

# 2023年慢病全年工作总结(模板10篇)

总结是在一段时间内对学习和工作生活等表现加以总结和概括的一种书面材料，它可以促使我们思考，我想我们需要写一份总结了吧。那关于总结格式是怎样的呢？而个人总结又该怎么写呢？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。

## 慢病全年工作总结篇一

慢性病监测：疾病监测（慢性病与营养监测、死因监测、肿瘤随访登记）；环境健康危害因素监测（城乡饮用水卫生监测、农村环境卫生监测、公共场所健康危害因素监测、空气污染等对人群健康影响监测、人体生物监测）；重点人群健康监测（学生健康危害因素和常见病监测）。

慢性病科技重大项目和工程：健康保障重大工程，国家科技重大专项“重大新药创制”专项，国家重点研发计划“精准医学研究”、“重大慢性非传染性疾病防控研究”等重点专项有关内容。

科技成果转化和适宜技术应用：健康科技成果转移转化行动、基层医疗卫生服务适宜技术推广。

## 四、保障措施

（一）强化组织领导。各地区要将慢性病防治作为健康中国建设和深化医药卫生体制改革的重点内容，纳入地方重要民生工程，确定工作目标和考核指标，制定本地区慢性病防治规划及实施方案，强化组织实施，建立健全慢性病防治工作协调机制，定期研究解决慢性病防治工作中的重大问题。

（二）落实部门责任。卫生计生部门要会同有关部门共同组织实施本规划并开展监督评估。发展改革部门要将慢性病防

治列入经济社会发展规划，加强慢性病防治能力建设。财政部门要按照政府卫生投入政策要求落实相关经费。人力资源社会保障部门和卫生计生部门要进一步完善门诊相关保障政策和支付机制，发挥医保控费作用。xxx防治重大疾病工作部际联席会议办公室要发挥统筹协调作用，推动教育、科技、工业和信息化、民政、环境保护、住房城乡建设、农业、商务、新闻出版广电、体育、安全监管、食品药品监管、中医药等部门履行职责，形成慢性病防治工作合力。

（三）加强人才培养。完善有利于人才培养使用的政策措施，加强健康教育、健康管理、医疗、公共卫生、护理、康复及中医药等领域人才培养。加强医教协同，深化院校教育改革，加强对医学生慢性病防治相关知识和能力的教育培养，支持高校设立健康促进、健康管理等相关专业，加强有针对性的继续医学教育，着力培养慢性病防治复合型、实用型人才。完善专业技术职称评定制度，促进人才成长发展和合理流动。

（四）营造良好氛围。各地区、各部门要广泛宣传党和国家关于维护促进人民健康的重大战略思想和方针政策，宣传实施慢性病综合防控战略的重大意义、目标任务和策略措施。要加强正面宣传、舆论监督、科学引导和典型报道，增强社会对慢性病防治的普遍认知，形成全社会关心支持慢性病防治的良好氛围。

## 五、督导与评估

国家卫生计生委要会同有关部门制定本规划实施分工方案，各相关部门要各负其责，及时掌握工作进展，定期交流信息，联合开展督查和效果评价，2020年对规划实施情况进行中期评估，2025年组织规划实施的终期评估。各地区要建立监督评价机制，组织开展规划实施进度和效果评价，将规划实施情况作为政府督查督办的重要事项，推动各项规划目标任务落实。

## 慢病全年工作总结篇二

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，工作计划《慢性病管理工作计划》。
  - 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%），规范管理率和随访率均达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，健康宣教及健康促进工作。

## 慢病全年工作总结篇三

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，健康宣传教育及健康促进工作。

## 慢病全年工作总结篇四

为贯彻落实《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》，促进公共卫生均等化服务更好开展，做好慢性非传染性疾病的预防控制和管理工作的需要，结合我乡实际，特制定本实施方案。

通过已建立的居民健康档案，掌握所建档案居民患高血压、糖尿病等慢性病和与慢性病相关的高危人群情况，对高血压、糖尿病等慢性病患者及高危人群进行适宜技术指导，控制超重、肥胖、血压和血糖水平。

（四）开展以控制高血压、糖尿病等慢性病危险因素为核心内容的居民健康生活方式的健康指导，提高居民慢病知识知晓率 and 自我保健意识，使其掌握健康生活方式技能，并能主动采取行动。健康指导率达到90%以上。

### （一）工作范围

在全乡8个村卫生室办事处已建立电子居民健康档案的人群中开展工作。

### （二）工作内容

1、建立高血压、糖尿病等慢病患者及高危人群档案。依据已建立的居民健康档案，以35岁以上居民为重点：实行门诊首诊测血压，并动态掌握高血压、糖尿病等慢病患者和高危人群的健康状况，对确诊的高血压、糖尿病患者和高危人群进行登记。

2、定期随访。对高血压、糖尿病患者至少每季度随访1次，每次随访要询问病情、进行基本体格检查，对用药、饮食、运动、心理等进行健康指导，并填写随访表（见附表1）。对高血压、糖尿病患者的随访及管理率不低于80%，提供健康行为指导的比率不低于80%。

对高危人群至少每半年随访1次，每次随访要提供膳食和身体活动等行为的指导，并填写随访表（见附表1）。高危人群半年随访率不低于80%，对失访人群应当记录原因。随访的高危人群管理率及提供行为指导的经率不低于90%。

基本体格检查包括身高、体重、血压（血糖）、腰围、臀围等。

3、开展危险因素控制，干预及效果评价。按照慢病患者和高危人群分类，以体重和血压为核心指标，参考腰围、血糖、

血指、身体活动等综合指标，通过膳食指导、身体活动促进血压管理等适宜措施的实施，实现“健康体重”和“血压管理”两大核心健康改善目标，采用有关指标定期进行效果评价。

4、根据全民健康生活方式行动总体方案（2007—2011）和实施方案，开展以控制慢病危险因素为核心内容的健康生活方式行动，以合理膳食和适量运动为切入点，倡导和传播健康生活方式理念，推广适宜技术，以点带面，全面推动全民健康生活方式行动。

自20xx年起，依据建立电子居民健康档案工作的开展情况，逐步覆盖全市95%以上的高血压、糖尿病患者和高危人群。

按照已建立的居民健康档案中高血压、糖尿病患者和高危人群数，对管理率、随访率等相关指标进行评估考核。

## 慢病全年工作总结篇五

在这一年里，我校认真贯彻执行《学校卫生工作条例》，坚持以预防为主，治疗为辅，防治相结合的原则，进一步开展常见病多发病的防治工作，使学生身体素质明显提高，促进了健康教育的开展。

### 一、完成工作情况

1、开展了多种形式的健康教育宣传活动。在健康教育的活动中我校所采取的形式是多样的，根据上有关部门的要求、不同的季节、不同的宣传日、等进行宣传活动，我们的具体做法是：(1)利用广播、板报进行宣传教育。利用两种宣传阵地是我校健康教育必不可少的，每月进行1—2次的卫生讲座宣传教育、每个季节更换1次的板报内容，根据学生的年龄特点设计板报的内容，图文并茂，真正起到宣传的目的，让学生在宣传中受到教育，使学生具有保护自己预防疾病的能力。

在广播讲座中如春季预防肺结核、夏季预防痢疾肠炎,秋冬预防流感腮腺炎、水痘等疾病。(2)积极开展传染病的预防教育。在春季、秋季这个时期,是传染病多发时期,我们进行预防传染病的教育,使广大学生有了防范意识,积极打预防针,积极参加体育锻炼,增强预防疾病的能力,大大减少学生发病率,从而保证学生学习。(3)为了使健康教育搞得有声有色,我校进行了1—6年级的健康教育画报比赛,同学们积极性十分高涨积极进行投稿,经过校美术教师、教导主任等多人的评选,各年级评选出了各人一、二、三等奖,各班总分前三名荣获集体一、二、三等奖,通过此次比赛,调动了学生学习健康知识的积极性,促进了学校健康教育的向前开展。

2、上好健康教育课。多年来,我校把健康教育课当成健康教育宣传的主渠道,我校健康教育课一直按照上级的标准开足、开满课时,做到每两周上一节课有专职的教师上课,教师认真备课,上好每一节课。并以学生为主体的素质教学,把上课、宣传、活动内容融为一体,做到学生有笔记,有教材,有年终考核成绩,使健康教育能从多层次,多角度,宽领域,面向学生进行教育。

3、积极进行吸烟危害身体和“碘缺乏病”的防治。向学生宣传吸烟的危害,吸烟和被动吸烟都会影响自身的健康和发展,吸烟不但影响身体发育,而且影响智力的发育,学校在开展此项活动的同时,针对一些在校吸烟的教师和家长进行教育,杜绝在学生面前吸烟,给了学生一个清新,健康的学习生活环境。在“碘缺乏病”的防治工作中向学生宣传“碘缺乏病”的危害,特别是缺碘对青少年的危害,缺碘不但影响儿童的智力发育,而且可以患地方性甲状腺肿大,让学生学会防止碘的流失,有效地保护自己。

4、认真做好学生的体质监测及体质监测后的统计工作。每年的体质监测工作在上半年完成,根据有关部门的规定,我们做好了检测前的准备工作,利用广播对学生进行培训,让学

生了解了体质监测的重要意义，了解了如何配合医生做好体质近侧，完成了监测任务。上半年做好了检测后的统计工作，上报有关报表，整理了有关资料。在近侧过程中发现的学生患病问题，及时统计出来，及时与家长联系，防止有关学生的病情因此延误，使监测工作达到了真正的目的。

5、积极进行常见病的防治工作。在常见病多发病的防治工作中，我校始终坚持以“预防为主，治疗为辅”的原则，积极开展“六病”的防治工作，把预防龋齿，沙眼，视力不良当作了重点来抓。

教育学生从小养成良好的卫生习惯，认真做好眼保健操，并做好眼保健操质量的监督检查工作，使学生做操质量明显提高，学生视力不良患病率稳中有降。教育学生从小养成早晚刷牙，饭后漱口，睡前不吃零食的良好习惯，定期检查口腔，早发现龋齿早治疗，是控制龋齿发生和发展的有效途径。从体质监测来看龋齿的患病率下降十多个百分点。

在预防沙眼的工作中，教育了学生用流水洗脸，不用脏手揉眼睛，发现沙眼患者要积极的治疗，特别要发现一人患病要全家治疗，这有效地疾病的传播和蔓延。今年沙眼的患病率与去年相比明显下降。在预防贫血和肥胖中，我们教育学生要合理营养配餐，多吃一些动物的血和动物的肝脏，因为这些食物含铁较高，再吃一些含v-c较高的水果，有利于铁的吸收。并积极的对学校的营养餐进行食谱的配置和监督，教育学生积极参加体育锻炼，不但能增加抗病的能力，还能减少肥胖的发生。近年来学生贫血的患病率有所下降。

6、积极对学校卫生工作进行监督。在这项工作中，我校重点进行了教学卫生的监督、体育卫生监督、学生的个人卫生监督、眼保健操的监督、学生饮水的卫生的监督。

教学卫生监督以校医听课为原则，及时指出和解决教学中出现一些问题，学生个人卫生监督，抽查学生的指甲，脸，脖

子，头发，衣服，鞋帽等。眼保健操的监督，抽查各班学生的做操情况，穴位是否准确，力度是否适中，监督员是否到位等。积极听取师生的反馈意见，发现问题及时解决。在这些学校卫生工作监督中，并有监督记录控制了疾病发生，有效地促进了学校健康教育的发展。

## 慢病全年工作总结篇六

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，而慢性病的防治的重心则在基层基层，慢性病的基层预防是慢性病防治最有效的手段，基层慢性病的防治工作的好坏直接关系到慢性病防治的效果。为此我院将慢性病防治工作纳入基层卫生室的考核目标，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，特制定今年慢性病管理工作计划。

- 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、加强基层高血压、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。

1、建立基层居民健康档案，基层服务人口基线调查率达到90%以上；

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。

1、高血压、糖尿病的检出利用建立基层居民健康档案、健康体检、基层卫生院的诊疗、基层免费测血压、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《基层高血压患者管理卡》。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（站）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，并填写《基层糖尿病患者管理卡》。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（站）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。

## 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。

基层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、医疗站点等发放给基层人群。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。

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。

1、我院负责对辖区内的村卫生室（站）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。

2、各村卫生室（站）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。

## 慢病全年工作总结篇七

20xx年度健康教育与慢性病科年度工作计划表月份123456789月20号全国爱牙日10月8号全国高血压日、1010号世界精神卫生日1111月14号世界糖尿病日129重性精神病、高血压、糖尿病、死因监测季度督导、指导重性精神病、高血压、糖尿病、死因监测季度督导、指导4月7号世界卫生日（15--21）号全国肿瘤防治宣传周5月31号世界无烟日重性精神病、高血压、糖尿病、死因监测季度督导、指导重性精神病、高血压、糖尿病、死因监测季度督导、指导开展创建省级慢性病示范区工作宣传主题备注1：慢性病备注2：健康教育备注：3正常工作开展，收集汇总报表。

1、对辖区65岁及以上老年人进行登记管理。

2、每年为65岁及以上老年人进行1次健康管理，包括影响健康的危险因素咨询指导和干预，进行一般体格检查、血常规、尿常规、肝肾功能、空腹血糖、血脂和心电图检测等。

3、对发现已确诊的原发性高血压和2型糖尿病等患者纳入相应的慢性病患者健康管理。对存在危险因素且未纳入其他疾病健康管理的居民建议定期复查。对老年居民进行慢性病危险因素和疫苗接种、骨质疏松预防及防跌倒措施、意外伤害和自救等健康指导。

1、对35岁以上人群实行门诊首诊测血压，对血压异常者应登记造册。

2、对高血压患者进行登记管理，每年对原发性高血压患者进行面对面随访至少4次，每次随访要询问病情、进行体格检查及用药、饮食、运动、心理等健康指导。

3、每年至少进行1次较全面的健康检查，可与随访相结合，内容包括血压、体重，一般体格检查和口腔、视力、听力、运动能力检查，并进行健康评价和健康指导。

4、管理人群血压控制情况。

1、重点对35岁以上人群进行筛查（门诊服务、健康体检等）。

2、对2型糖尿病患者进行登记管理，每年对确诊的2型糖尿病患者进行至少4次面对面随访，每次随访要询问病情、进行一般体格检查、免费空腹血糖检测及用药、饮食、运动、心理等健康指导。

3、每年至少进行1次较全面的健康检查，可与随访相结合，内容包括血压、体重、空腹血糖，一般体格检查（含足背动脉搏动检查）和口腔、视力、听力、运动能力检查，并进行健康评价和健康指导。

4、管理人群血糖控制情况。

1、对辖区确诊的重性精神病患者进行登记管理。

2、在专业机构指导下对在家居住的病情稳定和基本稳定患者进行治疗随访，填写随访记录表，每年随访不少于4次。

3、对重性精神病患者进行健康检查。在患者病情许可的情况下，征得监护人与患者本人同意后，每年进行1次健康检查，

可与随访相结合。内容包括一般体格检查、血压、体重、血常规(含白细胞分类)、转氨酶、血糖、心电图。

4、注重重性精神病患者管理各环节规范；每年至少进行1次综合评价；对恢复期重性精神病患者进行康复指导，实施康复训练；发现复发或加重征兆时，给予相应处理或指导转诊，并进行危机干预。

1、针对健康素养基本知识和技能、优生优育、食品安全问题等内容，向辖区居民，尤其是重点人群提供健康教育宣传信息，利用各种健康主题日或节假日开展健康教育咨询服务，在醒目位置设置健康教育宣传栏并定期更新内容。

2、针对辖区重点健康问题，定期举办健康知识讲座，讲授健康素养基本知识和技能，指导居民纠正不利于身心健康的行为和生活方式。

3、针对公共卫生问题，配合开展突发事件应对的宣传教育。

1. 辖区内上报死亡人数达标率是否有6‰。

2. 辖区内上报死亡及时率是否大于50%。

3. 辖区内上报死亡报告完整率是否大于95%。

## 慢病全年工作总结篇八

20\_\_年，为倡导健康的生活方式，预防和防控慢性病，东湖街道办紧密围绕我区建设国家慢性病综合防控示范区的工作部署及要求，结合街道日常工作和亮点工作，积极广泛开展慢性病防控和健康生活方式宣传工作。

### 一、主要工作

## (一) 扎实开展“全民健康生活方式行动”。

以推广健康生活方式为主要目标，宣传健康生活方式的要点，将“全名健康生活方式行动”推广到基础大众中去。20\_\_年，我街道共创建全民健康生活方式行动健康社区6个，覆盖率达66%。健康社区均设置健康自助检测设备(在社康中心)。目前，6个社区均已开展健康家庭评选/健康素养大赛活动。

## (二) 广泛开展健康教育宣传。

20年，共开展慢性病及健康生活方式社区健康讲座38场。及时更新健康宣传栏，做到每月更新一次。积极培育社区群众健身团体，丰富居民文化体育生活，20年东湖街道9个社区共有健身团体23个队，种类涉及太极队、舞蹈队等。与社区健康服务中心共同开展自我健康管理小组活动，鼓励社区慢性病患者积极参与社区自我健康管理活动，目前社区共有自我管理小组10组，覆盖率为93%。街道9个社区今年开展口腔防治活动共14次。

## (三) 全方位开展社区环境建设。

一是提升社区公园的更新改造，增加健康生活方式宣传牌，更新健康生活宣传栏内容。

二是在现有全民健身的基础上，继续扩大健身队伍，加快建设15分钟健身圈，辖区内9个社区15分钟健身圈覆盖率达100%。

三是积极推进无烟环境建设，无烟环境覆盖率100%。

## (四) 拓宽慢性病防控辐射范围。

今年共举办了17场大型宣传活动，包括元旦春节期间健康知识进万家、卫生与健康“两会一纲”活动、结核病防治知识宣传、职业病防治讲座、关注流动人口健康、签约家庭医生

宣传活动等，参加人数达1530余人次。各社区均根据各自工作需要开展了形式多样的健康宣传活动。全年共举办小型健康教育活动85场次，派发各种宣传资料、宣传品13000份。为辖区60周岁以上户籍老人的免费体检工作，报名参加体检的924人已经全部完成体检。举行幸福老人才艺汇演、“幸福老人”书画比赛、钓鱼比赛等各类文体活动。积极为老人开展内容丰富、形式多样、健康有益的老年文化体育活动，不断丰富老人精神文化生活。

#### (五)提升居民健康素养水平。

一是利用街道婚育学校、社区生育文化中心、辖区单位活动场所提供健康宣传品、播放健康保健知识视频。

二是邀请健康教育讲师团分组分别深入到各社区、企业、学校开展健康教育巡回宣讲，主要宣讲职业病防治、公民健康素养、心理卫生、艾滋病预防、妇儿保健、老年人保健等知识，在居民中大力普及基本健康知识。

三是举办居民健康素养知识竞赛。于20年7月举办东湖街道居民健康素养知识竞赛，在各社区广泛宣传动员居民以家庭为单位参加竞赛，并为获得一二三等奖的家庭发放奖励金和奖状。

## 二、下步工作计划

(一)进一步统一思想，完善街道慢性病防控工作领导小组机制，压实责任，分工到人，确保事事有效落实。

(二)紧紧围绕慢性病防控工作目标，制订并细化落实工作方案、措施。推动慢性病防控工作制度化、规范化、科学化。

(三)加大宣传健康知识，做到全过程、全覆盖，引导辖区居民树立健康感理念，形成大健康工作格局，提高健康素养水

平，助力“健康罗湖”建设。

(四)开展医养融合工作，举办居民健康素养知识竞赛、推广签约家庭医生宣传活动，让居民群众享受到基本的公共卫生服务。

(五)广泛开展健康讲座、宣传活动和环境营造等多种形式，积极引导辖区居民树立健康理念，建立健康生活方式，提高健康生活质量。

(六)继续宣传罗湖区长者体检，对社区老人查漏补缺，尽量让老人都享受到这项福利。

## 慢病全年工作总结篇九

(一)慢性病危险因素监测：在卫生局、疾控中心领导的大力支持下，对我县 个乡镇 个行政村共计 人进行了慢性病危险因素监测工作。问卷经过审核、回访、整理、评估数据库共录入 份问卷。调查了被调查对象构成情况、吸烟情况、饮酒情况、就餐情况、身体活动情况、高血压调查情况、糖尿病调查情况。针对调查内容分析出超重、肥胖、高血压、糖尿病、精神卫生等结果。分析显示15-74岁高血压患病率为19.59%，5-74岁糖尿病患病率为6.54%。

(二)慢性病督导考核工作：在卫生局带队下完成对乡镇公共卫生服务 次的督导及考核工作，针对督导中存在的问题进行了指导并提出整改性建议。

危险因素，创造长期可持续的支持环境，今年9月份启动全民健康生活方式行动工作。组织县直医疗单位、县疾控中心、县卫生监督所、乡镇卫生院共计千余人的健步走活动。对参加活动的人员和群众免费发放了控油壶、限盐勺、折页、倡议书、全民健康生活方式核心信息书刊组成的大礼包余套，并重点讲解了控油壶、限盐勺的正确使用方法和作用。展示

了健康生活方式方面的展板余块。前来观看的群众达500余人次，接受咨询的群众达450余人次，发放全民健康生活方式行动倡议书和折页3000余份。

为创造可持续性的健康生活环境，以后逐步创造健康食堂、健康社区、健康单位、健康餐厅等示范性单位。

（四）截至今日完成6个慢病防治卫生宣传日的宣传活动工作，即“世界无烟日”、“全民健康生活方式日”、“爱牙日”、“全国高血压日”、“世界精神卫生日”、“联合国糖尿病日”。利用健康教育宣传栏、制作健康知识展板、开展健康咨询、制作发放宣传资料等形式，开展各种疾病防治知识传播，共计制作宣传材料8000份，发放5000余份，接受咨询达5000余人次。

（一）政府及卫生行政部门对慢性病防治工作重要性的认识严重不足。

政府或卫生行政部门没有协调好相关部门的关系，没有明确各部门的责任。

（二）专业技术人员力量不足。

随着基本公共卫生力度的加深及重视，对慢性病防治（高血压、糖尿病、重性精神疾病）健康教育的工作技术要求越来越严格，专业技术水平越来越高，所以就需要一定数量的慢病防治专业工作人员匹配当前的工作。

（一）抓住机会、逐步深入。在以后慢性病防治工作（项目工作、公共卫生工作）在做好本职工作的前提下，在一定基础上逐步深入、全面开展。

（二）加强专业学习。在外因充足的情况下，如果不加强自

身学习、慢性病防治工作的有效开展就无法顺利进展。所以加强人员业务学习和培训，提高了自身业务技能是当务之急。

## 慢病全年工作总结篇十

1、社区卫生服务站应设兼职人员负责慢性病管理工作，有社区站一居委会防治网络。

2、根据社区普查结果，建立社区站慢病统计学资料，制定年度工作计划和工作总结。

3、按要求免费为居民建立健康档案，对于慢性病人实行分类管理，定期入户访视，并有详细的记录。有条件的可实行微机管理。

4、社区卫生服务站有进行防治慢性病的宣传场所，应有黑板、桌椅、录音机、电视等必备的宣教设备。

5、社区卫生服务站针对不同人群定期举办慢病防治知识讲座；针对不同人群开展行为危险因素干预活动；要有详细的记录；定期发放慢性病宣传材料。

6、社区卫生服务站应开设慢性病咨询电话热线。

7、社区内应有体育锻炼场所，针对不同居民制定相应的体育锻炼计划，组织慢性病人开展相关的健身活动。

8、建立慢性病各项工作登记记录，并按要求统计上报。