

2023年慢病工作实施方案 慢性病管理工作计划(精选7篇)

无论是个人还是组织，都需要设定明确的目标，并制定相应的方案来实现这些目标。方案对于我们的帮助很大，所以我们要好好写一篇方案。接下来小编就给大家介绍一下方案应该怎么写，我们一起来了解一下吧。

慢病工作实施方案篇一

随着全球化、城市化和老龄化的不断发展，慢性病所导致的疾病负担逐年呈上升趋势，已超过传染病，以心脑血管病、肿瘤、糖尿病和呼吸系统疾病为代表的慢性病，已成为威胁我国居民的主要公共卫生问题。为切实加强并做好我市慢病防控工作，按照国家基本公共卫生服务规范(xx版)和全国慢性病预防控制工作规范等文件的要求，特制定今年慢病防治工作计划。

慢病工作实施方案篇二

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20xx年我院慢性病管理工作计划。

慢病工作实施方案篇三

尚未成立自我管理小组的有些中心，今年要实现“0的突破”。已建成的中心，要创新活动形式，使小组处于运转状态。

（二）培育健康促进志愿者

以小组组长、指导医生为主，培育一批社区健康促进志愿者，通过他们的带动指导作用，组织社区居民参加自我管理活动。

慢病工作实施方案篇四

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。

慢病工作实施方案篇五

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。

慢病工作实施方案篇六

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。

慢病工作实施方案篇七

加大力度推进慢性病自我管理小组建设,开展由专业机构指导的社区健康自我管理小组活动，建立“医患合作、患者互助、自我管理”的慢性病群防群控工作模式。

在20xx年底已建成的一个小组基础上□20xx年要进一步扩展参与人群，在社区中建立十个以上慢性病自我管理小组。