

最新慢性咳嗽的诊断与治疗 慢性非传染性疾病工作总结共(实用5篇)

范文为教学中作为模范的文章，也常常用来指写作的模板。常常用于文秘写作的参考，也可以作为演讲材料编写前的参考。写范文的时候需要注意什么呢？有哪些格式需要注意呢？以下是我为大家搜集的优质范文，仅供参考，一起来看看吧

慢性咳嗽的诊断与治疗篇一

我校在八角镇疾控中心大力支持下加强慢性病预防控制工作力度，充分履行慢性病预防控制职能，保障了学校教师身体健康和生命安全。现将本年度工作总结如下：

一、认真落实慢性病防制指导思想

我校慢性病工作在疾控中心的具体指导下深入校园，大力开展慢性病防制工作，以高血压、糖尿病为重点，结合控烟、控酒、饮食干预等措施，积极开展健康宣教与促进，降低人群主要危险因素，有效地控制我校教师慢性病的发病率和死亡率。

二、结合教育，提高慢性病专兼职人员职业道德修养

坚持以病人为中心，以服务对象满意为宗旨，紧紧抓住大家关心的慢性病问题。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。做到自觉落实医疗服务工作中，进一步恪守服务宗旨，增强服务意识，提高服务质量，树立新形象。

三、慢性病防制的内容及措施

1、强化慢性病防制网络工作

为了加大信息工作力度，提高信息数量和质量，提升学校整体形象，推进慢性病防制的规范。成立慢性病工作小组设专兼职人员。从分管领导到各个办公室，宣传员深入教师中间。积极落实慢性病防制工作的计划，开展各项慢性病防制工作。形成了一个上下贯通、快速互动、灵敏高效的信息采集网络。通过激励先进，鞭策落后，促进工作目标任务的完成。

慢性非传染性疾病的患病率不断上升、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，这就需要优质经济的服务，而社区的预防保健和健康教育是最佳投入效益的干预，加强社区慢性病管理可以缓解“看病难、看病贵”的问题。

而社区慢性病管理是社区医疗优势的一个突出体现。由于社区医疗距居民近，就医方便、快捷，医患之间易沟通，易开展健康教育，易宣传医疗保健知识，对一些疾病好回访，易跟踪，社区慢性病管理对社区居民生命质量的提高至关重要。

3、定期开展自查工作，及时纠察纰漏

我校定期开展自查工作，严格按照疾控中心的要求，对慢性病各项工作举行日常自查工作，及时纠察纰漏，不断提高工作质量，同时针对工作中中存在的问题，我们认真分析，积极改正。

四、求真务实，科学防治，全面落实慢性病预防控制工作

1、开展学校主要慢性病的健康教育，举办讲座、咨询等活动，发放教育宣传资料，制作慢性病防制健康教育橱窗5块。

2、进一步加大慢性病健康教育力度。以二病防治知识为重点，利用“3.24世界防治结核病日”、“4.26全国疟疾日”、“10.8全国高血压日”、“11.4世界糖尿病

日”、“12.1艾滋病日”等宣传日，组织开展多种形式的宣传教育讲座活动，普及防病知识。

五、工作体会、存在问题、打算

（一）认真履行了职责，有力推进了慢病示范市创建工作。作为慢病示范市创建工作中的一员，学校积极履行了职责。根据学校的实际情况，从提升课程质量、加大家校宣传、抓好传染病防治等方面有效落实了慢性非传染疾病的防控工作，为推进慢病示范市创建做出了积极的努力。

（二）提高了学生知识知晓率，增加健康意识。

学校通过健康教育课程的落实、宣传专栏的设置、健康教育活动的开展三个层面提高学生对慢性非传染疾病防控的认识，特别对于八角民族中学学生密切相关的防近、防肥胖、防龋齿、防贫血等内容分年段、分层次地进行教育教学，有效提高了学生的知识知晓率，增强了学生的健康意识。

（三）促使学生养成了健康的生活方式。

健康的生活方式影响了人的一生。学校从知识知晓出发，通过多元的活动实践促使学生健康生活方式的养成。例如，学校通过校园环境卫生的创设，通过“洁净美”教室、“文明班队”等各项评比，有效促进了学生个人卫生习惯的养成。通过加强在校文明午餐、健康午餐的教育，促使学生养成注重膳食营养、不挑食的生活习惯。

（四）及早发现高危人群或慢病患者，并及时通知家长给予控制和治理，取得好的疗效。

学校配合市保健所开展好学生一年一次的体质监测，对于有龋齿、肥胖、近视等问题的学生以告家长书的方式进行了及时的反馈。除此以外，学校通过家长会对家长广泛宣传慢病

防控的重要性，告知家长针对孩子个体情况要积极开展后续的治疗，取得了好的疗效。

我校慢性病防制工作取得显著成绩，需要每位参与人员共同努力协调。不仅是我校组织形式的完善，更需要村居委会居民共同配合完成。在改善学校教师健康知识，健康行为的同时提高教学人员健康素养，从而推广到整个乡镇。

但也存在不足之处，内部制度化、规范化管理还有待加强，队伍建设有待整体提高。在今后的工作中，我们将进一步探索疾控机构科学规范管理的新机制，进一步拓展慢性病预防控制服务的新功能，加强学校教师相关疾病知识素质培养，努力开创慢性病预防控制工作的新局面。

六、下一步工作打算

（一）进一步深化慢病防控的体系建设

慢病防控是一个系统的工程，在校园内，涉及到班主任、学科教师、学生个体、学校工作人员（食堂工作人员、校医）等。在校园外，涉及到学生家庭，社市。学校作为一个链接点，要有效发挥其作用，进一步深化慢病防控的体系建设。学校将在校内进一步加强制度化的建设，使学校慢病防控制度更为科学完善，使每个部门涉及的人员工作职责更为明晰。在校外，学校要加强与学生家长、社市的联系。一是宣传慢病防控的重要性，二是营造和谐的校外环境。如与社市携手对校园外八角民族中学摊的进一步规范，使学校外部环境更利于慢病防控工作的开展。

（二）进一步加强慢病防控队伍的建设

课程质量的提升直接影响到慢病防控的质量。学校将从师资培训入手，打造一只过硬的慢病防控队伍，使其更专业化，更科学化。如开设健康教育课程的专项竞赛活动，促进教师

专业成长。积极联系上级有关部门，加强校医的专业培训，提高其慢病防控的专业能力。

（三）进一步提高慢病防控宣教活动的实效性

学校要针对每年慢病防控重点，设计开展一系列更有针对性，参与面广，符合学生年段特点的宣教活动。活动开展要进一步拓宽思路，不局限于校内资源，力争将社市资源、家长资源广泛融于其中，提高活动的实效性。

总之，在今后的工作中，我校将一如既往地做好慢性非传染疾病防治工作，体现学校在防控工作中的职能，力争使工作上新的台阶。

慢性咳嗽的诊断与治疗篇二

xx镇卫生院

本年度，在上级主管部门及院长的正确领导下，我自接管卫生院慢性非传染性疾病管理工作以来，认真对待，积极学习，顺利完成了卫生院本年度慢性非传染性疾病的统计、管理、上报工作，现将本年度慢性非传染性疾病管理、传染性疾病管理及结核病管理的工作汇报如下：

一、慢性非传染性疾病的管理工作：

本年度，我院按照县疾病预防控制中心的要求，开展了五项慢性非传染性疾病的检测及管理，分别是：高血压、2型糖尿病、恶性肿瘤、脑卒中、冠心病。本年度，卫生院管理的高血压病人有698人，2型糖尿病病人有139人。各村医上报慢性非传染性疾病中以高血压最多，截止2012年10月10日，本年度累计上报新发高血压43例，上报新发2型糖尿病5例，新发乳腺纤维瘤1例。所有新发病例均按照要求上报县疾控部门，无漏报及错报，卫生院有上报登记及随访管理记录。截

止2012年10月10日，上报死亡50例，全部按照要求上报，无漏报及错报，卫生院有登记及上报记录。

二、传染病监测：

本年度，卫生院新发传染病零报，有艾滋病、性病监测登记本，年度无新发病例。

三、结核病管理：

本年度，截止2012年10月10日，新发结核病6例，均按要求上报县疾控部门，卫生院有管理记录及随访记录。达到卫生院年度考核目标。

四、培训及总结：

我自接管上述工作以来，就慢性非传染性疾病的对辖区所有村卫生室村医进行了1次集中培训，有签到册及培训记录，第四季度培训已做好准备工作。针对高血压病人多及新发病例高的特点，粗略综合分析影响辖区内高血压发生的主要危险因素有2个：1居民摄盐过重。按照卫生部门建议的摄盐量每日n

五、存在的问题：

病的病人进行正规的随访及管理，因此存在各村医随访不及时不规范的问题。4冠心病、脑卒中、恶性肿瘤的新发报告率低，主要原因是村医对这3种疾病的认识不够，对慢性非传染性疾病的规范管理理解不够。

六、下一步的打算：

时光如梭，2012年度即将过去，但我们的工作还要继续，在接下来的2013年，我首先要提高思想认识，增强责任感，在

今年取得的成绩上改进不足，巩固基础，针对上述工作中存在的问题进行研究分析，制定详尽的解决方案，如加强与县疾控部门的联系，及时获得各类新的信息，积极参加上级安排的业务培训，提高自身业务素质，经常开展村医培训，提出他们工作中存在的问题，逐一讲解，提出整改意见，严格要求村医规范管理慢病，使卫生院慢性病的管理工作更上一层楼。

慢性咳嗽的诊断与治疗篇三

根据《2011年疾病预防控制重点工作质量考核细则》等文件精神的要求，我区开展了慢病防治工作，为确保做好我区慢病防治工作任务的顺利完成，特制订如下工作培训计划。

一、培训目的在全区建立一支专业精通的人才队伍，对所有基层医疗卫生单位负责慢性病管理的人员进行强化培训，全面提高我区慢性病管理队伍的专业知识水平，进一步优化知识结构，提高专业人员整体素质。

二、培训对象

全区从事慢性病防控工作的相关工作人员

三、培训内容

死因登记报告规范；肿瘤登记报告规范；35岁以上门诊病人首诊测血压工作；高血压、糖尿病、脑卒中、冠心病、恶性肿瘤等慢性病的发现登记报告管理工作规范；60岁以上老年人动态管理以及高血压、糖尿病、恶性肿瘤、精神病等慢病病人建档和随访技术指导；慢性病危险因素监测相关技术指导。

四、培训时间

每季度至少开展一次相关内容的培训。

五、培训要求

各单位相关工作人员要按时参加培训会议，会后要认真落实各自承担的工作任务，并做好本单位的二次培训工作。

慢性咳嗽的诊断与治疗篇四

一年来，我科在慢病院的正确领导下，按照年初工作计划和要求，认真做好慢性非传染性疾病的防治工作，现将全年工作总结如下：

一、加强领导，提高认识

随着人民群众生活水平的不断提高，如高血压、糖尿病等慢病严重威胁着中老年人的健康，导致一些群众因病致贫、因病返贫的现象时有发生，严重影响人民的身体健康，社会经济的发展和人民生活水平的提高。为此，我院高度重视，充分认识到该项工作的重要性、必要性，成立了慢性非传染性疾病防治科，设专职慢病防治人员，并分工明确，职其所能，并制订详细工作方案与具体落实措施，积极开展慢病防治工作。

二、加强培训，提高技术水平与工作能力

慢病防治是一项专业技术性较强的社会系统工程，通过举办一期全县专（兼职）基本公共卫生管理人员学习培训班，使参训人员在慢病防治理论上有新的提高，基本技能有新的进步，能指导慢病防治工作的顺利开展。

三、大力宣传，普及慢性病防治知识

地营造宣传活动氛围，让“全民健康生活方式行动”和“吃

动两平衡，健康一辈子”的理念深入人心，路人皆知。同时还利用电视、广播等新闻媒体，传播健康生活方式理念，预防高血压、糖尿病知识，不断提高居民预防和控制高血压和糖尿病的意识 and 能力。通过大规模的宣传活动，达到了促使人们了解慢病防治知识，增加自我保健能力，促使人们自觉采纳适于慢病控制的行为与生活方式，增强个人与全社会参与慢病控制，提高全民整体健康水平的目的。

四、积极开展慢性非传染性疾病人群普查工作

通过普查及测算，全县35岁以上高血压患者在约有1.5万人，糖尿病患者大约有2000人；老年人保健6万人，并建立健康档案和开展项目服务。

五、今后工作要点：

- 1、定期开展检查督导；
- 2、按照要求对服务对象进行随访管理；
- 3、完善服务对象健康管理；
- 4、定期依时汇总上报资料、表册；
- 5、加强经费管理，落实专款专用，保障经费到位。

二〇一〇年十二月三日

慢性咳嗽的诊断与治疗篇五

一、设专(兼)职人员管理慢性病工作，建立辖区慢性病防治网络，制定工作计划。

二、对辖区高危人群和重点慢性病定期筛查，把握慢性病的

患病情况，建立信息档案库

三、对人群重点慢性病分类监测、登记、建档、定期抽样调查，了解慢性病发生发展趋势。

六、建立相对稳定的医患关系和责任，以保证对慢性病患者的连续性服务。功市日)夏

一、坚持定期走访村(居)委会老年人，至少每3个入户走访一次辖区登记在卡的老年人、及时掌握老年人变化情况，见面率达9f1%以上。

二、对新出院老年患者的第一次随访，根据疾病的分期，对患者及家属进行康复治疗指导，完整填写相关随访记录。

三、对疾病期、波动期、人在户不在、户在人不在的老年病人进行随访，了解病人的病情一变化、治疗情一况、去向，填写随访记录。

四、指导老年一患者按时服药，观察患者可能出现的药物副反应，动员老年人参加村(社区)组织的健康活动。

五、随访期间发现生活困难，符合免费服药治疗标准的老年患者，与有关部门协商，使患者享受免费药物治疗。

老年保健工作制度

一、设专〔兼)职人员负责老年保健工作，建立网络制定工作计划

四、对患有慢性病的老人进行管理进行饮食、运动、合理用药、合理就医指导

五、对于高危行为老人，进行健康指导、进行行为危险因素

干预。

六、开展多种形式的健康教育，对老年人进行疾病的预防、自我保健、常见伤害预防、自救和他救等指导。

慢性病监测制度

一、公共卫生管理科全面负责慢性病监测管理工作，科主任为本辖区相关业务的管理者和监督者，各经管医生是慢性病的报告责任人。

二、报告范围：高血压、糖尿病。

三、接诊医生发现确诊的上述二种需要报告的病例，定期内向公共卫生管理科报告，公共卫生科收到报告一卡、审核合格登记后，及时向市疾控中心报出卡片。

四、各种表卡填写要完整，字迹要清楚，不漏项。

五、凡未按要求上报者，按年度考核细则的规定与考核挂钩，若隐瞒不报的，一经查实加倍处罚。

重性精神疾病管理制度

一、成立本辖区重性精神疾病卫生工作领导小组，建立街道、村(居)委会、监护人三级精神卫生管理网络，制定工作计划，定期召开例会。

二、开展重性精神疾病流行病学调查，准确掌握精神病人基本情况，实行动态管理，及时准确将相关报表上报至市重性精神疾病领导小组办公室。

三、开展重点人群的心理卫生咨询、心理行为干预、精神疾病预防等服务，早期发现精神疾患病人。

四、开展对慢性或服用维持剂量药物的精神病人诊治，对新发现或疑似病人应及时转诊至上级专业机构确诊。

五、建立随访制度。定期走访居委会，按疾病分期随访精神病人，及时掌握病情变化、治疗情况、去向，填写随访记录，进行康复治疗指导。

六、指导监护人督促病人按时服药，观察可能出现的药物副反应和精神症状，动员人为社区组织的康复活动。

七、病人就诊或医务人员到病人家中诊疗时，应有家属或监护人陪同。

八、做好重症精神病人的管理，防止肇事肇祸事件的发生。

二、建立专人、专室、专柜保存居民健康档案，居民健康档案管理人员应严格遵守保密纪律，确保居民健康档案安全。居民健康档案要按编号顺序摆放，指定专人保管，转诊、借用必须登记，用后及时收回放于原处，逐步实现档案微机化管理。

三、为保证居民的隐私权，未经准许不得随意查阅和外借。在病人转诊时，只写转诊单，提供有关数据资料，只有在十分必要时，才把原始的健康档案转交给会诊医生。

四、健康档案要求定期整理，动态管理，不得有死档、空档出现，要科学地运用健康档案，每月进行一次更新、增补内容及档案分析，对碧区卫生状况进行全面评估，并总结报告保存。

五、居民健康档案存放处要做到“十防”（即防盗、防水、防火、防潮、防尘、防鼠、防虫、防高温、防强光、防泄密）工作。

六、达到保管期限的居民健康档案，销毁时应严格执行相关程序和加去，禁止擅自销毁。

居民健康档案建档制度

一、居民建档率要符合市卫生局的要求。设立健康档案资料室，以户为单位，一人一档的准则为家庭和居民建立健康档案。

二、健康档案要集中档案室保管，按行政村名和编号顺序存放，档案专柜存放，保持整齐、美观和规范有序，逐渐实行计算机化管理。

四、定期开展随访工作，按疾病分期随访病人，结合参加合作医疗农村居民和育龄已婚妇女每年一次的健康体检，以及儿童防疫接种和体检、孕产妇系统管理和常见妇女病检查、临床诊断治疗、职业体检和健康随访服务等资料内容，及时记录在健康档案中，对体检和随访发现的健康问题，进、有针对性的以健康教育为重点的健康干预。

五、资料管理人员及责任医师，应及时登记已经获取的各种信息，并进行分析统计，及时反馈。

居民健康档案信息管理制度

一、加强信息化建设及时准确收集、整理、统计、分析管理相关信息。

二、公共卫生科信息员每个月定期向上级主管部门报

三、建立健全居民健康档案信息登记、统计制度，做好统计汇编，遵守各种信息资料的保密制度。计算机化健康档案，要在技术上加强用户权限和密码管理设计，使所有操作和使用者在获得认可后，才能登陆。

四、根据统计指标，定期分析工作效率、工作质量，及时总结经验、发现问题、改进工作

一、负责健康档案文本保管，资料微机输入，保持微机内的记录与文本记录一致，并做到同步更新及动态变更管理有序。

二、居民健康档案由社区卫生服务中心保管，应保证居民信息资料的完整性与可利用性。

四、责任医生是辖区内居民健康档案建档的第一责任人。对填写健康档案的责任医生应进行培训。按统一的规范来描述记录，内容要真实可靠；符合逻辑、不得随意涂改。如有改动，责任医生必须签字，以示负责。做到字迹清晰，格式规范统一。

五、对各科室查阅、使用电子版健康档案设置不同层级的使用权限、保证信息安全。调阅档案必须有登记。

六、纯熟运用各种卫生服务管理软件，保证信息渠道通畅，每月有资料汇总、统计、分析，主要数据上墙。做好信息的开发利用工作。

高危孕产妇急救管理制度

1、孕妇早孕建卡时，应对孕妇进行高危评分及初筛

6、高危孕产妇需转诊，转院者应填写转诊单

7、应设有抢救室、手术室、产房、备有实用抢救设备及药品。