# 慢性病防治工作计划6篇

来源：piedai.com 作者：撇呆范文网 更新时间：2024-04-24

*详细的工作计划可以让我们更好地控制工作进度和成本，降低工作风险，在制定工作计划中，我们能够更好地与成员协作，共同解决工作中的各种问题，职场范文网小编今天就为您带来了慢性病防治工作计划6篇，相信一定会对你有所帮助。慢性病防治工作计划篇1按照《*

详细的工作计划可以让我们更好地控制工作进度和成本，降低工作风险，在制定工作计划中，我们能够更好地与成员协作，共同解决工作中的各种问题，职场范文网小编今天就为您带来了慢性病防治工作计划6篇，相信一定会对你有所帮助。

慢性病防治工作计划篇1

按照《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》相关要求，紧紧围绕《xx县20xx年慢性非传染性疾病防治工作计划》的精神，深入开展慢病监测、全民健康生活方式行动、示范单元创建等工作，现将xx县20xx年慢性非传染性疾病防治工作计划如下：

一、加强慢性病防控能力建设与政策倡导工作

积极开展对公卫工作人员及村医的慢性病防控政策与知识宣讲工作，拟对公卫人员开展一次慢病防治工作现状的知识讲座，让其了解当前的慢病防控形势及慢病所带来的严重社会负担及经济负担，从而有利于慢病防治政策开发及工作开展。

二、加强慢性病监测，进一步提高慢病监测质量

加强慢性病监测工作，进一步提高慢病监测质量。在死因监测工作中，要求全镇10个村卫生室严格按照死因监测中的相关工作规范，正确填写医学死亡证明书并按规定时间上交到我院进行网络直报。与此同时，规范村医对新发肿瘤纸质版报告的填写，保质保量地完成新发肿瘤监测工作任务；在心肌梗死及脑卒中病例报告中，要求各村卫生室对新发的心肌梗死及脑卒中病例进行详细的登记，进一步完善心肌梗及及脑卒中病例的既往慢病史（高血压、糖尿病）的信息。

三、大力推动全民健康生活方式行动，打造健康云阳平台

健康教育与健康促进能有效地促进慢病防治工作的开展。在20xx年，我镇将继续在全镇的健康教育宣传栏上宣传慢病防治知识；搞好健康主题日，在“全民健康生活方式行动日”、“世界糖尿病日”、“全国高血压防治日”、“全国爱牙日”、“世界无烟日”等活动日中开展大型地健康教育与健康促进宣传活动，计划20xx年开展宣传活动12期。

四、搞好社区慢病管理工作探索慢病高危人群干预模式

严格按照《重庆市高血压综合防治工作管理规范》、《重庆市糖尿病综合防治工作管理规范》的内容，要求各村卫生室继续加大对辖区慢病患者的发现率（登记率），对已登记的高血压患者严格按照高血压一、二、三级管理要求做好高血压随访工作，逐步提高高血压与糖尿病管理率、规范管理率与控制率；积极利用辖区家庭医生的建立，探索慢病高危人群干预模式，对以户为单位的高危人群实施有效的慢病干预，从而减少慢病的发生。

五、加强慢病防治工作业务培训、指导与督导考核

在慢病监测工作，有针对性地开展死因监测、新发肿瘤登记报告、心肌梗死及脑卒中病例报告的培训工作。在社区慢病管理中，加大对片区内乡镇卫生院的培训、指导与督导考核。全年累计计划开展慢病培训工作3次，累计指导与督导考核4次。

慢性病防治工作计划篇2

为进一步做好慢病健康管理服务项目工作，提高慢病的管理率和规范管理率，更好地保障人民群众的身体健康，根据《国家基本公共卫生服务管理规范》结合我中心的实际情况，特制定20xx年慢病工作计划。

一、 工作目标

扎实开展慢性病综合防控工作。高血压和糖尿病登记建档率达70%以上，规范化管理率达80%以上，控制率30%以上；建立自我管理小组并规范开展自我管理活动覆盖率达30%以上；门诊35岁以上就诊测血压覆盖率100%，慢病监测报告率达95%以上，纳入管理的高血压和糖尿病患者健康体检率达95%以上，高危人群主动监测和核心指标监测覆盖率100%。

（一） 高血压工作目标

1、 发现并登记高血压患者800余名；

2、 对至少700名以上的患者进行规范化管理，其血压控制率≥60%；

3、 发现并至少登记高危人群100名；

4、 高危人群每年至少测血压1次的比例达50%；

5、 高危人群的干预有记录及效果评价；

6、 35岁以上居民每年至少测1次血压的比例达60%；

7、 居民高血压防治知识知晓率达60%。

（二）糖尿病工作目标

1、发现并至少登记糖尿病患者240名；

2、至少对其中200名糖尿病患者进行规范化管理，血糖控制率达60%；

3、发现并登记高危人群30名，每年至少测1次血糖的比例达40%；

4、高危人群防治知识知晓率达60%；

5、对高危人群和普通人群进行健康教育有记录和效果评价；

6、居民糖尿病防治知识知晓率达50%。

二、 主要内容和工作任务

1、高危人群发现和干预：进一步加强门诊35岁以上就诊测血压登记制度，门诊测血压覆盖率100%，测血压登记率达100%，测血压信息和慢病患者就诊信息利用率95%以上；以社区、村卫生室为单位，完成辖区内慢病高危人群主动监测和核心指标监测工作，及时发现高血压和糖尿病患者，早管理、早控制。

2、患者管理：高血压和糖尿病患者登记建档率达70%以上，建卡率100%；随访服务以门诊随访为主，入户随访为辅，认真做好已建档慢病患者的常规管理，每年提供不少于4次随访服务，随访服务信息真实；继续开展慢病患者自我管理活动，巩固20xx年慢病自我管理活动成果，规范开展自我管理活动辖区覆盖率达30%以上，自我管理活动信息利用率100%，提高管理质量；对纳入管理的高血压和糖尿病患者进行1次较全面的健康体检，可与65以上老年人健康体检或随访服务相结合；做好慢病患者系统化、规范化、动态化管理，规范化管理率达85%以上，血压和血糖控制率达30%以上，年内动态管理率达10%以上。

3、加强慢病监测报告工作。中心及村卫生室要落实门诊脑卒中、冠心病监测报告登记报告制度，实行门诊医生负责制，对各级医疗机构确诊门诊康复治疗的脑卒中、冠心病患者进行登记和报告；纳入系统管理的高血压和糖尿病患者增加并发症随访内容，对随访发现的脑卒中和冠心病及时登记。要做好慢病监测及时审核、剔重、补充和订正工作，确保监测报告质量。

4、做好信息数据的利用。年底将管理系统中的高血压和糖尿病患者，从建档卡管理、随访服务和自我管理活动情况、规范化管理情况、控制情况、并发症发生情况、死亡情况等诸方面进行年度统计分析，形成管辖区域内的慢病患者管理情况分析评价报告，将辖区内慢病监测报告数据形成年度分析报告。随访工作必须落实实处。正确对患者进行体格检查，并进行用药、饮食、运动、心理等健康指导。

三、 培训

按照《高血压防治基层实用规范》、《中国高血压防治指南》、《中国糖尿病防治指南》对村卫生室的乡医进行培训，以提高对高血压、糖尿病的管理质量。

四、 评估

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。

五、 督导和考核

1、我中心负责对辖区内的村卫生室督导和考核，考核意见及时反馈到被检单位，以便及时改进工作。

2、各村卫生室要制定内部的工作制度，工作流程和质量控制等规章制定，加强自我检查。

慢性病防治工作计划篇3

（一）、任务目标

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，慢性病防治工作计划。

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。

（二）具体措施

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，健康宣教育及健康促进工作。

慢性病防治工作计划篇4

为了进一步做好我院20\*\*年慢性病防治工作，推动慢性病防治工作规范化，制度化建设，保障人民群众身体健康，现就20\*\*年慢性病防治工作安排如下：

一、加强业务培训，强化慢性病防治队伍的建设

（1）积极参加县、市组织的慢性病防治业务知识培训，同时加强我院科室内部学习。

（2）进一步加强我院医务人员的业务培训，提高慢性病防治工作人员的实际工作能力，计划全年培训不少于3次。

二、工作任务及目标要求

（一）慢性病管理工作：

1、我院必须开展慢性病监测工作，做到门诊日志有记录。

2、对在接诊过程中出现的心脑血管疾病，恶性肿瘤应及时登记、报告，建立心脑血管疾病登记本，每月10日前统计f1信息汇总表，并上报县疾控中心。

（二）死因监测工作：

我院开展死因网报工作，必须及时向县疾控中心上报纸质死因报告及电子报告卡，加强医务人员的业务培训，规范死因报告登记，坚决杜绝死因卡片的漏报，迟报及填写不完整，用语不规范等现象，不断提高报告工作质量，确保居民死亡原因调查登记和报告工作顺利完成，居民死亡原因推断正确率达95%以上，报告率达100%。

三、以健康教育为先导，提高全民健康素质

积极主动开展宣传活动，以宣传栏（报）、标语、宣传横幅、广播、设立义诊咨询台等多种形式广泛的宣传工作，以促进农村宣传教育工作的深入开展，将慢性病防治健康教育工作贯穿到日常医疗服务工作之中。

四、强化督导考核，全面推进慢性病工作规范化进行

为了保证各项工作任务按期完成，每周要不定期对各科室进行督导检查，及时通报工作中存在的问题及工作进度，对慢性病监测管理工作进度缓慢，工作管理不规范，以及死因报告工作中迟报、漏报情况予以通报批评，及时发现问题，指导改进工作，促进慢性病防治工作全面规范的开展。

慢性病防治工作计划篇5

一、工作目标

1、建立慢病基础信息系统，利用现有网络对冠心病、脑卒中、糖尿病和恶性肿瘤的新发的首诊病例进行网路直报工作，制定慢病网络直报工作制度，由领导分管此项工作，责任落实到人。疾控中心每季度对慢病报告工作进行检查、督导，并写出简报。

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、加强社区高血压、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、以社区卫生服务中心（站）为基础，从群体防治着眼，个体防治入手，探索建立区疾控中心管理、评价，综合性医院协助诊断、个体化治疗、提供技术支持，社区卫生服务中心（站）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，普及社区居民高血压、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、糖尿病计算机档案档案管理系统。

二、建档工作目标

1、建立社区居民健康档案，社区服务人口基线调查率大于40%。

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。

三、高血压工作目标

1、发现并至少登记高血压患者100名。

2、对至少20名以上的患者进行规范化管理，其血压控制率≥60%。

3、发现并至少登记高危人群20名。

4、高危人群每年至少测1次血压得比例达50%。

5、对高危人群的干预有记录及效果评价。

6、35岁以上居民3年至少测1次血压得比例达60%。

7、居民高血压防治知识知晓率达60%。

四、糖尿病工作目标

1、发现并至少登记糖尿病患者30名。

2、至少对其中15名糖尿病患者进行规范化管理，血糖控制率到60%。

3、发现并登记高危人群10名，每年至少测1次血糖的比例达40%。

4、高危人群防治知识知晓率达60%。

5、对高危人群和普通人群进行健康教育有记录和效果评价。

五、实施计划

建立慢病网络直报系统和工作制度。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。

（一）利用现有的网络直报系统，对今年新发的冠心病、糖尿病、脑卒中、恶性肿瘤病例进行网络直报。建立慢性病报告工作制度，责任落实到人。

（二）高血压、糖尿病的管理：

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、糖尿病患者以及成都市慢病报告网络所报告的属于本社区的高血压、糖尿病患者，建立高血压、糖尿病患者管理卡并将所有信息录入相关的数据库，进行微机化管理。

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社区卫生服务中心（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《社区糖尿病患者管理卡》。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社区卫生服务中心（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。

（三）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。

（四）社区一般人群的健康促进：

根据社区人群的健康需求，在社区广泛开展高血压、糖尿病防治知识宣传，提倡健康的生活方式，鼓励社区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、在社区建立高血压、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、医疗站点等发放给社区人群。

2、在社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、利用社区居民活动室等居民较集中的地方作为高血压、糖尿病防治知识的宣传阵地，摆放各种宣传资料。

4、在社区开展免费测血压、血糖活动。

六、培训

按照《高血压防治基层实用规范》、《中国高血压防治指南》、《中国糖尿病防治指南》对社区卫生服务中心（站）的医生进行培训，以提高对高血压、糖尿病的管理质量。

七、评估

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。

八、督导和考核

（一）由区卫生局组织督导和考核，考核意见及时反馈到被检单位，以便及时改进工作。

（二）各社区卫生服务中心（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。

（三）考核指标：

1、社区高血压、糖尿病患者的建档率和建档合格率。

2、社区高血压、糖尿病患者随访人数和规范管理率。

3、社区医务人员的培训及培训合格率。

4、社区人群高血压、糖尿病防治知识知晓率。

5、高血压、糖尿病患者生活方式改变率。

6、高血压、糖尿病控制率。

7、工作制度制定和实施情况。

8、各种活动的记录和归档情况。

慢性病防治工作计划篇6

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社区，慢性病的社区预防是慢性病防治最有效的手段，社区慢性病防治工作的好坏直接关系到慢性病防治的效果。社区卫生服务站要充分认识慢性病防治的重要性，将慢性病防治工作纳入考核目标，创造支持性对的环境，走“防治结合，预防为主”的道路。根据我区慢性病防治相关文件的要求，特制定20xx年慢性病防治工作计划。

一、工作目标

1、建立慢性病基础信息系统，利用现有网络对冠心病、脑卒中、糖尿病和恶性肿瘤的新发的首诊病例进行登记。

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、加强社区高血压、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的知识和技能，减少或延缓高血压、糖尿病并发症的发生。

4、以社区卫生服务站为基础，从群体防治着眼，个体防治入手，积极探索管理、评价、综合性医院协助诊断、个体化治疗、社区卫生服务站随访管理高血压、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，普及社区居民高血压、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、建立规模化的高血压、糖尿病计算机档案管理系统。

二、建档工作目标

1、建立社区居民健康档案，社区服务人口基线调查率大于40%；

2、建立高血压、糖尿病患者的健康档案，应有随访记录、治疗记录和健康教育记录。

三、高血压管理工作目标

1、发现并至少登记高血压患者100名；

2、对至少20名以上的患者进行规范化管理，其血压控制率大于等于6%；

3、发现并至少登记高危人群20名；

4、对高危人群的干预有记录及效果评价；

5、高危人群每年至少测4次血压，比例达95%；

6、35岁以上居民首诊必须测血压；

7、居民高血压防治知识知晓率达60%；

四、糖尿病管理工作目标

1、发现并至少登记糖尿病患者30名；

2、至少对其中15名糖尿病患者进行规范化管理，血糖控制率达到1%；

3、发现并登记高危人群10名，每年至少免费测1次血糖的比例达60%；

4、高危人群防治知识知晓率达60%；

5、对高危人群和普通人群进行健康教育要有记录和健康评价。

五、实施计划

建立慢性病网络直报系统和工作制度。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。

（一）、利用现有的网络直报系统，对今年新发的冠心病、糖尿病、脑卒中、恶性肿瘤病例进行网络直报。建立慢性病报告工作制度，责任落实到人。

（二）、高血压、糖尿病的管理。

1、高血压、糖尿病的检出。

社区居民健康档案、健康体检、社区卫生服务站的诊疗、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。

高血压、糖尿病患者所有信息录入相关的数据库，进行微机化管理。

3、高血压、糖尿病患者的随访管理和转诊。

对检出的高血压，糖尿病患者收集详细的病史，进行必要地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医院，待病情稳定后再转回社区卫生服务我站继续治疗，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《社区糖尿病患者管理卡》。对糖尿病患者实行药物治疗和飞药物治疗。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社区卫生服务站继续治疗和随访。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。

（三）、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。

对并高危人群采取群体和个体健康指导相结合的方式，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，给予健康方式指导，定期测量血压、血糖。

（四）、社区一般人群的健康促进

根据社区人群的健康需求，在社区广泛开展高血压、糖尿病防治知识宣传，提倡健康的生活方式，鼓励社区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、在社区建立高血压、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。通过医疗站点等发放给社区人群。

2、在社区举办高血压、糖尿病知识讲座和健康生活方式讲座、义诊等活动。

3、利用社区居民活动室等居民比较集中的地方作为高血压、糖尿病防治知识的宣传阵地，摆放各种宣传资料。

4、在社区开展测血糖并免费测血压活动。

本文档由撇呆范文网网友分享上传，更多范文请访问 撇呆文档网 https://piedai.com