

2023年慢病工作计划(通用6篇)

在现代社会中，人们面临着各种各样的任务和目标，如学习、工作、生活等。为了更好地实现这些目标，我们需要制定计划。那关于计划格式是怎样的呢？而个人计划又该怎么写呢？以下是小编为大家收集的计划范文，仅供参考，大家一起来看看吧。

慢病工作计划篇一

为认真贯彻落实慢性病防治工作总体要求，积极参与创建“慢性非传染性疾病综合防控示范区”工作，结合学校教育的特点，落实与加强慢性病防治知识的普及，帮助师生树立正确的健康观，采取健康的生活方式，从群体防治着眼，个体服务入手，认真组织实施慢性病干预项目，特制定20xx年工作计划。

为加强对慢性病综合防治工作的领导，我校专门成立了慢性病防治工作领导小组，负责全校慢性病综合防治工作的组织领导、工作协调；责成专门科室负责项目工作的组织落实。开展综合防治工作具体安排、业务指导、人员培训、质量控制、检查考核等。将慢性病防治、健康教育等工作纳入学校工作计划，明确了各处室在慢性病防治工作中的职责与任务，从而建立起了上下贯通、各司其职、协调联动的慢性病防治网络和工作队伍。

为了实现对慢性病患者的干预与管理，采取多种途径发现慢病患者。通过每年一次的师生体检，及时统计，对确诊高血压、糖尿病患者，进行登记，然后报镇人民医院及时建档管理。之后，配合镇人民医院医生严格按照防治方案相关要求及患者的临床评估级别、类别制定个体化随访管理方案，实行分类、分级、动态管理与干预，填写慢病管理卡（册）。

我校对高血压、糖尿病等慢性病患者干预措施主要有以下方面：一是发放健康教育处方；二是要求患者定期随访指导，了解患者病情变化及用药情况，复查或了解患者血压或血糖控制水平，督促其坚持用药，并根据治疗效果给予相应指导，同时填写慢病管理手册和管理卡；三是实施面对面干预，针对每名患者的病情及其主要病因进行面对面、个体化干预，如指导其戒烟限酒、低脂低盐饮食、适量运动、心理平衡以及盐勺、油壶的具体使用方法等；四是开展防治知识讲座，定期邀请专业人士为师生进行慢性病防治知识讲座，讲解相关防治知识并接受咨询。

为提高广大师生特别是慢病高危人群的自我防病能力，根据校内慢性病高危人群特点，利用各种形式如广播、讲座、健康专栏等，有针对性的开展健康教育，普及慢性病防治知识，倡导合理膳食、适量运动、戒烟限酒、心理平衡等健康生活方式，减少危险因素。全面落实健康教育课，保证每学期8-9学时，结合地方及学校特点，保证有2课时的慢性病防治健康内容。有统一教案、有教师、有考核。

对照《xx省全民健康生活方式行动示范创建工作实施方案（试行）》，积极争创示范单位和示范食堂，试行在食品加工中推行“食品营养成分标签”。按照职责分工加大食品安全监管力度，普及食品安全知识，提高大众自我防范和保健能力。

以“走家庭、走社区”宣传教育活动为载体，以校园网、宣传展板、家长会等为宣传平台，让学生及家长在学习生活中更便捷、更自觉地提高对慢性病的认识，形成学校、家长、社区的三方全力，建立持久、和谐的健康互动关系。

努力改善学生学习，教师教学的硬件条件，保证空气清新，无噪音，光线充足，学具合格，课桌椅可调，教室微小气候定期监测。要求教师经常性督促学生良好学习习惯的养成。如注意书写要求，坐姿正确等。

认真组织好阳光体育一小时活动，保证时间，保证项目，要有检查，要有成效。实施体育、艺术2+1项目。重视学校体育工作，上好体育课、组织好大课间及体育活动，冬季长跑等。

对学生中常见病、多发病，如近视、龋齿、肥胖、营养不良等，加强监测，努力实施矫治计划。

20xx年1月

慢病工作计划篇二

随着经济的发展，生活方式的改变和老龄化的加速，高血压、糖尿病等慢性疾病发病率呈上升趋势，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，而慢性病的预防是慢性病防治最有效的手段，慢性病防治工作的好坏直接关系到慢性病防治的效果，我区20xx年创省级慢病示范区领导小组办公室充分认识到慢性病防治的重要性，将健康教育；高血压、糖尿病、重性精神病的管理基本公共卫生服务工作列为重点，采取指派专人管理，成立“健康教育慢病管理”科室，特制定今年健康教育，慢性病管理计划如下：

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、注重重性精神疾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%。

慢病工作计划篇三

为了进一步做好我院20xx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20xx年慢性病防治工作安排如下：

（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。

（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%。

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贯穿到日常医疗服务工作中。

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。

慢病工作计划篇四

为建立健全符合我镇社会发展水平的慢性病管理系统，对城乡居民的慢性病实施干预措施，减少主要健康危险因素暴露，有效预防和控制高血压、糖尿病等慢性病，贯彻落实好《国家基本公共卫生服务规范》及上级有关部门要求，结合我镇实际情况，特制定本计划：

- 1、摸清辖区内居民总户数和总人口数。
 - 2、为辖区内居民建立健康档案，在20xx年建档率30%的基础上，今年要求完成80%，力争100%。
 - 3、通过建档，掌握0~36个月儿童、孕产妇、高血压、2型糖尿病、重性精神病以及65岁以上老年人基数，并实行分类指导和管理。
 - 4、按照规范化管理要求，妥善记录、整理、保存、上报并及时更新各种数据资料。
- 1、摸清辖区内65岁以上老年人基数，各卫生所要登记、造册、保留基数并上报卫生院汇总。
 - 3、为65岁以上老年人每年进行一次免费血糖化验，并做好记录。
 - 4、通过入户调查，建立健康档案，要求开展村建档率达到95%以上，力争100%，并达到规范化管理。

1、建立35岁以上人群首诊测血压制度，及时筛查和发现高血压病人，要求35岁以上人群首诊测血压比例达到95%以上。

2、建立35岁以上高血压患者登记册，实行分类管理，要求开展村建档率均要达到95%以上，力争100%。

3、对35岁以上高血压患者每年进行一次健康体检和免费血糖化验。

5、认真学习服务规范，掌握慢病患者的健康指导、行为干预等健康知识，合理对患者进行干预指导。

1、摸清和掌握辖区内2型糖尿病患者的基数。

2、建立2型糖尿病患者登记册，实行分类管理，并上报、汇总要求开展村建档率均要达到95%以上，力争100%。

3、对2型糖尿病患者每年进行一次健康体检和免费血糖化验。

慢病工作计划篇五

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。

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。

1、发现并至少登记高血压患者100名；

2、发现并至少登记高危人群20名；

3、高危人群每年至少测1次血压得比例达50%；

4、对高危人群的干预有记录及效果评价；

5、35岁以上居民3年至少测1次血压得比例达60%；

6、居民高血压防治知识知晓率达60%。

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。

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

慢病工作计划篇六

1、落实管理工作制度，将慢病管理工作责任落实到人；

2、加大社区医务人员慢病防治知识培训；

4、加强随访管理，提高管理率，使规范管理率大于等于80%；

6、做好各种活动记录和归档情况，建立规范化的高血压、糖

尿病电子档案管理系统。高危人群干预慢性病筛查。

建立慢病网格化管理系统和工作制度，对社区一般人群、高血压和糖尿病开展预防控制工作，在社区建立高血压、糖尿病防治机制。

(一)、高血压、糖尿病的管理：

2、登记：将检出的患者建管理卡录入信息管理平台，进行系统化管理；

3、随访管理和转诊：对检出的患者详细搜集病史进行必要的体格检查和实验室检查，按要求进行临床评估，实行分级管理和随访登记。对高血压和糖尿病采用药物治疗和非药物治疗方案，当患者出现《高血压、糖尿病防治基层使用规范》中规定情形时及时转诊上级综合性医院，待病情稳定后再转回社区中心继续治疗、随访。帮助患者制定自我管理计划，对高血压、糖尿病患者进行自我管理技术支持。

(二)、健康指导和干预：

2、在社区定期举办高血压、糖尿病生活方式讲座、义诊等活动；

3、在社区开展免费测血压、血糖。

1、各团队高血压、糖尿病管理率和建档合格率；

2、各团队高血压、糖尿病规范管理率；

3、各团队高血压、糖尿病控制率；

4、社区医务人员对慢性病管理规范和相关知识掌握程度；

5、社区人群高血压、糖尿病防治知识知晓率；

6、工作制度(什么制度?)和实施情况;

7、各种活动的记录和归档情况。