

最新公厕管理人员工作总结 公共卫生工作总结模板

写总结最重要的一点就是要把每一个要点写清楚，写明白，实事求是。总结怎么写才能发挥它最大的作用呢？那么下面我就给大家讲一讲总结怎么写才比较好，我们一起来看一看吧。

最新公厕管理人员工作总结 公共卫生工作总结模板 篇一

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查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，各项目责任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，并及时给予纠正，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。

最新公厕管理人员工作总结 公共卫生工作总结模板 篇二

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，在区卫生局统一部署下，我院于今年3月份开展了20xx年建立居民健康档案工作。

一是争取领导重视，搞好综合协调。为迅速落实建档工作，我院多次向办事处、居委会等基层管理组织单位进行协调与沟通，得到党委政府的大力支持，分管领导亲自组织召开协调会，亲自安排部署，使居委会对居民健康档案工作十分重视，每个辖区都安排专人负责协助建档工作。

二是加强组织领导，落实工作责任。为确保居民健康档案工作的顺利进行，本站专门成立了由站长任组长的居民健康档案工作领导小组，加强整个街道居民健康档案工作组织领导，制定了操作性强、切实可行的实施方案。成立专门建档工作小组和居民健康体检小组相互积极配合采取进入户调查统一体检服务的方式为居民建立健康档案建档工作。

二、是加大宣传力度，提高居民主动建档意识。为提高我辖区居民主动参与建档意识，本站大力宣传发放各类宣传材料让每一名社区居民了解居民健康档案，积极主动配合我院建档工作小组顺利完成居民建档工作。

三、加强人员培训，强化服务意识。为确保居民健康档案保质保量完成，本站对每一名参与居民健康档案建立的工作人员进行了多次业务培训，让每一名工作人员熟悉居民健康档案建立的重要性和必要性，熟练掌握自己的本职工作和建档程序。

根据《包头市20xx年基本公共卫生服务老年人健康管理项目

工作方案》及区卫生局要求，我院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街道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居民进行定期随访，并告知该居民一年后进行下一次免费健康检查。

截止20xx年11月，我院共登记管理65岁及以上老年220人。并按要求录入市居民电子健康档案系统。

为有效预防和控制高血压、糖尿病等慢性病，根据《包头市20xx年基本公共卫生服务慢性病管理项目工作方案》及区卫生局要求，我院对我社区居民的高血压、2型糖尿病等慢性病建立健康档案，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，掌握我街道高血压、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。

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11月，我站共登记管理并提供随访高血压患者为204人。并按要求录入居民电子健康档案系统。

2、2型糖尿病患者管理

一是通过健康体检和高危人群筛查检测血糖；建立居民健康档案过程中询问等方式发现患者。

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11月，我站共登记管理并提供随访的糖尿病患者为125人。并按要求录入居民电子健康档案系统。

今年共举办各类知识讲座和健康咨询活动15次，发放各类宣传材料12200余份，更换宣传栏内容48次。

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；采取多种形式对我街道社区居民进行传染病防制知识的宣传教育，提高了社区居民传染病防制知识的知晓率。

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。

（一）、基本公共卫生服务项目资金投入不足，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，上门建档和随访主动配合存在一定困难。

三、下步工作打算

（一）、争取地方政府支持，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。

（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。

在卫生局和上级各部门的督促和指导下，我站全部员工将在以后的工作中更加努力积极、开拓进取与时俱进的精神，不断的创新思维 精心组织力争将各项工作做得更好。

最新公厕管理人员工作总结 公共卫生工作总结模板 篇三

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。

最新公厕管理人员工作总结 公共卫生工作总结模板 篇四

根据《基本公共卫生服务建立居民健康档案项目工作方案》要求，在区卫生局统一部署下，我院于今年3月份开展了建立居民健康档案工作。

一是争取领导重视，搞好综合协调。为迅速落实建档工作，我院多次向办事处居会等基层管理组织单位进行协调与沟通，得到党委政府的大力支持，分管领导亲自组织召开协调会，亲自安排部署，使居委会对居民健康档案工作十分重视，每个辖区都安排专人负责协助建档工作。

档工作小组和居民健康体检小组相互积极配合采取进入户调查统一体检服务的方式为居民建立健康档案建档工作。

三、是加大宣传力度，提高居民主动建档意识。为提高我辖区居民主动参与建档意识，我站大力宣传发放各类宣传材料让每一名社区居民了解居民健康档案，积极主动配合我院建

档工作小组顺利完成居民建档工作。

四、加强人员培训，强化服务意识。为确保居民健康档案保质保量完成，我站对每一名参与居民健康档案建立的工作人员进行了多次业务培训，让每一名工作人员熟悉居民健康档案建立的重要性和必要性，熟练掌握自己的本职工作和建档程序。

截止11月底，我站共为七社区居民建立家庭健康档案纸质档案3974份，并把纸质居民健康档案完善合格录入居民电子健康档案系统。

根据《包头市基本公共卫生服务老年人健康管理项目工作方案》及区卫生局要求，我院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街道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居民进行定期随访，并告知该居民一年后进行下一次免费健康检查。

截止11月，我院共登记管理65岁及以上老年220人。并按要求录入市居民电子健康档案系统。

为有效预防和控制高血压、糖尿病等慢性病，根据《包头市基本公共卫生服务慢性病管理项目工作方案》及区卫生局要求，我院对我社区居民的高血压、2型糖尿病等慢性病建立健康档案，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，掌握我街道高血压、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11月，我站共登记管理并提供

最新公厕管理人员工作总结 公共卫生工作总结模板 篇五

我站在卫生局及镇医院的直接正确领导下，严格执行（国家基本公共卫生服务规范[xx年版]）认真学习，落实实施本年度基本公共卫生服务项目工作方案。切实严抓我居委会基本公共卫生服务项目工作，充分调动发挥以村委会，群众，村医为一体的互动组合团体，收集整理各项所需信息资料，确保‘公卫’项目的启动与正常运行，并取得了一点成绩，特作出总结报告如下。

在实施国家基公共卫生服务。9个项目中，我站医生是加班加点，废寝忘食，走乡串户，打硬仗，持久仗，终于基本完成了上级交给的项目任务。

（一）居民健康档案工作

根据□xx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，在上级领导统一部署下，我村即元月份继续开展了xx

年度居民建档工作。

一，是争取领导重视，搞好综合协调与沟通，得到了村委，村民的大力协助与支持。

二，是加大宣传力度，提高居民主动建档意识，我站大力宣传发放各类宣传资料，让每一名居民了解健康档案，并积极主动配合我村建档工作顺利完成。

截止20xx年10月底，我站共建居民家庭健康档案（522）份，计；2593人，电子录入2360人。

（二）老年人健康管理工作

根据《20xx年基公共卫生服务老人健康档案管理项目工作方案》及上级部门要求，我村开展了老年人健康管理服务项目。

1、结合建立居民健康档案，对我村65岁以上老年人进行登记管理，并对其老人免费进行一次健康危险因素和一般体格检查及空腹血糖测试，被检人数（81）人份。并提供自我保健及伤害预防，自救等健康指导。

2、开展老人健康干预，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进行管理，对存在危险因素，且未纳入其它疾病管理的老年居民进行定期随访。并告之一年后进行下次免费体检。

截止10月底，我村共登记管理65岁以上老年人215人，免费体检85人。并按要求录入电子健康档案系统。

（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，，建立健康档案，开展高血压，糖尿病等慢病的随访管理，康复指导工作，

掌握我村高血压。糖尿病等慢性病发病，死亡和现患病情况。

1，高血压患者管理；一是通过开展35岁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，和建档过程中询问等方式发现高血压患者。二是对确诊高血压患者进行登记管理，并提供面对面随访，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健康体检（含一般体格检查和随机血糖测试）。

截止20xx年10月底，我站共登记管理并提供随访高血压患者为112人。并按要求录入电子档案系统。

2，2型糖尿病管理；。一是通过健康体检和高危人群筛查检测血糖，建档过程询问发现患者，二是对确诊患者进行登记，管理随访，空腹血糖测量，对用药。饮食，运动，心理等提供健康指导。

截止20xx年10月底，我站共登记管理并提供随访的糖尿病患者为13人，并按要求录入电子档案。

（四）0—36个月儿童健康管理

1，实行登记造册。建档等措施，对其适龄儿童在档在册总数为（134）人。并多次发放各种有关儿童心身健康资料500余份。

（五）儿童预防接种管理

根据实际情况，我村适龄儿童集中在卫生院接种，村级负责宣传通知，为此我站发放各种通知近300余人。

（六）孕产妇健康管理

（七）传染病报告与处理工作

1, 依照《传染病法》《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, 提高了辖区居民防治知识的知晓率, 三是依据《传染病防治法》要求严格执行传染病报告制。

（八）重性精神疾病患者管理

1依据相关政策对辖区所有重性精神病人, 进行登记, 建档, 随访管理, 并协同政府, 家庭监护人一起管理, 以防病人无端滋事, 造成伤害个人, 他人, 社会等不良因素的现象发生。本村在档管理为4人。

（九）健康教育工作

1, 严格按照健康教育服务规范要求, 认真贯彻落实上级部门的各项健教项目工作, 采取了发放各种宣教资料, 开展健康宣教, 设置宣传专栏等各种方式, 针对重点人群, 重点疾病和我村主要卫生问题和危险因素开展教育和健康促进活动。全年共举办各类知识讲座和健康咨询活动10余次(包括医院主办)。发放各种宣教资料600余份。更换宣传内容5次。

1, 基本公共卫生服务项目资金投入不足, 制约了基本公共卫生服务的发展。

2, 本人资历不高, 现代电子使用管理技术不强, 影响了基本公共卫生服务项目的开展进度。

3, 居民基本公共卫生服务认识存有距离, 至上门建档和随访主动配合存在一定困难。

（一）争取地方政府支持, 与村委会紧密联系, 和谐关系, 强化职能, 加大基本公共卫生服务投入。

（二）加大宣传力度，以逐步改变居民的陈旧观念，促进其自愿参与到社区卫生服中来。

（三）进一步落实各项规范，强化各项规章制度，推进基本公共卫生服务项目二可持续健康发展。