率62.9%;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□20xx年上半年我乡5岁以下儿童死亡0例，婴儿死亡0例;新生儿死亡0例。

4、无死胎死产的发生。

(五) 孕产妇管理与健康情况

今年我乡共有新曾孕产妇19人，管理数xx人，管理率89.4%，转孕xx人。

20xx年上半年我乡活产数19人，产妇19人；产妇建册xx人，建册率89.4%；早孕检查xx人，早孕检查率89.4%；产前检查19人，产前检查率94.4%，产检次数68人次；孕产妇系统管理xx人，系统管理率94.4%；产后访视xx人，产后访视率94.4%，产后访视次数xx人次；住院分娩的活产数xx人，住院分娩率94.4%；高危产妇1人，管理1人，管理率xx0%；高危产妇县级住院分娩1人，住院分娩率xx0%；无孕产妇死亡的发生。

(六) 老年人保健

本年度总计管理629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xx0位老年人进行体检。此次体检除一般体格检查外，还积极开展尿常规、心电图、空腹血糖等辅助检查。对查出的高血压、2型糖尿病纳入慢性病规范管理，对查出的结石、占位等异常情况转诊到上级医疗单位进行确诊、治疗。

(七) 慢性病管理

慢性病管理，主要是针对高血压、2型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进行登记管理，定期进行随访，随访的同时免费为慢性病患者提供随机血糖监测，并针对辖区慢性病人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。

我辖区共管理高血压患者190例、2型糖尿病患者3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xx0人：

高血压随访率为83.3%、糖尿病随访3人，随访率为xx0%□控制率为50%。

(八) 重性精神病管理

重性精神疾病患者管理，我们的主要任务是加强日常摸排，并对辖区内确诊的21例重性精神疾病患者进行随访管理；并对他们进行了体检。

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防治知识的知晓率。

(十) 肿瘤登记、死因监测管理

肿瘤登记和死亡报告是慢性病监测的一个重要组成部分，是科学制定肿瘤防治策略规划，开展癌症防治工作的基础依据。

20xx年上半年，我辖区共报告肿瘤病例6例，死亡病例1例，其中因肿瘤死亡的为1例。

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中配合不够，在一定程度上影响了工作质量。

二是措施不够扎实。各村卫生室虽然都积极地开展了基本公共卫生服务工作，但督导发现个别村卫生室的工作流于形式，在档案建立、儿保管理、妇保管理、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。

三是健康教育工作有待加强。个别村卫生室宣传栏更新达不到标准要求;健康教育宣传柜宣传资料混乱、不全,质量较差。

四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检测;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。