

最新村公共卫生工作总结 公共卫生工作总结(大全6篇)

工作学习中一定要善始善终，只有总结才标志工作阶段性完成或者彻底的终止。通过总结对工作学习进行回顾和分析，从中找出经验和教训，引出规律性认识，以指导今后工作和实践活动。总结怎么写才能发挥它最大的作用呢？下面是小编带来的优秀总结范文，希望大家能够喜欢！

村公共卫生工作总结 公共卫生工作总结篇一

我们以妇女、儿童、老年人、残疾人、慢性病人等人群为重点，在自愿的基础上，通过上门、电话随访服务等形式，为辖区常住人口建立统一、规范的居民健康档案。截止20xx年8月31日止，我辖区20xx年上半年累计建档共3950份，建档率达95%以上。其中65岁以上老年人累计建档296份；高血压病人累计建档152份；糖尿病人累计建档27份；精神病病人累计建档4份；孕产妇累计建档44份；0-6岁儿童累计建档605份。并按要求录入了居民电子健康档案系统。

针对健康素养基本知识和优生优育及辖区重点健康问题等内容，通过板报，为乡村居民提供了健康教育宣传信息和健康教育咨询服务，设置健康教育宣传栏定期的更新内容，通过进行健康指导和宣传干预，很大程度上改变了一些群众的不良卫生习惯，真正做到疾病从预防开始。

为了很好的对0-6岁儿童进行健康管理，我站逐步开展了对新生儿一周内进行一次新生儿访视，及儿童保健系统的健康管理。截止20xx年8月31日止，上半年累计建档共688人。

按照《国家基本公共卫生服务项目实施方案》规定，每年至少为孕产妇免费开展5次孕期保健服务和2次产后访视。对孕妇进行一般的体格检查及孕期营养、心理健康等健康指导，

了解产后恢复情况并对产后常见问题进行指导。截止20xx年8月31日止，已为怀孕12周之前孕产妇累计建册44人，随访管理孕产妇44人，进行产后访视39人。

1、综合建立居民健康档案对我村65岁及以上老年人进行管理，并对所有登记管理的老年人免费进行了一次健康体检检查。包括（血液常规检查、空腹血糖监测、尿常规检查、及心电图测试等相关体检项目）。截止20xx年8月31日止，65岁以上老年人累计建档296人；并按要求录入了居民电子健康档案管理系统。

2、开展老年人健康干预：对发现已确诊的高血压及2型糖尿病患者纳入相应的慢性病患者进行管理；对存在危险因素的且未纳入其他疾病管理的居民进行定期的随访，并告知该居民一年后进行下一次的免费体检。

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。

对辖区内已经确诊的2例重性精神疾病患者进行了每三个月一次的家庭随访；并对其家属开展了家属日常疾病护理的相关教育。

对及时发现、登记并报告辖区内发现的传染病病例和疑似病例，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；配合专业公共卫生机构，对非住院结核病人、艾滋病病人进行治疗管理是国家基本公共卫生服务项目中传染病报告和处理服务的主要内容。截止20xx年8月31日止，已上报传染病例报告8例，并配合了专业机构的治疗管理为传染病的防控起到了积极的作用。

纸质档案及电子档案还需要进行逐步的完善；慢病人群上门随访跟踪服务的不够及时；辖区内孕产妇的体检率偏低；高血压，糖尿病的体检筛查力度尚需进一步提高。

1、要切实加强对公共卫生服务工作的领导，健全工作机制，强化工作职责，及时分析汇总上报项目实施情况，发现问题及时采取有效整改措施，确保公共卫生服务项目工作的全面有序健康发展。

2、逐步完善并提高居民健康纸质档案及电子档案的质量。

3、加大宣传力度，提高健康意识。结合实际，开展有针对性的宣传活动，目的是做到无病早防，有病早治，促使广大群众积极主动的参与。

4、是以健康教育为手段，真心服务百姓为目的，卫生所工作人员通过健康教育和上门随访服务，向老百姓提供一些有用的卫生知识，促进沟通，让老百姓明白国家为全县居民建立健康档案、让育龄妇女免费服用叶酸片预防神经管畸形、为孕产妇和3岁以下儿童免费体检、为农村孕产妇分娩进行补助等等；都是国家为居民免费提供的卫生服务。

5、努力的促使全乡村居民，知道自己都能享受到那些国家免费提供的卫生医疗服务，整体的提高老百姓的健康意识，自觉的接受公共卫生服务。

村公共卫生工作总结 公共卫生工作总结篇二

□xx镇地处xx县东部，居江南平原中心，全镇面积.平方公里，距县城灵溪.公里；全镇共有.个行政村、八个居民区，总人中.人，其中男性.人，女性.人，60岁以上人数.人，0-7岁儿童.人，外来人口约.人，农业人口.人，农业人口约占总人口约6.%。

□xx镇社区卫生服务中心在职职工95人，其中具有专业技术职称人员82人，占全院职工的86.3%，其中具备大专以上学历的人员61人，有高级专业技术职称的1人，中级专业技术职称的13人，执业医师28人，执业助理医师6人，执业护士21人，初级卫技人员54人，全科医师6人，正在培训7人。

：全镇设有一个中心，两个站，村卫生室23家，个体诊所5家，全镇责任医生共有21人，协管员8人，联络员27人，为辖区居民提供预防、保健、康复、健康教育、基本医疗、计划生育指导等“六位一体”的服务。医疗服务范围为xx区域及周边乡镇，人口约12万人。

□xx镇社区卫生服务中心对全镇责任医生和云岩卫生院开展一年四次的公共卫生服务项目工作督查和指导；中心建立健康档案10851份，规范性慢病管理3787人，其中高血压3313人，占8.02%，糖尿病294人，占0.70%。年度体检应检30767人，实际体检20651人，体检率达67%。责任医生团队免费上门服务20495次。

按照《浙江省发展城市社区卫生服务的.意见》和《温州市人民政府关于加快发展城乡社区卫生服务的实施意见》的要求，根据xx县社区卫生服务机构设置规划，在原有卫生资源分布的基础上，根据服务人口、服务区划、服务半径及居民出行15分钟可到达的社区卫生服务要求，优化、整合医疗卫生资源，目前一个中心及2个社区卫生服务站标识清晰，布局设置合理。均开展以公共卫生和基本医疗服务为主。为居民提供

“六位一体”的综合性卫生健康服务。

2、完善社区卫生服务中心设施设备

3、加快社区卫生服务人才培养、提高服务能力

按辖区内人口数1000-1500人的标准配备了21名社区责任医生，每个责任医生团队均具有执业助理以上资格人员为队长。本中心制定全员培训计划，各社区责任医生都参加县卫生局组织的农村公共卫生知识培训，其中80%通过市卫生局组织全科医学知识培训或正在培训，包括中医、中药、预防医学、心理学知识的培训。选送技术骨干到市级医院重点培养，逐步提升社区卫生服务水平。

4、有序推进组织管理工作

(1) 设立社区卫生服务综合办公室，由中心主任兼任办公室主任，接受上级各项工作任务制定工作计划。督导社区责任医生各项服务工作的落实，不断提高服务质量；制定责任医生团队协作与沟通实施方案，积极探索全科团队服务方式，逐步向片区推广团队服务模式。

(2) 按照规范化社区卫生服务中心要求，建立健全责任医生团队会诊制度，双向转诊制度，重点疾病管理等制度，以及各项操作规程和公共卫生事件应急预案，确保社区卫生服务工作有章可循，并结合考核方案逐一落实。

(3) 各科室分布示意图上墙公示，咨询服务措施有分诊台，就医流程、健康处方等，服务时间、服务项目、价格、各项惠民措施等一一上墙公示，方便群众就医。

(5) 制定xx镇社区卫生服务中心乡村一体化管理文件，健全中心对站的管理考核机制。

5、以群众满意为基准，深化社区卫生服务

(1)完善社区卫生服务内涵，关爱弱势群体，开展爱心服务、巡回义诊活动。爱心门诊服务对象：全镇五保户、低保户、残疾人等，就诊时凭证免挂号费、诊疗费、注射费及其他手术、检查费用，药品零利润提供。辖区内60岁以上服务对象免费健康体检一年一次，并建立个人健康档案。同时在社区、敬老院开展巡回医疗义诊活动，义诊同时，认真制作各种宣传图片，精心编写各种农村常见病健康教育资料5份，举办健康教育讲座12次，帮助群众树立自我防病和自我保健的意识，社会反响良好。

(2)公示社区责任医生团队，社区责任医生照片、联系方式等公示于社区、村的健康教育宣传栏上，同时印发责任医生联系名片，注明责任姓名、联系电话等，便于提供服务、接受监督。

(3)结合参保农民免费健康体检，开展社区居民健康调查，积极推行责任医生制度和团队服务模式，与市、县级医院签订双向转诊协议，准确及时收集社区居民卫生服务需求，动态跟踪管理，受到广大居民群众的欢迎。

(4)实行重点人群服务，加强对重点人群的定期跟踪服务(我中心为温州市慢病管理试点单位)，为60岁以上老年人提供定期随访服务，实行动态管理，结核病、肝炎和精神病患者提供社区管理，以慢病人群、特困、残疾人、低保、五保户等群体作为工作的切入点，提高疾病知晓率、控制率、服药率，管理高血压3313人，肿瘤42人，糖尿病294人，冠心病15人，脑卒中36人，精神病人63人，肺结核24人，及时做好档案薄册登记。对慢性病进行早发现、早诊断、早治疗，减少或解除他们的病痛，提高他们的生活质量。

村公共卫生工作总结 公共卫生工作总结篇三

一年基本公共卫生服务项目运行多，得到了各位领导的重视，结合我乡实际，我院成立了天星乡卫生院国家基本公共卫生服务项目领导小组，领导小组成员做了具体分工。

今年以来，我院定期不定期的对村卫生室人员进行公共卫生服务项目工作的培训，并多次进行督导检查，保证了各项公共卫生工作按照计划完成。

(一)居民健康档案管理

xx0份;孕产妇管理档案份;重性精神疾病管理档案21份;老年人管理档案629份。截止目前，健康档案(纸质版)建档率达到82%。

(二)健康教育

我乡共举办各类健康知识讲座6场，共4xx人参加，在街道市场及学校、人口聚集地进行健康教育宣传咨询活动6次，共5xx人参加，开展健康教育宣传6次，共发放宣传资料5000余份，全乡共办健康教育专兰4期。

(三)计划免疫

为适龄儿童应建立预防接种证xx人次，建立预防接种证xx人次，免费接种乙肝疫苗、卡介苗、脊灰疫苗、百白破疫苗、麻疹类疫苗(麻风、麻腮风)、甲肝疫苗、流脑疫苗、乙脑疫苗、白破二联等国家免疫规划疫苗，共接种653人次。接种二类疫苗xx6次，在接种过程中，未出现过异常反应，对辖区内计划免疫疫苗预防疾病进行主动监测，本年度无病发生。

(四)儿童保健管理与健康情况

1、6岁以下儿童保健管理情况□20xx年我乡0—6岁儿童321人，保健管理202人，保健管理率62.9%；对查出的所有疾病进行了治疗，无体弱儿。3、以下儿童死亡情况□20xx年上半年我乡5岁以下儿童死亡0例，婴儿死亡0例；新生儿死亡0例。

4、无死胎死产的发生。

(五) 孕产妇管理与健康情况

今年我乡共有新曾孕产妇19人，管理数xx人，管理率89.4%，转孕xx人。

2□20xx年上半年我乡活产数19人，产妇19人；产妇建册xx□建册率89.4%；早孕检查xx人，早孕检查率89.4%；产前检查19人，产前检查率94.4%，产检次数68人次；孕产妇系统管理xx人，系统管理率94.4%；产后访视xx人，产后访视率94.4%，产后访视次数xx人次；住院分娩的活产数xx人，住院分娩率94.4%；高危产妇1人，管理1人，管理率xx0%□高危产妇县级住院分娩1人，住院分娩率xx0%□无孕产妇死亡的发生。

(六) 老年人保健

本年度总计管理629名65周岁以上老年人，进行了生活自理能力评估。已经免费为xx0位老年人进行体检。此次体检除一般体格检查外，还积极开展尿常规、心电图、空腹血糖等辅助检查。对查出的高血压、2型糖尿病纳入慢性病规范管理，对查出的结石、占位等异常情况转诊到上级医疗单位进行确诊、治疗。

(七) 慢性病管理

慢性病管理，主要是针对高血压、2型糖尿病等慢性病高危人群进行健康指导。对35岁以上人群实行门诊首诊测血压。对

确诊高血压和糖尿病的患者进行登记管理，定期进行随访，随访的同时免费为慢性病患者提供随机血糖监测，并针对辖区慢性病人开展连续科学的健康评估、干预措施等，并对他们进行体格检查及用药、饮食、运动、心理等健康指导。

我辖区共管理高血压患者190例、2型糖尿病患者3例，并按照规范对高血压、糖尿病患者进行了随访，高血压随访xx0人：高血压随访率为83.3%、糖尿病随访3人，随访率为xx0%□控制率为50%。

(八) 重性精神病管理

重性精神疾病患者管理，我们的主要任务是加强日常摸排，并对辖区内确诊的21例重性精神疾病患者进行随访管理；并对他们进行了体检。

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；采取多种形式对辖区居民进行传染病防治知识的宣传教育，提高了辖区居民传染病防治知识的知晓率。

(十) 肿瘤登记、死因监测管理

肿瘤登记和死亡报告是慢性病监测的一个重要组成部分，是科学制定肿瘤防治策略规划，开展癌症防治工作的基础依据。

20xx年上半年，我辖区共报告肿瘤病例6例，死亡病例1例，其中因肿瘤死亡的为1例。

一是组织功能发挥不到位。特别是个别村卫生室乡村医生在基本公共卫生服务项目工作中配合不够，在一定程度上影响

了工作质量。

二是措施不够扎实。各村卫生室虽然都积极地开展了基本公共卫生服务工作，但督导发现个别村卫生室的工作流于形式，在档案建立、儿保管理、妇保管理、慢性病随访等方面没有进行入户，部分信息自己编造，缺乏真实性、逻辑性。

三是健康教育工作有待加强。个别村卫生室宣传栏更新达不到标准要求；健康教育宣传柜宣传资料混乱、不全，质量较差。

四是慢性病管理和老年人保健工作尚需规范。慢性病人管理有的随访不及时；有的在随访的同时未做随机血糖检测；有的未对辖区慢性病患者的健康问题进行分析及实施干预措施和效果评价。

村公共卫生工作总结 公共卫生工作总结篇四

根据市局、市疾控、市卫生监督所、市妇保所等上级部门的相关要求，结合我院的实际情况，我院成立了以院长兼党支部书记的农村基本公共卫生服务项目工作领导小组，同时成立项目办公室，根据基本公共卫生服务实施方案的要求，制定工作计划。

今年以来，我院定期不定期的对村卫生室人员进行公共卫生服务项目工作的培训，并多次进行督导检查，保证了各项公共卫生工作按照计划完成。

（一）居民健康档案管理

1、建立居民健康档案

截止9月20日全镇常住人口29023人，共建立居民健康档案28565份，建档率98.4%，其中高血压管理档案2815份；2型糖尿病管理档案539份；儿童保健管理档案份；孕产妇管理档

案份；重性精神疾病管理档案199份；65岁以上老年人管理档案4947份。

2、居民健康档案维护管理

20xx年度，我院高度重视健康档案的维护管理，截止到9月20日，近一年来健康档案有动态记录的是25975份，占健康档案总份数的90.9%，无动态记录的2590份，无动态管理率9.1%。

（二）健康教育

1、提供健康教育资料

根据市疾控中心的统一安排，我院共累计发放健康教育宣传资料74234份，内容包括中国公民健康素养、基本公共卫生服务宣传台历、健康金钥匙、扩大免疫规划等。

2、设置健康教育宣传栏

20xx年度我院共设置健康教育宣传专栏1个，即门诊大楼健康教育宣传栏，行政村卫生室健康教育宣传专栏12个，每个月更新一次，累计更换156次。

3、开展公众健康咨询活动

积极开展以结核病防治宣传日、肿瘤宣传周、世界无烟日、爱牙日、高血压宣传日、糖尿病宣传日、艾滋病防治宣传日等为内容的健康教育咨询活动，截止到9月20日，累计举办公众健康教育咨询活动17次。

4、举办健康教育知识讲座

根据基本公共卫生服务实施方案的要求，开展以防病、治病为目的的各类健康知识讲座91场次，累计参与人数1648人次。

（三）计划免疫

为适龄儿童应建立预防接种证141人次，实建立预防接种证141人次，免费接种乙肝疫苗、卡介苗、脊灰疫苗、百白破疫苗、麻疹类疫苗（麻风、麻腮风）、甲肝疫苗、流脑疫苗、乙脑疫苗、白破二联等国家免疫规划疫苗，共接种7796人次，接种二类疫苗人1234人次。发现及报告预防接种中的疑似异常反应46例，对辖区内计划免疫疫苗预防疾病进行主动监测，本年度无计划免疫相关传染病病例发生。

（四）儿童保健管理与健康情况

积极开展6周岁以下儿童保健管理、新生儿访视工作□20xx年度对109名新生儿进行了访视，新生儿访视率100%，对1050名0—6岁儿童进行了保健管理，保健管理率100%，保健覆盖率100%。

（五）孕产妇管理与健康情况

1、孕产妇管理

今年我镇共有新婚妇女数107人，管理新婚妇女数107人，管理率100%，早孕建卡数102人，建册率95.3%，早孕检查102人，早孕检查率95.3%；产前检查107人，产前检查率100%，产检次数535人次；产后访视107人，产后访视率100%。产后访视次数692人次。

2、根据基本公共卫生服务项目相关要求，积极开展妇女两癌筛查工作，今年我院宫颈癌筛查数1200人次，保质保量完成了上级部门的相关任务。

（六）老年人保健

本年度累计管理4947名65周岁以上老年人，全部进行了生活

自理能力评估。免费为位老年人进行体检，体检率达到80.93%。此次体检除一般体格检查外，还积极开展血常规、尿常规、心电图、空腹血糖、肝功能等辅助检查。对查出的高血压、2型糖尿病纳入慢性病规范管理，对查出的其他异常情况反馈给本人，督促其进行复查或转诊到上级医疗单位进行确诊、治疗。

（七）慢性病管理

慢性病管理，主要是针对高血压、2型糖尿病等慢性病高危人群进行健康指导。对35岁以上人群实行门诊首诊测血压。对确诊高血压和糖尿病的患者进行登记管理，定期进行随访，随访的同时免费为慢性病患者提供随机血糖监测，并针对辖区慢性病人开展连续科学的健康评估、干预措施等，并对他们进行体格检查及用药、饮食、运动、心理等健康指导。

20xx年度我院共规范管理高血压病人2815人、2型糖尿病病人539人，肿瘤病人342人，其他慢性病人466人，并按照相关服务规范对高血压、糖尿病患者进行随访、监测，规范管理率100%。

（八）重性精神病管理

加强对辖区内重性精神疾病患者的监测与随访，累计发现26例重性精神病患者，并每个月开展对辖区内确诊的199例重性精神病患者进行随访管理，累计随访2356人次，积极做好随访记录及健康指导。

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。定期对本单位人员进行传染病防治知识、技能的培训；采取多种形式对辖区居民进行传染病防治知识的宣传教育，提高了辖区居民传染病防治知识的知晓率。截止9月20日共及时报告登记传染病19例，无突发公共卫生事件发生。

（十）卫生监督协管

在市卫生监督所的指导下，积极开展餐饮服务、公共场所、学校卫生、饮用水卫生、医疗机构卫生等卫生监督协管工作。

1、严格执行餐饮服务许可证、公共场所卫生许可证准入制度□20xx年度对3家符合要求的餐饮服务经营单位发放了餐饮服务许可证，对2家符合要求的公共场所经营发放了卫生许可证，对5家餐饮服务经营单位、1家公共场所经营单位进行了复核换证。

2、开展对餐饮、公共场所等重点行业的巡查与监管□20xx年度累计发放监督意见书105份，监督笔录42份。

3、加强学校传染病防治监督检查和健康教育指导工作，对辖区内中小学、幼儿园共累计出具巡查记录表10份，监督意见书11份，监督笔录5份，传染病防治指导意见书1份。

4、加强医院、卫生室的卫生监督协管工作，每年开展对医院、卫生室进行监督检查工作□20xx年度对辖区内所有医疗机构累计巡查次数22次，出具监督意见书15份。同时重点对所有医疗机构的医疗废物管理进行监督检查，严格执行医疗废物处罚制度，在今天的检查中对相关卫生室不严格执行医疗废物管理制度，擅自将医疗废物进行焚烧的现象进行了查处，对相关责任人给予了各500元的罚款，并进行通报批评。

1、健康管理团队契约式服务

为进一步提升我院的服务能力，促进服务模式的转变，建立稳定的城乡居民服务关系，我院于今年3月在叶兴村全面推进健康管理团队契约式服务模式，实行“分片包干、团队合作、责任到人”的工作机制，实行网络化管理。截止到9月25日，我院对叶兴890户、2251人累计签约了846户、2143人，签约率95%。

2、全科健康管理团队下乡情况

年初，根据基本公共卫生服务项目相关要求，制定了健康管理团队工作意见、团队绩效考核方案，对相应的10个全科健康管理团队进行了人员微调，同时根据工作意见要求每个团队每个月不少于4次到村级为村民提供健康宣教、卫生保健咨询、重点人群随访等服务。截止9月底，共累计下乡123次。

1、宣传不到位，制度、措施不到位。特别是有些居民对基本公共卫生服务认识不够，个别村卫生室乡村医生在基本公共卫生服务项目工作中配合不够，工作流于形式，在相关数据、信息方面自己编造，缺乏真实性、逻辑性，慢性病人管理有的随访不及时；有的在随访的同时未做随机血糖检测；有的未对辖区慢性病患者的健康问题进行分析及实施干预措施和效果评价。

2、公共卫生专业人才的缺乏、乡村医生年龄偏大等原因导致基本公共卫生服务项目相关工作难以规范，服务能力难以提高。

3、基本公共卫生服务基础信息上报不及时。部分村卫生室不能按规定及时上报基本公共卫生服务信息。

1、健全工作机制，强化工作职责。

各项目负责人要切实加强对村卫生室公共卫生服务工作的指导，健全工作机制，强化工作职责，及时分析汇总上报项目实施情况，发现问题及时采取有效措施整改，确保项目工作全面有序健康发展。

2、加大宣传力度，提高健康意识。

要充分利用全科医生团队下乡进村入户的机会对群众进行相关知识的健康教育，改变部分群众的不良生活习惯，加强宣

传基本公共卫生服务项目内容及国家的相关惠民政策，努力提高群众的健康意识。

3、针对日常督导检查中发现的问题。

紧密结合上级业务部门的指导意见，进一步强化责任，落实措施，扎扎实实地抓好整改落实工作。

积极与市疾病预防控制中心、市妇幼保健院、市卫生监督所等业务部门沟通，努力保质保量完成各项国家基本公共卫生服务工作任务。

村公共卫生工作总结 公共卫生工作总结篇五

成立机构，

一、加强领导。制定方案。

制定了《镇基本公共卫生服务项目实施方案》对基本公共卫生服务项目，根据卫生部、财政部、国家人口和计划生育委员会《关于促进基本公共卫生服务逐步均等化的意见》及《市基本公共卫生服务项目实施方案》结合实际我镇成立了镇基本公共卫生服务项目领导小组。定标定责到人，明确责任，各项目实施责任人制定了各自的工作方案及项目运行计划并能规范化运行。

严格培训，

二、健全制度。规范行为。

发放到每位职工和乡医手中。各项目实施办公室制定了相关制度并上了墙，院统一制定并印制了《基本公共卫生服务工作手册》200本。组织有关人员认真学习。为了规范国家基本公共卫生服务项目管理，院特邀市局专业人员组织全院职工及

各卫生所乡医，就《国家基本公共卫生服务规范》内容进行了专题培训，通过培训，使所有村医都基本掌握了国家基本公共卫生服务规范的各项内容，为在镇顺利实施基本公共卫生服务项目，更好地为广大居民的健康提供服务奠定了良好的基础。

三、九项国家基本公共卫生服务项目布置和进度情况。

1建立居民健康档案

居民健康建档是基础，国家基本公共卫生服务项目中。组织各项目实施人以妇女、儿童、老年人、慢性病人、精神病人等人群为重点，自愿的基础上，通过组织下乡入村体检等形式，为辖区常住人口建立统一、规范的居民健康档案，做到健康档案内容详实、填写较规范。截止目前已经为10664人建立了居民健康建档。将在11月下旬到12月份对全镇一、二中学生全镇幼儿园托幼人员安排进行体检。

2健康教育

各项目责任人都能通过进村、上街宣传，针对健康素养基本知识和技能、慢性病防治及辖区重点健康问题等内容。为辖区居民提供健康教育宣传信息和健康教育咨询服务，设置健康教育宣传栏并定期更新内容，开展健康知识讲座等健康教育活动。截止目前，主要街道设置健康教育专栏4块，版面更新4次，开展下乡健康教育视频播放宣传次，开展公众健康咨询活动6次，举办健康知识讲座12次，发放各类宣传印刷品15万余份。通过各项目责任人的共同努力和不断的进行健康指导和干预，很大程度上改变了一些群众的不良卫生习惯，真正做到疾病从预防开始。

3预防接种

发现、报告预防接种中的疑似异常反应，为适龄儿童免费接

种乙肝疫苗、卡介苗、脊灰疫苗、百白破疫苗、麻疹疫苗、甲肝疫苗、流脑疫苗、乙脑疫苗、麻腮风疫苗等国家免疫规划疫苗。并协助调查处理国家基本公共卫生服务项目预防接种工作的重点任务。为了做好此项工作，再一次确定了疫苗接种点，各接种点都具备了疫苗储存和运输管理规范》规定的冷藏设施、设备并按照规定要求进行疫苗的领发和冷链管理，保证疫苗质量。6月份对预防接种的人员（具备执业医师、执业助理医师、执业护士或者乡村医生资格）进行了预防接种专业培训。

镇继续强化村级卡、证、册管理工作，2卡、证、册资料管理 xx年。充分利用每月冷链运转后，对村级计划免疫工作进行考核，全年共对辖区32个村级接种点联合监督检84次。有力的保证了卡、证、册填写的及时性、完整性、准确性。至今，共建卡 475人、建证475人、建册 475人，录入微机 475人。

3麻疹查漏补种及强化免疫工作

镇在年组织防保站人员和镇区5个接种点的人员对镇区和周边3个行政村的所有儿童进行拉网式排查，共排查镇区和周边3个行政村，7个年龄组（时间从出生至xx年出生的所有儿童）共排查儿童743人（不含托幼机构目标儿童）其中以前出生为 664人，以后出生的为79人）册儿童本地漏种儿童 22人，为了控制麻疹疫情在镇的流行。流动儿童215人；摸底新发现本地儿童22人，流动儿童105人；其中需接种1剂次215人，需接种2剂次61人，合计 337针次。

4甲型h1n1流感疫苗及其它疫苗接种

4、传染病防治

及时发现、登记并报告辖区内发现的传染病病例和疑似病例；开展结核病、艾滋病等传染病防治知识宣传和咨询服务；配

合市防疫站结防科对 结核病人进行治疗管理，截止11月份，乙类传染病例报告 例，丙类传染病例报告 例，及时报告传染病人 例，转诊结核病人 例，管理病人 例。为传染病的防控起到了积极的作用。

5、儿童保健

为了很好的为0—36个月婴幼儿建立儿童保健手册，开展新生儿访视及儿童保健系统管理。我院妇幼医生 于10月份到三门峡参加了为期3天的国家公共卫生服务规范培训。通过培训，使每个参加培训的人员明确了目的，掌握了《规范》标准。截止目前，0-36个月儿童建册344册□xx年出生344人，访视344人。

6、孕产妇保健

按照《基本公共卫生服务项目实施方案》规定，每年至少为孕产妇免费开展5次孕期保健服务和2次产后访视。对孕妇进行一般的体格检查及孕期营养、心理健康等健康指导，了解产后恢复情况并对产后常见问题进行指导。截止11月，各项目责任人已对所有孕产妇进行健康管理，孕产妇建档479人，早孕建册411人，早孕建卡率85.5%，产前健康管理率100%，产后访视率100%。

7、老年人健康管理

对辖区65岁及以上老年人进行登记管理，进行健康危险因素调查和一般体格检查，提供疾病预防、自我保健及伤害预防、自救等健康指导是老年人健康管理的主要内容。在居民健康建档的一开始，我们就将老年人作为了重点人群来健康管理。截止目前，65岁以上老年人登记在册3912人，建立档案2531人，对建立档案老年人全部进行健康服务管理，管理服务率达65%。通过健康知识宣传65岁以上老年人都能自愿接受体格检查。

8、慢性病管理

慢性病管理，主要是对高血压、2型糖尿病等慢性病高危人群进行健康指导。对35岁以上人群实行门诊首诊测血压。对确诊高血压和糖尿病的患者进行登记管理，定期进行随访，并对他们进行体格检查及用药、饮食、运动、心理等健康指导。截止11月份，各项目负责人已登记管理高血压患者1566人，登记管理糖尿病患者197人。

9、重性精神疾病患者管理

重性精神疾病患者管理，我们的主要任务是对辖区内重性精神疾病患者进行登记管理；在专业机构指导下对在家居住的重性精神疾病患者进行治疗随访和康复指导。截止目前，共为辖区69人精神病患者建立档案。

四、加强督导、相互交流，共同提高

基本公共卫生服务工作开展以来，院领导对此项工作十分重视，多次对项目工作进行了督导。

启动基本公共卫生服务下乡调查体检活动。院领导亲自带领体检工作队20余人进驻桑园开展调查体检工作。

召开下乡调查体检工作协调会，对体检项目组合进行了重新调整：八项重组为四组，即血型血糖组、一般状况组、脏器功能组、症状生活查体询评组。同时，对人员安排、物品器械管理做了严格要求。

院班子成员就九项基本公共卫生服务项目工作的开展情况进行了全面检查，及时发现了项目工作中存在的问题，并给予及时的纠正，促进了项目工作的健康运行。

院成立了基本公共卫生服务督导组，对我镇公共卫生服务

项目工作进行了全面督查，督导人员对开展公共卫生服务项目以来所做的工作给予了肯定，同时，也发现了存在的一些问题。院 要求要把好事办好、实事办实，把档案要建成活档，更好的服务于广大人民群众。

——目前存在的主要问题

1. 组织功能发挥不到位。三级公共卫生管理和服务网络虽然已经基本建成，但仍然没有充分发挥相应的功能作用，各项工作镇村联系不够，衔接不密切、配合不默契在一定程度上影响了工作质量。
2. 措施不够扎实。各责任人虽然积极地开展了公共卫生工作，但也发现个别同志认识不够，工作流于形式，没有结合自身实际制定出有效的实施方案，对村卫生所的指导力度不够，部分责任人的管理指导人员业务水平不高，很难起到有效的指导和督导作用。
3. 健康档案资料填写不规范。个别健康档案资料填写不够规范，健康档案内容空项，错误较多，存在较多逻辑错误。
4. 工作力度有待加强。从检查中发现个别医生的业务知识不够全面，工作消极被动，责任心不强，缺乏主动上门意识。主要表现在：一是慢性病的筛查开展不到位，已经发现的慢性病人虽已建立了健康档案，但符合要求的合格档案的比率不高，内容不完整，记录不真实等情况依然较为普遍，对慢性病的随访和管理流于形式。二是老年人健康管理虽然和居民健康建档同步进行了，但是，登记不详细，管理不到位；三是健康教育讲座的次数不够，版面没有及时更换，健康教育内容和形式单一，资料整理不全。
5. 公共卫生服务人员服务意识不够，服务技能单一，工作方法不灵活。

6、缺乏相关知识培训，乡村医生、护士原来大都从事医疗临床、护理，对慢性病等一些行为干预、健康行为指导等方面知识欠缺，急需加强培训指导。

村公共卫生工作总结 公共卫生工作总结篇六

根据《峨边县20xx年基本公共卫生服务儿童保健项目工作方案》及县卫生局要求，在县妇幼保健院的带领下能较好的为全镇036个月婴幼儿建立儿童保健手册，开展新生儿访视及儿童保健系统管理。截止20xx年10月，为全镇0-36个月儿童建册290册，规范随访290人。

按照《峨边国家基本公共卫生服务孕产妇保健项目实施方案》规定，每年至少为孕产妇免费开展5次孕期保健服务和2次产后访视。对孕妇进行一般的体格检查及孕期营养、心理健康等健康指导，了解产后恢复情况并对产后常见问题进行指导。在县妇幼保健院的带领、指导下，截止20xx年10月，随访管理孕妇303人，产后访视303人。

20xx年基本公共卫生服务项目妇幼工作虽然取得了一定的成效，

但也存在如下困难：

(一)、人才缺乏，妇幼人员不足，影响了基本公共卫生服务项目的开展进度。

(二)、缺乏有效的激励机制，降低了卫生服务机构工作人员工作热情。

(三)、居民对基本公共卫生服务认识存有距离，上门建档和随访存在一定困难。

(一)、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，以逐步改变居民的陈旧观念，促使其自愿参与到基本公共卫生服务中来。

(二)、加强专业技术队伍建设，提高基本公共卫生服务妇幼工作水平。

(三)、配套合理的激励机制，提高工作人员工作热情。

(四)、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妇幼工作可持续健康发展。

展望未来，基本公共卫生服务项目任重而道远，但我们坚信，在县卫生局和上级各部门的督促和指导下，我们将以积极创新、开拓进取、与时俱进的精神，不断的创新思维、创造性地开展工作，为全镇居民的健康保驾护航，为我乡基本公共卫生服务探索出一条适合自己可持续发展的道路。