

2023年慢病工作计划总结 慢病工作计划(优质9篇)

时间过得真快，总在不经意间流逝，我们又将续写新的诗篇，展开新的旅程，该为自己下阶段的学习制定一个计划了。通过制定计划，我们可以更加有条理地进行工作和生活，提高效率和质量。这里给大家分享一些最新的计划书范文，方便大家学习。

慢病工作计划总结篇一

为了落实镇乡两级公卫办工作会议精神，扎实做好高血压、糖尿病等慢性病的防治工作。联系我村实际情况，特制定本计划：

1. 执行35岁以上社区居民首诊测血压制度；每年至少测四次血压和血糖。

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90%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100%，糖尿病发现登记率应达100%以上。

4. 高血压、糖尿病的上报资料准确、完整、及时。

1、设专人负责社区各项慢病防治工作。

2、首诊测血压，35岁以上居民每年至少测四次血压和血糖，做好居民的周期性体检（一年一次）。

3、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100%，糖尿病达100%），

规范管理和随访率均达95%以上，每年随访四次。

4、掌握辖区65岁以上老年人群（常住人口）的基本情况，健康档案等资料齐全，开展老人周期性健康教育工作，有开展工作记录及资料。

5、按要求对重点人群督导访视，并有记录。

6、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。

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

慢病工作计划总结篇二

为进一步推进我市慢性病防控工作，健全慢性病防控专业网络，不断扩大慢性病知识宣传覆盖面，提高高血压、糖尿病患者管理服务质量，逐步拓展慢性病防治工作，根据《全国慢性病预防控制工作规范（试行）》（卫疾控发〔20xx〕18号）等文件要求，特制定20xx年全市慢性病防控工作计划。

完善“政府主导、部门合作、社会参与”的慢性病防控工作机制，健全慢性病专业防控体系，逐步拓展慢性病防治工作，提高慢性病防治工作质量。

1、按现住址、审核日期统计，全人群报告粗死亡率达650/10万以上。多死因填写完整率不低于60%，死因编码错误率控制在5%以内。

2、高血压和糖尿病患者规范管理率达到90%，管理人群血压、血糖控制率达到60%；重精检出率达4.5%，检出患者规范管理率达85%。

3、创建健康社区等示范点不低于4个。培训健康指导员不低于200人。开展无烟医院、无烟校园、无烟单位等无烟环境创建不少于3家。慢性病防控与营养工作进展季度报表按时完成率达100%。

4、慢性病防控核心信息人群知晓率达50%以上，35岁以上成人血压和血糖知晓率分别达到70%和50%。

5、适龄儿童窝沟封闭覆盖率达对20%以上，12岁儿童患龋率控制在25%以内。

7、各县(区)疾病预防控制机构设立单独的慢性病防控科(股)，慢性病防控专业人员占疾病预防控制机构专业人员的比例达5%以上。

(一)加快体系建设，完善防控网络

各县(区)继续加快推进慢性病防控体系建设，加强政策倡导和领导层开发，完善“政府主导、多部门合作、全社会参与”的工作机制。确定慢性病防控专职人员，死因监测、全民健康生活方式行动、肿瘤随访登记等重点工作的专职人员各1名，确保辖区慢性病防控工作任务的落实。

(二)加强培训指导，提高死因监测质量

各县(区)要加强与公安、民政部门的数据交换，强化对死因直报单位的指导，细化专业培训，提高死因直报单位专业人员专业技能，确保20xx年全市死因监测工作质量再上一个台阶。各县(区)报告粗死亡率、填报完整率、审核率、根本死因正确率等主要指标达到《全国死因监测工作规范》要求，如期完成死因监测季度、年报分析。市中区、资中县作为全国死因监测点，务必严格按照项目工作要求，确保项目目标的完成。

（三）有效整合资源，积极开展全民健康生活方式行动

各县（区）要以示范创建、健康指导员培训、主题日宣传等为重点，不断深化全民健康生活方式行动内涵。加强对全民健康生活方式行动信息系统的管理，及时报送、审核辖区内活动信息，要广泛收集基层单位及体育等其他部门活动信息，不断丰富我市全民健康生活方式活动信息，确保各类工作信息及时、完整上报。

（四）完善工作机制，全面开展肿瘤随访登记工作

各县（区）要进一步建立健全肿瘤随访登记工作机制，建立县-乡（社区）-村三级肿瘤登记报告网络，对辖区内肿瘤报告程序、核实和随访、职责分工等进行明确和细化。还未成立肿瘤登记处的县（区）务必在20xx年成立，明确登记处人员职责，加强对报告单位的指导和培训，确保肿瘤随访登记工作顺利进行。

（五）丰富宣传形式，有序开展慢性病系列宣传

持续加强对慢性病相关知识的宣传，充分发挥网络、电视、微博、微信等媒介作用，不断扩大慢性病健康教育工作覆盖面。要增强慢性病宣传教育的针对性和实效性，有序开展慢性病主题宣传日活动，对世界高血压日、联合国糖尿病日、全民健康生活方式行动日等开展集中宣传活动，注重分类实施，准确传播慢性病科普知识。

（六）加强技术培训，提升队伍能力

各县区要进一步加强自身能力建设，强化业务培训，不断提升专业人员慢性病防控能力。20xx年要重点针对死因监测、全民健康生活方式行动、肿瘤随访登记、重点慢性病患者管理服务等内容进行专项培训，市级将面向全市举办死因监测、全民健康生活方式行动、肿瘤随访登记等技术培训班。

(七)加强督导与考核，提升慢病防控质量。

要将慢性病防控工作与基本公共卫生服务工作有机结合，充分发挥基本公共卫生服务项目考核力度，各县区可结合本地实际，考虑将死因监测、全民健康生活方式行动、肿瘤随访登记等当前重点工作，纳入基本公共卫生服务考核内容。市本级将以季度为周期，定期对慢性病防治工作进行总结，对工作滞后、工作质量差的县（区）进行通报。慢性病防控工作执行季度督导制。

慢病工作计划总结篇三

房县20xx年慢性非传染性疾病防治工作计划 为进一步落实基本公共卫生服务均等化项目工作在我县全面开展，遵循突出重点，分级管理的原则，以规范化建设管理为标准，以创建“慢病综合防治示范区”、“健康湖北”、“疾控工作强基工程”为契机，结合我县慢病防治实际情况，努力推进湖北省全民健康生活方式行动，逐步开展示范创建等健康促进活动，加强业务培训，为我县慢病综合防治的开展，特制订20xx年慢病综合防治工作计划。

（一）全面实施基本公共卫生均等化项目服务慢性非传染性疾病管理工作，以《国家基本公共卫生服务规范□□20xx年版）为依据和标准，全力做好慢性病相关的基本公共卫生均等化项目服务的工作落实□20xx年常住人口居民健康档案建档率要达到100%（纸质和电子），65岁以上老年人、高血压、糖尿病、重性精神病患者登记率达到60%及以上，规范化管理率达到60%及以上，血压、血糖控制率达到45%及以上。

（二）重点做好慢性病综合防治工作，以城乡居民健康档案建档为支撑，积极探索以人群分类管理为基础，以高血压、糖尿病、老年人健康管理、重性精神疾病为重点的慢病防治工作方法途径。

（三）积极开展慢性病控制工作。促进县级以上医疗机构死因监测、网络报告工作及肿瘤监测工作的进一步实施。督导乡镇卫生院城乡居民健康档案建档工作任务的落实，加强质量控制，提高数据质量。

（四）积极推进全民健康生活方式行动，以示范创建工作为重心，指导全县开展形式多样的慢性非传染性疾病相关的健康宣传、健康促进活动。

（一）全面落实居民健康档案、慢性非传染性疾病相关的基本公共卫生均等化项目服务工作。

1、以建立居民健康档案为基础，慢性病健康教育为重点，探索疾控机构指导基层公共卫生开展慢病防治的方法与模式。

2、做好业务指导与培训，推广国家基本公共卫生服务规范和湖北省慢病社区综合防治技术，举办慢性病综合防治培训班，加强慢病防治队伍能力建设。

3、每季度开展居民健康档案、慢病管理情况的督导、统计和评估，并在全县进行信息通报。每月及时上报、审核公共卫生信息报表。

（二）做好慢性非传染性疾病相关的死因监测、肿瘤监测工作。

（1）在县直医疗机构开展死因监测、肿瘤监测工作，做好常规死因网报审核及分析工作。

（2）加强死因、肿瘤监测工作督导，提高死因、肿瘤监测工作质量。

（3）举办死因监测培训班，提高专业人员业务素质和工作能力。

（三）慢性病人随访管理

- 1、通过居民健康体检对发现的慢性病进行登记、管理，重点做好高血压、糖尿病、重性精神病和老年人健康管理，积极推广患者自我管理模式。
- 2、督促落实乡镇卫生院对辖区内的高血压病人、糖尿病病人进行一年不低于四次面对面随访工作，落实对老年人进行一年一次健康体检和重性精神病人的随访管理，按要求做好相关项目检查，做好随访记录、填写存档备查并保证信息的真实性、准确性。同时做好服务券的督导、管理工作。

（四）开展健康教育和健康促进活动

- 1、采取多种形式开展慢性非传染性疾病相关知识的宣传健康教育活动、充分利用广播电视进行宣传慢性病防治知识。
- 2、组织专业技术人员对慢性病人进行慢性病防治知识讲座。

（五）积极推进全民健康生活方式行动。

示范社区，示范单位、示范食堂、示范餐厅、示范超市等，进一步调动广大居民的积极性，逐步提高居民健康素质。

2、在城关、红塔、军店、化龙等重点乡镇开展全民健康生活方式行动的健康教育和行为干预试点。规范和完善健康促进活动内容，为全面推进全民健康生活方式行动探索和经验收集，并做好全民健康生活方式行动信息上报工作。

- 1、指导各乡镇制定本年度慢性病防治工作计划，制定完成每季度督导计划和方案
- 2、制定完成“5、31”世界无烟日、“9、20”全国爱牙日、“10、8”全国高血压日、“11、14”世界糖尿病日等相

关慢性病宣传日计划、方案，指导开展好宣传活动，并完成宣传总结工作。。

3、全年开展“肿瘤监测”、“死因监测”、“全民健康行动”工作，并做好报表、年报分析、统计总结工作。

4、12月份整理资料，迎接上级有关部门的年终检查和考评工作。

慢病工作计划总结篇四

随着经济的发展，人们生活方式的改变及老龄化的加速，高血压、糖尿病及各种慢性疾病的发病率和患病率呈快速上升趋势，严重影响患者的身心健康，并且给个人、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，而慢性病的防治重心则在基层乡镇，慢性病的基层预防是慢性病防治最有效的手段，基层慢病的防治工作好坏直接关系到慢病的防治效果。为此我院创建慢病综合防控示范区，并创建慢病综合防控示范区创建工作领导小组暨技术指导小组，以及将慢病防治工作纳入基层卫生考核目标，确保慢病综合防控示范区创建工作顺利完成和慢病管理进一步完善，走“预防为主、防治结合”的道路。根据上级慢病防治相关文件及主管部门的要求，特制定瓦店卫生院院20xx年慢病管理工作计划：

一、工作目标

1、建立慢病基础信息系统。利用计算机管理，对我院慢病示范区对应服务人群的高血压、糖尿病的病人及新发病人首诊病例进行登记建档工作，制定慢病管理制度，由领导分管此项工作，责任落实到个人。

2、利用居民健康档案、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、加强村级高血压、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知识和技能，减少或延缓高血压、糖尿病的并发症发生。

4、以我院为基础，从群体防治出发，个人防治入手，建立慢病随访管理模式。

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，普及基层居民高血压、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、糖尿病档案管理系统。

二、建档目标

1、建立基层居民健康档案，服务人民。

2、建立慢病患者的健康档案，应有随访记录、治疗记录及健康教育记录。

三、实施计划

建立慢病各种制度；对一般人群、慢病患者开展预防控制工作，建立健全慢病管理综合防治机制。

1、对各村各组进行健康档案建立及体检。

2、高血压及糖尿病的检出：利用建立居民健康档案、健康体检、本院门诊35岁以上首诊血压测量制度及化验室血糖检测记录等多种方式发现高血压、糖尿病患者。

3、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。

4、高血压、糖尿病患者的随访管理和转诊：对检出高血压、糖尿病患者收集详细的病史，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。

5、高血压、糖尿病高危人群的健康指导和干预：对检出高血压、糖尿病高危人群的界定标准、筛查出高血压、糖尿病高危人群采取群体或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，给以健康方式的指导，定期测血压、血糖。

6、一般人群的健康促进：根据基层人群的健康需求，在基层广泛开展高血压、糖尿病防治知识宣传，提倡健康的生活方式，鼓励基层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慢病防治知识宣传刊栏，每个季度更换一次内容。

（2）在我院慢病示范区域内每季度举办一次慢病知识讲座，健康生活方式讲座及义诊等活动。

（3）院内开展免费测量血压。

四、培训及评估

按照《高血压防治基层实用规范》、《中国高血压、糖尿病防治指南》全院职工进行培训。以提高对高血压、糖尿病的管理质量。

评估时按照慢病建档动态管理情况、随访管理开展情况、双

向转诊执行情况、35岁首诊血压开展情况、就诊者的满意度等，慢病知识知晓率、相关危险行为的改变率及慢性病的药物规范治疗情况，综合评估。

慢病工作计划总结篇五

为进一步落实基本公共卫生服务均等化项目工作在我县全面开展，遵循突出重点，分级管理的原则，以规范化建设管理为标准，以创建“慢病综合防治示范区”、“健康湖北”、“疾控工作强基工程”为契机，结合我县慢病防治实际情况，努力推进湖北省全民健康生活方式行动，逐步开展示范创建等健康促进活动，加强业务培训，为我县慢病综合防治的开展，特制订20xx年慢病综合防治工作计划。

（一）全面实施基本公共卫生均等化项目服务慢性非传染性疾病管理工作，以《国家基本公共卫生服务规范（20xx年版）》为依据和标准，全力做好慢性病相关的基本公共卫生均等化项目服务的工作落实。20xx年常住人口居民健康档案建档率要达到100%（纸质和电子），65岁以上老年人、高血压、糖尿病、重性精神病患者登记率达到60%及以上，规范化管理率达到60%及以上，血压、血糖控制率达到45%及以上。

（二）重点做好慢性病综合防治工作，以城乡居民健康档案建档为支撑，积极探索以人群分类管理为基础，以高血压、糖尿病、老年人健康管理、重性精神疾病为重点的慢病防治工作方法途径。

（三）积极开展慢性病控制工作。促进县级以上医疗机构死因监测、网络报告工作及肿瘤监测工作的进一步实施。督导乡镇卫生院城乡居民健康档案建档工作任务的落实，加强质量控制，提高数据质量。

（四）积极推进全民健康生活方式行动，以示范创建工作为重心，指导全县开展形式多样的慢性非传染性疾病相关的健

康宣传、健康促进活动。

（一）全面落实居民健康档案、慢性非传染性疾病相关的基本公共卫生均等化项目服务工作。

1、以建立居民健康档案为基础，慢性病健康教育为重点，探索疾控机构指导基层公共卫生开展慢病防治的方法与模式。

2、做好业务指导与培训，推广国家基本公共卫生服务规范和湖北省慢病社区综合防治技术，举办慢性病综合防治培训班，加强慢病防治队伍能力建设。

3、每季度开展居民健康档案、慢病管理情况的督导、统计和评估，并在全县进行信息通报。每月及时上报、审核公共卫生信息报表。

（二）做好慢性非传染性疾病相关的死因监测、肿瘤监测工作。

（1）在县直医疗机构开展死因监测、肿瘤监测工作，做好常规死因网报审核及分析工作。

（2）加强死因、肿瘤监测工作督导，提高死因、肿瘤监测工作质量。

（3）举办死因监测培训班，提高专业人员业务素质和工作能力。

（三）慢性病人随访管理

1、通过居民健康体检对发现的慢性病进行登记、管理，重点做好高血压、糖尿病、重性精神病和老年人健康管理，积极推广患者自我管理模式。

2、督促落实乡镇卫生院对辖区内的高血压病人、糖尿病病人

进行一年不低于四次面对面随访工作，落实对老年人进行一年一次健康体检和重性精神病患者的随访管理，按要求做好相关项目检查，做好随访记录、填写存档备查并保证信息的真实性、准确性。同时做好服务券的督导、管理工作。

（四）开展健康教育和健康促进活动

- 1、采取多种形式开展慢性非传染性疾病相关知识的宣传健康教育、充分利用广播电视进行宣传慢性病防治知识。
- 2、组织专业技术人员对慢性病患者进行慢性病防治知识讲座。

（五）积极推进全民健康生活方式行动。

1、按照省卫生厅《湖北省全民健康生活方式行动实施方案》的要求，协助卫生行政部门在全市开展全民健康生活方式行动，重点开展全民健康生活方式示范创建活动，有计划地在全县建立示范社区，示范单位、示范食堂、示范餐厅、示范超市等，进一步调动广大居民的积极性，逐步提高居民健康素质。

2、在城关、红塔、军店、化龙等重点乡镇开展全民健康生活方式行动的健康教育和行为干预试点。规范和完善健康促进活动内容，为全面推进全民健康生活方式行动探索和经验收集，并做好全民健康生活方式行动信息上报工作。

1、指导各乡镇制定本年度慢性病防治工作计划，制定完成每季度督导计划和方案

2、制定完成“5.31”世界无烟日、“9.20”全国爱牙日、“10.8”全国高血压日、“11.14”世界糖尿病日等相关慢性病宣传日计划、方案，指导开展好宣传活动，并完成宣传总结工作。。

3、全年开展“肿瘤监测”、“死因监测”、“全民健康行动”工作，并做好报表、年报分析、统计总结工作。

4、12月份整理资料，迎接上级有关部门的年终检查和考评工作。

慢病工作计划总结篇六

x全年镇总人口数58809，全镇有16个行政村，。现有16个卫生室，4个卫生服务点，村级兼职慢病医生23人，镇级专职医生1人。

20xx年镇慢病工作在区疾控中心的指导下，通过镇、村两级慢病防治人员的共同努力，圆满完成了各项工作任务。首先进一步巩固和完善了门诊就诊测血压制度，对于新发现的高血压患者都能进行登记；其次，死因登记报告工作更加真实、准确、完整，死亡医学证明开具率进一步提高；再次，每月开展一次慢性病相关知识宣传，提高了广大群众的自我健康意识；最后，积极开展慢性病普查活动，对新发现的慢病病人都能够及时地进行建档管理。

（一）、进一步巩固死因登记报告制度。

1、实行居民死亡医学报告制度，持证火化率100%。

2、死亡医学证明书填写规范、准确。

3、及时上报人群死因的报表及死亡医学第二联。

4、每季度及时与民政部门核对死亡人员，并做好12个村额死因漏报调查工作。

（二）、进一步巩固和完善肿瘤报告制度。各村卫生室、服务点对于本村的肿瘤患者要实行月报，对于漏报者要给予相

应的处罚。

（三）、进一步加强心脑血管事件的监测与报告工作。

根据上级相关文件精神及要求，加强对全镇心脑血管事件的监测、报告及管理工作，并建立心脑血管事件数据库。对于已发病及多次发病的（中间间隔小于28天的）都要进行登记、上报、录入。

（四）、执行门诊就诊测查血压制度，提高高血压病人的发现率、治疗率、死亡率。

医院内外中医妇产科等科室门诊开展对35周岁以上人群首诊测量血压工作，并在门诊日记及时登记。测量率、登记率大于等于95%。并按旬进行汇总和下转，各村要建立高血压病人专用登记簿，对病人进行跟踪管理。

（五）、认真开展慢性病防治方面的宣传培训工作。

（六）、针对老年人群（65岁以上）要建立健康档案，本年底建档率要大于等于总人口的50%。另外，本年里将会免费给65岁以上的老年人进行健康检查一次，对新发现的慢性病病人要及时地进行建档管理。

（七）、

1、市、区组织的业务培训。2、4.15---4.21肿瘤宣传周。5.31世界无烟日。9.20全国爱牙日。10.08高血压日和11.14糖尿病日的宣传工作，做到有计划，有总结，有图片并及时上报统计表。

（七）、及时拟定慢病年度工作计划，并认真实施。

三月份，制定全年计划，对镇、村医务人员进行医务人员进

行慢病相关知识培训

四月份，做好各项宣传日的宣传工作

慢病工作计划总结篇七

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。

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、规范地将慢性病防治工作相关原始资料统计成报表，按时上报。

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

慢病工作计划总结篇八

一、协助卫生行政部门制定本辖区地方病、慢性病及重症精神病防治策略、防治规划；

二、负责碘缺乏病防治和监测工作；

六、做好地方病、慢性病、重症精神病等工作各类资料收集、整理，及时正确上报有关数据和报表。

七、做好肿瘤、糖尿病、冠心病和脑卒中报告卡的收集、审核等工作；定期对各级医疗单位的报病情况进行督导、定期开展漏报调查。

八、结合各种地方病、慢性病、重症精神病相关宣传日开展相应的宣传活动；

九、完成上级交办的临时性工作；

徐水区疾控中心地慢病科

慢病工作计划总结篇九

慢性非传染性疾病是一组发病率、致残率和死亡率高，严重耗费社会资源，危害人民群众身体健康的疾病。区创建慢病综合防控示范区工作是今年工作的重中之重，也是国家卫生城市必备的条件之一。为了落实区创建国家慢性非传染性疾病综合防控示范区工作会议精神，扎实做好高血压、结核病、糖尿病等慢性病的防治工作。结合我院实际情况，特制定本计划：

门诊各科诊室配备血压计，首诊医师需对区35岁以上的首诊病人进行血压测量，并将血压值记录在门诊病历的“备注栏”内，对血压异常的门诊病人进行必要的健康宣教。门诊部负责对门诊各诊室血压监测情况及门诊病历、门诊日志登记情况进行日常督导，发现问题，制定措施整改，确保该项工作有序开展。

在医院门诊大厅设立健康自测点（健康小屋），配备电子血压计、身高体重计、体质指数模板、腰围尺、血糖仪，方便就诊群众进行健康自测，并专人负责对自测结果进行登记。健康小屋的搭建由门诊部及后勤保障部负责。健康小屋设施的配备、检测结果登记及日常管理由门诊部负责。

门急诊、住院辖区内的初诊病人，如确诊为：

1、心肌梗死和心脏性猝死、脑卒中（包括原发性脑实质出血、脑栓塞、脑血栓形成、蛛网膜下腔出血）

2、恶性肿瘤病例。由首诊医生负责填写报告卡，为分析评价心脑血管疾病、恶性肿瘤等疾病的发生、流行、控制、预后

和预防控制效果、卫生决策、科学研究提供数据支持。

要求临床医生对发生我院院内的所有死亡病人均填写死亡报告卡，并在死亡一周内上报预防保健科进行网络直报。死亡报告率要求100%。

切实做好5月31日世界无烟日庆祝活动及10月8日全国高血压宣传日、11月14日国际糖尿病宣传日等健康宣传活动。每月定期举办高血压、糖尿病等慢病的预防知识健康讲座，向广大居民传递高血压病、糖尿病及其他慢病的防治知识，真正架起了医患之间、社区和群众之间的连心桥，为居民的健康撑起了保护伞。