

公共卫生上半年总结(通用9篇)

总结是对某种工作实施结果的总鉴定和总结论，是对以往工作实践的一种理性认识。什么样的总结才是有效的呢？下面是小编带来的优秀总结范文，希望大家能够喜欢！

公共卫生上半年总结篇一

1、为有效的预防和控制高血压、糖尿病等慢性病；对我村民的高血压、2型糖尿病等慢性病建立健康档案；并开展了慢性病的随访管理及康复指导工作，掌握我村慢性病病人的发病、死亡和现患情况。

2、通过开展35岁以上居民首诊测血压；居民诊疗过程测血压、空腹血糖和健康档案建立过程中测血压、测血糖等方式发现高血压、糖尿病等慢性病患者。对已经确诊的慢性病患者进行登记管理，并提供面对面的每三个月一次的定期随访，随访过程中进行询问病情、测量血压、空腹血糖等检查；对用药饮食、运动、心理各方面提供健康的指导。截止20xx年8月31日止，高血压病人累计建档152人，糖尿病人累计建档27人。并按要求录入居民电子健康档案管理系统。

公共卫生上半年总结篇二

卫生院制作健康教育宣传栏2板，每版更新内容3期，共更新了6期内容；每个村卫生室制作健康教育宣传栏1板、内容更新3期，10个村卫生室共更新了30期内容。印刷健康教育宣传单资料20种共120000份；已发放宣传单资料30000份；印刷健康教育处方12种共72000份，已发放健康教育处方22750份；开展个体化健康教育1962人次；制作健康知识影像资料29种进行播放宣传，已播放120场次共计387小时；开展了6次公众健康咨询活动，举办了6期健康教育讲座活动。

通过实施以上有效的健康教育工作，广大群众的卫生知识知晓率进一步得到提高。同时在全体责任医生的共同努力下，通过不断进行健康指导和健康干预，使群众改变了不良的卫生习惯和行为，大大提高了卫生防病意识和自我保健意识。

（二）、建立健康档案工作

为辖区内常住居民建立纸质健康档案累计数39728人，建档率65.9%、电子建档累计人数36062，建档率59.8%；其中孕产妇建档351人；0—6岁儿童建档4405人；65岁以上老年人建档3772人、高血压患者建档728人、二型糖尿病患者建档61人、重性精神病患者建档47人、其他人群建档30363人。

（三）、重点人群的健康管理工作

1、为2516名0—36个月婴幼儿开展了儿童保健系统管理服务；进行体格检查和生长发育监测及评价，开展心理行为发育、母乳喂养、辅食添加、意外伤害预防、常见疾病防治等健康指导。

2、为351名孕产妇建立保健手册服务，开展5次孕期保健服务和2次产后访视，进行一般体格检查、孕期营养及心理指导等孕期保健服务，了解产后恢复情况并对产后常见问题进行指导。

3、为2374名65岁以上老年人建立健康档案。开展了1次老年人健康管理，包括健康体检、健康咨询指导和干预；生活方式和健康状况评估，包括体育锻炼、饮食、吸烟、饮酒、慢性疾病常见症状和既往所患疾病、治疗及目前用药等情况；告知健康体检结果并进行相应干预；对老年人进行慢性病危险因素预防及防跌倒措施、意外伤害和自救等健康指导。

（四）、预防接种服务工作

为全镇4516名0—6岁适龄儿童接种12种国家一类疫苗服务，包括：乙肝疫苗、卡介苗、脊灰疫苗、百白破疫苗、无细胞百白破疫苗、白破疫苗、麻疹疫苗、甲肝疫苗、流脑疫苗、乙脑疫苗、麻风、麻腮疫苗等，接种率达90%以上；免费建立预防接种卡、证、簿；采取多种方式通知儿童监护人，告知接种疫苗的种类、时间、地点和相关要求。发现、报告预防接种中的疑似异常反应，并协助调查处理。

（五）、传染病报告和处理服务工作

及时发现、登记并报告辖区内发现的传染病病例61例，参与现场疫点处理；开展结核病、艾滋病等传染病防治知识宣传和咨询服务；积极配合贵港市疾控中心和xx区疾控中心对非住院18个结核病人、56个艾滋病人和带毒者进行治疗管理。

（六）、慢性病管理工作

为35岁以上居民到卫生院就诊时实行免费测量血压、检测血糖服务，共计测量检测人次3567人；对728名高血压病人和61名2型糖尿病人进行了1次较全面的健康检查和1—2次的面对面随访。对患者进行病情询问、进行体格检查、饮食、运动、心理等健康指导。

（七）、重性精神病患者管理服务

为辖区内47名诊断为重性精神病患者建立健康档案，年内进行了1—2次随访，在每次随访的同时进行康复和治疗指导。

公共卫生上半年总结篇三

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，在师卫生局统一部署下，我团于20xx年11月完成了居民电子健康档案录入工作。截止20xx年5月底，我团共为居民建立家庭健康档案电子档案16070人。

（二）、老年人健康管理工作

根据《20xx年基本公共卫生服务老年人健康管理项目工作方案》及师卫生局要求，我团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团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人进行定期随访，并告知该居民一年后进行下一次免费健康检查。

截止20xx年5月，共登记管理65岁及以上老年2206人。并按要求录入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《20xx年基本公共卫生服务慢性病管理项目工作方案》及师卫生局要求，对患有高血压、2型糖尿病的居民建立健康档案，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，掌握我团高血压、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5月，共登记管理并提供随访高血压患者为713人，高血压规范管理率80%；控制率85%；并按要求录入居民电子健康档案系统。

2. 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；建立居民电子健康档案等方式发现患者。

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5月，共登记管理并提供随访的糖尿病患者为268人，糖尿病规范管理率87.5%；控制率80%；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，认真贯彻落实师卫生局及师疾控中心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、重点疾病和我团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；采取多种形式对社区居民进行传染病防治知识的宣传教育，提高了社区居民传染病防治知识的知晓率。

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。

公共卫生上半年总结篇四

（一）争取团党委支持，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。

（四）配套合理的激励机制，提高工作人员工作热情。

（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。

在团党委和师卫生局、师疾控中心的督促和指导下，我站全体员工将在以后的工作中更加积极努力、开拓进取，断创新思维精心组织力争将各项工作做得更好。

公共卫生上半年总结篇五

一是人口流动性大，外出孕产妇、儿童较多，导致对全镇的

孕产妇和新生儿管理难度增大。（县妇幼保健院是按照我镇常住人口下达的任务指标，因此达不到管理率的指标数）

二是互联网信息交流平台建立不全，表现在区域信息不能互通，除我镇在本县范围内的医疗机构分娩的产妇和新生儿信息反馈一部分数据外，在其他省市区县医疗机构分娩的产妇和新生儿信息完全得不到反馈，基本上是要等到分娩产妇家中有事或返镇给儿童上户籍时才知道信息，导致产后访视和儿童体检工作不能及时到位甚至滞后，直接影响了各项管理率达不到指标。

三是老百姓对一年一度的老年健康体检工作感到厌倦，不积极不配合甚至消极诋毁情绪较严重。

四是我镇的大部分乡村医生已老年化，接受新知识、新技术的能力下降，不懂计算机操作技术的村医占80%左右，导致各项软件资料不能规范完成。

公共卫生上半年总结篇六

我院在实施20xx年基本公共卫生项目工作中，始终坚持以抓重点、突薄弱、树亮点，把工作做真、做实、做规范，争创公共卫生先进单位为目标；按照分工协作、责任到人、齐抓共管、整体推进的原则，确保目标任务的完成。截止目前，全镇基本公共卫生项目实施顺利，较好地完成了既定目标任务。现总结如下：

公共卫生上半年总结篇七

20xx年上半年基本公共卫生服务项目工作虽然取得了一定的成效，但也存在如下困难：

（一）基本公共卫生服务项目配套资金投入不足，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，上门随访主动配合存在一定困难。

公共卫生上半年总结篇八

20xx年上半年，在团党委和上级卫生主管部门的正确领导下，严格执行《国家基本公共卫生服务规范〔20xx年版〕》认真贯彻落实各类文件精神，加强内部管理，严抓基本公共卫生服务项目工作，充分调动全站职工的工作积极性和主动性，取得了较好效果，现将我团基本公共卫生服务项目工作总结如下：

公共卫生上半年总结篇九

1. 今年的4月份利用中午和下午的晚饭时间分组逐门逐户地进行走访，对辖区内的居民情况进行了摸底调查。通过20余天的工作。共新建档案50户，发现高血压7人、糖尿病3人，新增的慢病患者纳入管理。

2、服务于辖区内35岁及以上原发性高血压。对已纳入管理上的高血压患者679人、糖尿病患者181人、重性精神病患者4人进行了2个季度的随访。

3、利用月底的公共卫生例会对乡镇卫生院和县直医疗机构人员进行了2期慢病、健康教育、重性精神病相关知识培训，提高慢病管理队伍的自身管理能力。

4、根据卫生局的安排4月14---17日分别对4个乡镇卫生院的6

个村卫生室进行了慢病督导，将督导意见及时反馈给了本单位。6月2日---12日分2组对25个乡镇卫生院和4个县直医疗机构进行2xxx上半年的公共卫生考核，将考核结果以书面形式上交卫生局。