

2023年丙肝防治专业知识 县级慢性病防治工作汇报(优质8篇)

无论是身处学校还是步入社会，大家都尝试过写作吧，借助写作也可以提高我们的语言组织能力。范文书写有哪些要求呢？我们怎样才能写好一篇范文呢？下面我给大家整理了一些优秀范文，希望能够帮助到大家，我们一起来看一看吧。

丙肝防治专业知识 县级慢性病防治工作汇报篇一

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，工作计划《慢性病防治工作计划》。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，健康宣传教育及健康促进工作。

丙肝防治专业知识 县级慢性病防治工作汇报篇二

- 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

丙肝防治专业知识 县级慢性病防治工作汇报篇三

四、上好每学年4节“碘缺乏病防治”健康教育课，要求每位师生均要掌握碘缺乏病核心信息要点，做到学校有安排，教师有教案，学生有知识检测试卷。

五、各班开展一次以“预防碘缺乏病”为主题的班队会，让学生懂得碘缺乏病的危害、碘缺乏病的防治措施以及科学适量补碘、食用合格碘盐的意义。

六、每班出一期以“全社会共同参与，持续消除碘缺乏病”为主题的黑板报，使教师、学生应掌握的碘缺乏病健康教育核心信息。

七、开展“小手牵大手”活动，要求学生向自己的父母传授相关碘缺乏病的核心信息，要求家长购买加碘盐。

八、开展一次以“食用碘盐、防治碘缺乏病”为内容的作文竞赛和演讲活动。

九、5.15宣传日的活动，我校做两方面的工作：

二、是开展形式多样的防治知识竞赛，如：防治碘缺乏病主题作文大赛，防治碘缺乏病主题手抄报比赛，防治碘缺乏病主题班级黑板报竞赛等。

丙肝防治专业知识 县级慢性病防治工作汇报篇四

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%。

丙肝防治专业知识 县级慢性病防治工作汇报篇五

一、明确目标，健全网络

在2013年开学初，我校制定了《韩吉学校教师慢性病防治工作计划》，对学校教师的慢性病防治工作做了明确的要求与安排，配备兼职的慢病防治人员，通过半年的工作，建立了教师慢性病防治报告卡，对高血压、糖尿病等的病例进行建档。

二、建立高血压档案

我校利用现有资料，对高血压和糖尿病患者进行管理，对他们进行了培训，从而提高高血压和糖尿病病人的自我管理技能，减少或延缓高血压及糖尿病并发症的发生。

三、我校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，普及教师高血压、糖尿病的防治知识，控制各种危险因素，提高教师的健康意识。

四、积极进行宣传，让广大教师都明白慢性病的危害。

五、大力宣传，普及慢病知识

利用高血压日、心脏病日、糖尿病日、精神卫生日、世界无烟日、爱牙日、爱眼日等重大卫生宣传日，举行多种形式的宣传活动，如印制专题宣传材料，张贴标语等。在活动日结束后及时将活动情况备档。

在今后的工作中，我们也将一如既往的认真贯彻市、区对慢病综合防治的精神，在上级领导的指导下，做好慢病综合防治工作，从而努力推动以健康教育和健康促进为主要手段的慢性疾病的综合防治，提高教师的健康水平和生活质量。

丙肝防治专业知识 县级慢性病防治工作汇报篇六

2012年我中心慢病工作在疾控中心的具体指导下深入社会，大力开展慢病防治工作以及高血压，高血糖为重点，结合控烟，控酒，饮食，心理等干预等措施，积极开展健康教育宣教与促进，降低人群主要危险因素，有效的控制辖区慢病的发病率和死亡率。

1、医务人员坚持以病人为中心，以服务对象满意为宗旨，紧紧抓住辖区居民关心的慢病问题，不断完善服务内容，改进办事程序，服务方式，管理制度，尽最大努力服务对象提供方便让大家满意。做到自觉遵守【医院管理制度】，提高慢病专职人员职业道德修养。

2、医务人员做到自觉把【医务人员工作手册】落实到医疗服务工作中，进一步诺守服务宗旨，增强服务意识，提高服务质量，树立全新基层卫生服务中心文明新形像。

1、强化慢病防治网络工作。

为了加大信息工作力度，提高信息数量和质量，提升中心整体形象，推进慢病防治的规范。成立慢病工作小组设专兼职人员。从中心分管领导到中心各个科室，再到各个村卫生室，专兼职人员深入各村各户积极落实慢病防治工作计划，开展各项慢病防治工作。形成了一个上下贯彻，快速互动的信息采集网络，尽力促进全年信息工作目标任务的完成。

2、慢病非传染性疾病的患病率不段上升，医疗费用的逐年增长已成为我国一个突出的社会问题，老年人群的经济能力有限并且相对固定，和其相对巨大的医疗需求之间构成了矛盾，这就需要优质经济服务，而预防保健和健康教育是最佳投入效益的干预，并加强慢病管理可以缓解“看病难、看病贵”的问题。

行日常自查工作，及时究察批漏不断提高工作质量，同时针对上一年考核中存在的问题，我们认真分析，积极改正。

4、定期宣传，培训慢病知识。

针对不同阶段居民健康状况，热点咨询问题，我们定期举办了高血压，糖尿

难，看病烦的问题，真正架起了医患之间的连心桥，为居民称其了保护伞。

四、工作体会，存在的问题，打算。

人员健康素养，从而推广到整个经济开发区。

但也存在不足之处，内部制度化，规范化管理有待加强，各村卫生室医务人

力开创慢性病预防控制工作的新局面。

2012年12月10日

丙肝防治专业知识 县级慢性病防治工作汇报篇七

对高血压、糖尿病等慢性病人群进行指导，对35岁以上人群实行门诊首诊测血压制。对高血压、糖尿病患者实行接诊制度，对辖区内患者进行登记管理。高血压患者每3月随访一次，糖尿病患者每季度随访一次，随访工作必须落到实处。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，慢性病患者管理率达30%以上，控制率达60%以上。

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，制定慢病管理工作制度，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、重型精神病档案管理系统。

1、建立社区居民健康档案，社区服务人口基线调查率达到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。

建立慢病工作制度；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。

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《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村卫生室继续治疗、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，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，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。

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。

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、医疗站点等发放给社区人群。

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。我院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。

丙肝防治专业知识 县级慢性病防治工作汇报篇八

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。

- 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，健康宣传教育及健康促进工作。