

村卫生室公共卫生服务工作总结(优质9篇)

总结的选材不能求全贪多、主次不分，要根据实际情况和总结的目的，把那些既能显示本单位、本地区特点，又有一定普遍性的材料作为重点选用，写得详细、具体。写总结的时候需要注意什么呢？有哪些格式需要注意呢？下面是小编整理的个人今后的总结范文，欢迎阅读分享，希望对大家有所帮助。

村卫生室公共卫生服务工作总结篇一

一、基本公共卫生服务项目开展落实情况

(一)、居民健康档案工作

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。

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。

(二)、老年人健康管理工作

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。

(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，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。

(四)、健康教育工作

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。

(五)、传染病报告与处理工作

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治知识的宣传教育，提高了社区居民传染病防治知识的知晓率。

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。

二、基本公共卫生服务项目工作中存在的困难

20xx年基本公共卫生服务项目工作虽然取得了一定的成效，但也存在如下困难：

(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。

(四)、配套合理的激励机制，提高工作人员工作热情。

(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。

村卫生室公共卫生服务工作总结篇二

20xx年，我镇的公共卫生工作在镇党委、政府的正确领导下，以创建市级卫生强镇为主线，大力开展爱国卫生运动，深化环境卫生整治，扩大合作医疗覆盖面，推进农民健康体检，确保公共卫生安全和人民群众身体健康，取得了较好的工作成效。现将今年有关公共卫生方面的主要工作总结如下：

一、加强组织领导，保障公共卫生工作。

20xx年，我镇制定并下发了《天凝镇20xx年公共卫生工作计划》，农村公共卫生工作纳入镇党委、政府的重要议事日程。一是人员配强。年初，我镇通过中层干部竞争上岗，挑选年轻干部，充实`镇公卫办。目前我镇专职公卫办人员2名。二是经费保障。我镇克服镇财政困难，想方设法有爱一名设立根据善公卫委[20xx]1号文件精神，镇政府下发了天

政[20xx]37号文件，制订了明确了我镇农村公共卫生工作目标任务和总体要求，行政区划调整后，及时下发了天政[20xx]97号文件，进一步调整充实了“天凝镇公共卫生工作委员会”、“天凝镇爱国卫生运动委员会”、“天凝镇公共卫生管理服务站”和公共卫生管理员、村级公共卫生联络员等组织机构和专业队伍。三、责任落实。并下发了天委[20xx]24号文件，明确村干部岗位责任制，签订了《20xx年天凝镇食品安全工作目标责任书》，不定期召开专题会议，研究部署全镇公共卫生工作，形成了工作有计划、活动有部署、责任有落实、年度有考核的良好工作格局，确保各项工作顺利开展。公共卫生资金如期下拨卫生院。

一、坚持标准，广泛开展系列卫生创建工作

1、开展市级卫生强镇创建工作

今年我镇将创建市级卫生强镇作为今年公共卫生工作的重点。已3次召开工作动员会、推进会，多次下村指导工作，目前创强工作的准备工作已基本就绪，7月份迎接市里检查验收。

2、开展卫生先进村、先进单位创建

我镇基层创建稳步推进，今年凝南村、蒋村创建市级卫生村，天凝卫生院、杨庙小学创建市级卫生先进单位。洪溪村、戴西港村分别为省级卫生村、县级卫生村复查。

3、开展浙江省健康教育示范镇创建。

4、开展浙江省规范化社区卫生服务中心创建。

二、以人为本，推进农民健康工程

1、推进城乡居民合作医疗

20xx年我镇如期完成合作医疗缴费工作，全镇参加合作医疗共51488人，参保率为97.22%，合作基金运行情况是按人均筹资300(县104元，镇86元，群众110元)元标准，全年基金预算收入1544万元，其中镇级配套资金443万元，已全部到位。1至6月25日，总计补偿支出687.17万元，占全年度总筹资额的45.2%。目前共有一个外伤人员封顶三万元。

2、开展农民健康体检

上年度，三所卫生院认真做好参合居民的健康体检工作，通过前一阶段的努力，全镇已参加健康体检的有22089人，占全镇参合居民总数的43%，全面完成上级下达的指标任务(40%)。

3、开展大肠癌早诊早治工作。

嘉善县被确定为“全国大肠癌早诊早治示范基地”，今年我镇天凝片承担筛查任务，对象是40-74岁之间的人员，我镇承担共计10932人，目前完成初筛8522人，筛查率77.98%。

4、开展健康教育进农村活动。

为增强群众的健康意识，普及健康知识，我镇积极开展健康教育进农村活动。今年，我镇共开展健康教育17课。

三、突出重点，开展环境卫生整治与管理

1、集镇环境卫生管理。行政区划调整后，我们不仅抓好天凝集镇的环境卫生管理，同时还抓好洪溪、杨庙集镇的卫生工作。一是实行环境卫生例会制。由镇爱卫办协调，定期召开三个片的环境卫生交流工作会议，针对存在的问题，共商对策，解决问题。二是实行卫生承包制。三个片分别将路段承包到人，每月考核，年终与奖金挂钩。三是实行工业区卫生收费管理制。既实行收费，又实行管理。四是分别为保洁人员购买了人生意外保险，保障安全。五是启动使用天凝镇压

缩式垃圾中转站。

2、开展农村环境卫生保洁。各村基本上都配备保洁人员，落实保洁经费，抓好长效保洁工作。

四、抓好社区卫生服务工作

一是新建杨庙卫生院。今年完成杨庙卫生院建设任务，已通过上级使用工程验收。

二是抓好乡村医生养老补助的准备工作

根据《嘉善县乡村医生参加养老保险的实施方案》，我镇认真做好调查摸底工作。前期，经过细致的调查摸底工作，我镇符合条件的乡村医生共42人，工作总体平稳。

存在的问题：

1、垃圾填埋场选址难。几次选址都因群众强烈反对未成功，现垃圾场满溢，呈饱和状态。现在如果地址设在洪福，房子拆迁有个过程。

2、卫生院建设资金缺口大。

3、景明果蔬随意堆放大量废弃水果。

明年工作：

1、尽快建设天凝镇垃圾填埋场，并投入使用。

2、新建东顺、戴西港社区卫生服务中心。

3、抓好环境卫生长效保洁工作。

村卫生室公共卫生服务工作总结篇三

为切实加强对项目工作的统一领导和管理，确保实现项目预期工作目标，成立了“基本公共卫生服务项目工作领导小组”和“基本公共卫生服务项目工作技术指导小组”，根据塔地卫字20xx114号《转发关于做好20xx年自治区基本公共卫生服务项目工作通知》，制定完善了《20xx年额敏县基本公共卫生服务项目工作实施方案》。为确保项目质量，于9月3日举办了以十类基本公共卫生服务项目为主要内容的乡场卫生院、社区卫生服务中心从事公共卫生人员参加的项目培训班，共培训35人。并积极选送人员参加了上级举办的项目培训班。20xx年4月对全县承担公共卫生项目工作的医疗卫生单位进行了公卫软件的培训学习，并统一安装了软件。

（二）统一和规范管理，加强日常督导

为方便各基层医疗卫生单位开展项目宣传工作，我局在降低成本的基础上，于年初统一印制并发放健康教育宣传资料10000份。基本公共卫生项目指导小组采取年终考核与日常监管相结合的方式定期或不定期深入乡镇卫生院和社区卫生服务机构进行督导检查（累计督导3次），以确保服务数量得到落实，服务质量得到保证。

（三）资金使用情况基本公共卫生服务经费主要用于基层医疗卫生机构开展基本公共卫生服务所需费用，我县严格按照塔地卫字〔20xx〕181号《转发卫生厅关于印发自治区基本公共卫生服务资金管理推荐测算方法的通知的通知》文件要求，严格按照相关法律、法规及基本公共卫生服务项目实施方案的要求，专款专用。20xx年四月上级已拨付项目资金149万

（其中中央财政补助129万，自治区财政补助20万），我局参照《20xx年基本公共卫生服务项目任务分解表》，结合项目执行单位工作完成情况已将资金分配并拨付完毕。

（四）工作完成情况

（4）预防接种：各基层医疗卫生机构能够认真贯彻《疫苗流通和预防接种管理条例》，不断加强预防接种门诊的规范化建设，各种免疫规划疫苗报告接种率均稳定保持在95%以上。

（5）0-6岁儿童保健：按照《妇女、儿童发展规划》等要求，结合儿童健康需要，依托妇幼专业机构，及时的. 建立儿童保健手册，开展新生儿访视、儿童保健管理工作□20xx年我县活产数1876人，新生儿访视1741人，新生儿访视率达93%，3岁以下儿童6815人，系统管理率达92.74%；7岁以下儿童13331人，保健覆盖率达92.36%。

（6）孕产妇健康管理□20xx年产妇总数1876人，活产数1876，建卡1801人，建卡率达96.42%，系统管理1629人，系统管理率达86.64%；产后访视1737人，访视率92.25%。

（7）老年人健康管理：对65岁以上实行年度体检□20xx年管理65岁以上老年人11257人□20xx年统计全县老年人10514人）。

（8）慢性病的管理：对高血压、糖尿病患者每季度随访一次。高血压患病总人数10629人（根据20xx年度国家基本公共卫生服务项目考核参考指标，高血压患病总人数：辖区内常住成年人人数×成年人高血压患病率18.8%。54627×18.8%=25810），管理数9764人（其中规范管理9706人），管理率91%，糖尿病患者总人数5298人（根据20xx年度国家基本公共卫生服务项目考核参考指标，糖尿病患者总人数：辖区内常住成年人人数×成年人糖尿病患病率9.7%。54627×9.7%=7761），管理20xx人（其中规范管理1854人），管理率40%。

（9）重性精神疾病管理：对居家重性精神病患者季度随访一次，重性精神病患者管理124人（含疑似患者）。

（10）卫生监督协管：各乡场卫生院配备兼职人员负责卫生

监督协管服务工作，配备人员16人，负责食品卫生安全信息报告、职业卫生咨询指导等工作，目前为止未发现食品安全、学校卫生、非法行医和非法采供血事件。

（五）主要存在问题

2、由于我县没有精神病专业防治机构，存在精神病人搜索不足，管理上具有一定的差距；

3、信息管理系统不完善，由于健康档案管理系统、新型农村合作医疗管理系统，免疫规划监测信息系统不对接，信息不能共享。

（六）下步工作思路

1、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；

2、加快电子档案信息录入速度，在完成20xx年电子档案录入50%的基础上，及时的录入专项工作档案。

3、进一步建立健全各项工作制度，对工作制度经常督导检查，形成基本公共卫生服务项目管理长效工作机制。

村卫生室公共卫生服务工作总结篇四

为切实做好我镇基本公共卫生服务工作，我院在上级部门的关心支持下，在院领导高度重视及全体医务人员、村医生的共同努力下□20xx年1月以来我们把夯实基本公共卫生服务工作作为卫生院工作重中之重，以目标人群建立居民健康档案为核心，围绕基本公共卫生服务十三个项目为工作目标，取得了较好的成绩，现总结如下：

（一）、健康教育工作

卫生院制作健康教育宣传栏2板，上半年各更新6期；每个村卫生室制作健康教育宣传栏1板，上半年更新3期。全年印刷7种健康教育宣传资料共21000份进行发放宣传，制作了12种健康知识影像资料进行播放宣传，开展了3次公众健康咨询活动，举办了6期健康教育讲座活动。

通过以上有效的健康教育工作实施，全镇群众得到卫生知识宣传的人次达到 20000 人次，广大群众的'卫生知识知晓率达 80% 以上。在全体责任医生的共同努力下，通过不断进行健康指导和健康干预，使群众改变了不良的卫生习惯和行为，大大提高了卫生防病意识和自我保健意识。

（二）、建立健康档案工作

为辖区内常住居民建立健康档案总数xxxx2人，其中0-36个月儿童建档1039人、孕产妇建档223人、老年人建档751人、高血压患者建档126人、二型糖尿病建档16人、重性精神病患者建档22人、镇直人口建档1273人、其他人群建档18987人。

（三）、重点人群的健康管理工作

1、共为1039名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服务；按要求进行体格检查和生长发育监测及评价，开展心理行为发育、母乳喂养、辅食添加、意外伤害预防、常见疾病防治等健康指导。

2、为223名孕产妇建立保健手册服务，开展5次孕期保健服务和2次产后访视，主要进行一般体格检查、孕期营养及心理指导等孕期保健服务，了解产后恢复情况并对产后常见问题进行指导。

包括体育锻炼、饮食、吸烟、饮酒、慢性疾病常见症状和既往所患疾病、治疗及目前用药等情况；告知健康体检结果并进行相应干预；对老年人进行慢性病危险因素预防及防跌倒

措施、意外伤害和自救等健康指导。

（四）、预防接种服务工作

为全镇3916名0-6岁适龄儿童接种12种国家一类疫苗服务，包括：乙肝疫苗、卡介苗、脊灰疫苗、百白破疫苗、白破疫苗、麻疹疫苗、甲肝疫苗、流脑疫苗、乙脑疫苗、麻风、麻腮疫苗等，接种率达95.67%；免费建立预防接种卡、证、簿；采取多种方式通知儿童监护人，告知接种疫苗的种类、时间、地点和相关要求。发现、报告预防接种中的疑似异常反应，并协助调查处理。

（五）、传染病报告和处理服务工作

及时发现、登记并报告辖区内发现的传染病病例106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；积极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。

（六）、慢性病管理

为35岁以上居民到卫生院就诊时实行免费测量血压、检测血糖服务；对468名高血压病人和19名2型糖尿病人年内进行了2次的面对面随访和1次较全面的健康检查。对患者进行病情询问、进行体格检查、饮食、运动、心理等健康指导。

（七）、重性精神病患者管理服务

为辖区内34名诊断为重性精神病患者建立健康档案，年内进行了2次随访，在每次随访的同时进行康复和治疗指导。

1、加强领导，健全制度，规范行为。

根据《国家基本公共卫生服务项目实施方案》，制定了本乡

镇基本公共卫生服务项目实施方案，成立了基本公共卫生服务项目工作领导小组，根据各自的分工，全面开展工作。同时根据基本公共卫生服务的内容和要求制定了责任医生工作考核制度，提高了责任医生的工作责任心、积极性，为完成年度工作目标打下了坚实的基础。

2、成立机构落实人员

室密切配合、协调共同完成有关工作。

4、组织有关人员进行业务知识培训

组织了本院有关科室人员进行项目知识培训，按《国家基本公共卫生服务各项目规范》的有关知识和要求组织学习，使有关人员掌握项目工作开展的有关要求和具体做法。

5、实行多种办法确保目标实现

以建立居民健康档案为工作重点，采取多种方式开展工作：

- 1)、小孩预防接种时进行体检建档。
- 2)、患者到卫生院就诊时面对面询问和体检建档。
- 3)、卫生院组织医生深入村为群众进行健康检查建档。
- 4)、村医生上门为群众体检服务进行建档。通过采取这些有效的工作方法，使建立居民健康档案和体检工作得以全面落实。

部分居民健康档案不规范，项目填写不完整；居民健康档案以户为单位的建档没有全面落实；慢性病人的健康干预、健康指导不够到位，健康档案的电脑输入工作进度慢。

针对存在的问题，下一步在继续巩固取得成绩的基础上进一

步把公共卫生工作抓实抓牢，切实加强领导，进一步建立健全各项规章制度，规范责任医生的工作行为，加强他们的责任心，提高他们的工作积极性和待遇。同时要加强对责任医生的业务学习，提高他们的业务水平，开展多种形式的培训，重点培训公共卫生工作的要点，如何进行有计划、统筹兼顾地进行健康指导和干预，这样才能更好地完成工作任务。

村卫生室公共卫生服务工作总结篇五

xx中心卫生院乡村医师公共卫生服务项目于xx年7月全面启动，至xx年12月底告一段落，在此期间，共安排乡村医师集中视频培训8次，包括考核考试2次，合计40个学时，取得了超乎预期的良好效果。

为了顺利实施国家基本公共卫生服务项目，提高服务能力和服务质量□xx年7月—12月，在县卫生局国家基本公共卫生服务项目办的支持和关怀下，我院就《国家基本公共卫生服务规范》的内容，以视频教学和集体讨论的形式对全镇17个村卫生室的乡村医生进行了培训，现将培训情况总结如下：

为了保证这次培训效果，我院疾控办提前把培训日程及培训内容向各村卫生室做了通报，并严格要求按时按进度参加集中学习，确保所有村医都按时接受培训。

为了保证这次培训质量，担任培训的人员认真准备，把培训内容的视频课件提前予以温习。除了单一视频培训之外，培训人员还及时就各项服务规范的服务对象、服务内容、服务流程、服务要求和考核指标做了讲解。院办防保专干、妇幼专干重点对居民健康建档表格的填写，逐项进行了讲解，对容易出现错误和忽略的地方如既往史、家族史、慢病标注等内容进行了重点强调。

培训期间，我们穿插安排了下乡集中建档，现场参加培训的各村医，现场进行填表，首先自己为自己建一份健康档案，

确保规范、合格后才予以试岗，为各村居民建立健康档案。填表完成后，由培训人员逐人进行检查，对出现的. 问题进行针对性指导。

培训期间，出卷对乡村医生进行公共卫生服务知识的考试，及时发现了一些问题并予以纠正，培训结束时还按照县卫生局公卫办的要求使用统一试卷进行了考核，并将试卷存档，成绩记录在案，作为村卫生室公共卫生服务年度考核的依据之一。

通过这次培训，使所有村医基本掌握了国家基本公共卫生服务规范的内容，能够正确填写居民健康档案，为在我县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。

村卫生室公共卫生服务工作总结篇六

1—12月份共计管理结核病人13例。年度结束管理7例；正在管理中6例，其中马庄村、西河岔、南庄村、冯庄村、各管理1例，东集村管理2例，结束管理7例服药率均为100%；其他各村卫生室没有管理患者，转诊疑似结核病患者15例，确诊2例。

辖区严重精神障碍患者估算242人，1—12月份管理严重精神障碍患者管理180人，录入国家精神卫生管理系统180人，规范管理174例，规范率96.6%；在管患者服药163人，服药率90.5%；其中规律服药113人，规律服药率62.7%；患者病情稳定171人，稳定率95%，同时开展了家庭医生签约服务。

全镇：服务人口30214人，预估老年人3891人，集中在爱升公司协助下使用综合查体车开展了老年人免费健康体检，共计查体2882人，同步开展了老年人中医药体质辨识及生活能力评估；及时将查体结果进行反馈，目前管理率74%。

各卫生室均制定有健康教育计划，结合“十个一”工作要求，设置有健康教育宣传专栏并定期进行更换；结合减盐防控高血压项目不定期举办了健康知识讲座活动，发放了基本公共卫生宣传手册12种5000余册；影像资料能够按时按照频次要求要求进行播放并留存相关记录。

能够按照计划免疫工作要求能够及时通知适龄儿童及时进行疫苗接种和查漏补种通知工作。建证健卡258人，接种率100%；全镇适龄儿童8苗全程接种率96%以上，和含麻成分疫苗接种率均达95%以上。

截止11月底累计报告传染病39例；传染病及时报告率、审核率均达100%。转诊王开医院疑似结核病患者15例，确诊2例。

早孕建册管理258名孕产妇，产妇首次入户访视226人，及时访视率87.6%。各卫生室规范开展协同随访、叶酸发放服务，通知孕前优生查体103.5对。

管理1904名儿童，新生儿入户访视228人，访视率87.7%。

我镇服务人口30214人，高血压患者预估人数6091人，实际管理2583人，管理率42%；规范率73.7%；控制率90%。糖尿病患者预估人数2345人，实际管理920人，管理率39.2%，规范率48.7%；控制率71.2%。

，均能够及时协同卫生计生监督协管员做好属地巡查和信息上报工作。第四季度共计开展公共场所、学校卫生、饮用水卫生和医疗机构巡查各1次，上食源性疾病预防信息104人次，并协助监督巡查。

村卫生室公共卫生服务工作总结篇七

20xx年，我院在xx市卫生局的正确领导下，根据《卫生部、财政部关于加强基本公共卫生服务项目绩效考核的指导意

见》、《国家基本公共卫生服务规范〔20xx年版〕》、xx省促进基本公共卫生服务逐步均等化实施意见》、xx省促进基本公共卫生服务项目考核办法（试行）》（闽卫农社〔20xx〕64号）、xx市卫生局关于城乡居民规范化电子建档工作的通知》（泉卫基妇〔20xx〕118）和《xx市20xx年基本公共卫生服务项目实施方案》的要求，认真贯彻xx市卫生局各类文件精神，加强医院内部管理，狠抓基本公共卫生服务项目工作，充分调动全院职工的工作积极性和主动性，年中考核中取得了较好的效果，现将我院基本公共卫生服务项目工作总结汇报如下：

一、基本公共卫生服务项目开展落实情况

（一）、居民健康档案

根据《xx市20xx年基本公共卫生服务项目实施方案》和《xx市卫生局关于城乡居民规范化电子建档工作的通知》（泉卫基妇〔20xx〕118）的要求，结合紫帽镇实际，我院制定了《紫帽镇20xx年基本公共卫生服务项目实施方案》，在卫生局统一部署下，我院在不断完善20xx年已建居民健康档案的同时，于今年1月份继续开始居民体检工作。

1、争取领导重视，搞好综合协调。为迅速完善居民健康档案和电子档案录入工作，我院多次向镇政府分管领导和主要领导汇报，得到了紫帽镇党委政府的大力支持，使各村委支部书记对居民健康档案工作十分重视，每个村都安排专人负责协助建档工作。

2、加强组织领导，落实工作责任。为了确保居民健康档案工作的顺利进行，我院专门成立了由院长吴维晓任组长，副院长蔡清档任副组长的紫帽镇卫生院20xx年基本公共卫生服务项目工作领导小组，加强整个镇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，负责具体建档工作；还专门为建档小组配备了红外线

健康体检机、医用全自动电子血压计、听诊器、血糖仪、视力表、皮尺等设备。

3、采取多种方式，建立和完善健康档案：

一、来我院就诊的病人及其家属；

二、下乡到村委会或老人会进行健康体检；

三、卫生所负责人或其工作人员带队下乡体检；

四、村干部、村计生小组长人员带队下乡入户体检；

五：到镇内幼儿园、小学、中学体检；

六、新农合、市医院、市中医院的慢性病资料；

七、xx市疗养院、泉州三院的重症精神病人资料；

八、市妇幼、镇计生办的孕产妇、0-6岁新生儿和儿童的资料。

4、加强人员培训，强化服务意识。为了确保居民健康档案保质保量完成，多次参与xx市、xx市卫生局举办的公共卫生培训班，并对我院每一名参与居民健康档案建立的工作人员传达培训内容和精神，让每一名公共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、录入程序。

5、加大宣传力度，提高居民主动建档意识。为提高我镇居民主动参与建档意识，我院采取发放各类宣传材料和各村广播的形式相结合，让每一名紫帽镇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。

截至20xx年10月30日，我院共为xx市紫帽镇居民建立居民健

康电子档案16127份，完成电子建档率达100%，并实行动态管理。

（二）、健康教育

1、严格按照健康教育服务规范要求，认真贯彻落实xx市卫生局及上级部门的各项健康教育项目工作，采取了发放宣传材料、开展健康教育讲座、设置宣传栏等各种方式，针对重点人群、重点疾病和我镇主要卫生问题和危险因素开展健康教育和健康促进活动；并指导村卫生所定期开展健康教育活动。

2、我院专门配备了一名兼职健康教育工作人员，并配齐了笔记本电脑、投影仪、照相机、电视机□dvd机等相应的健康教育设备。

3、加强健康教育档案管理，每次健康教育活动都有完整的健康教育活动记录。

今年已举办各类知识讲座12次、健康咨询活动10次，发放各类宣传材9200余份，接受健康教育人次7298余次，更新宣传栏内容12次。

（三）、预防接种

为适龄儿童接种乙肝疫苗、卡介苗、脊灰疫苗、百白破疫苗、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；在重点地区，对重点人群进行针对性接种，包括肾综合征出血热疫苗、炭疽疫苗、钩体疫苗；发现、报告预防接种中的疑似异常反应，并协助调查处理。具备《疫苗储存和运输管理规范》规定的冷藏设施、设备和冷链管理制度并按照规定进行疫苗的领发和冷链管理，保证疫苗质量。此外我院还不定时的到镇幼儿园进行随访，且在每年的一个阶段里的每个星期六专门开设幼儿园儿童疫苗接种门诊，对儿童进行疫苗补种。

截至到20xx年10月份中旬，我院建立预防接种证人数324人，疫苗强化接种人数1355人，发现、报告预防接种的疑似异常反应和协助调查处理次数0次，一类疫苗各单苗接种率98.5%，加强免疫单苗接种率98.12%。

（四）、传染病及突发公共卫生事件报告及处理

1、依据《传染病防治法》、《传染病信息报告管理规范》以及突发公共卫生事件报告及处理规范要求，建立健全了传染病及突发公共卫生事件报告管理制度。

2、定期对本单位人员进行传染病防治知识、技能的培训；及时发现、登记并报告紫帽镇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；提高居民传染病防治知识的知晓率。

截至登记传染病病人10人，及时报告的传染病病人0人，现场疫点参与处理数15次（手足口病），协助管理非住院结核病人42人，协助管理艾滋病病人0人。

（五）、0—6岁儿童健康管理

按照□xx市20xx年基本公共卫生服务项目实施方案》规定，我院妇产科为0—6岁婴幼儿、儿童建立儿童保健手册和完整电子健康档案，定期开展新生儿访视及儿童系统保健管理。新生儿访视至少2次，儿童保健1岁以内至少4次，第2年度和第3年度每年至少2次，3—6岁儿童每年至少1次。主要内容包括体格检查和生长发育监测及评价，开展心理行为发育、母乳喂养、辅食添加、意外伤害预防、常见疾病防治等健康指导。

（六）、孕产妇健康管理

按照□xx市20xx年基本公共卫生服务项目实施方案》规定，为孕产妇建立保健手册，并逐步建立完整电子档案，每年至少

开展5次孕产妇保健服务和2次产后访视。主要包括一般体格检查、产前检查及孕期营养、心理等健康指导，了解产后恢复情况并对产后常见问题进行指导。

（七）、老年人健康管理

根据《国家基本公共卫生服务规范〔20xx年版〕》及市卫生局要求，我院开展了老年人健康管理服务项目。

1、开展下乡体检工作

（1）根据市统计局、公安局、流动人口办数据统计，截止到20xx年6月紫帽镇共有65周岁以上老人（包括流动人口）1028人。在主管局的领导下，在镇政府、各村委会负责人的帮助下，紫帽卫生院及村卫生所的医务人员为全镇老年人进行了健康体检和建立档案。我镇65周岁以上老年人为1028人，现已建立完整电子档案1089人，完整电子档案建档率为71.80%。

（2）本次体检档案结果显示，主要仍以老年人常见病为主，尤以心血管疾病为突出；另外，发现患有脂肪肝、肾结石、高胆固醇血症、翼状胬肉等的患者也较多。究其原因，除了老年人本身退行性病变因素外，主要与患者的不良生活习惯（比如：吸烟、饮酒、喜食甜食、油腻食物等）、生活环境欠佳、健康知识匮乏、健康意识淡薄等有关。我们将在以后的“周期性健康检查”中，有针对性地给予健康知识宣传和指导，增强健康意识，引导良好的生活习惯，提高人民群众的身心健康水平。

2、开展老年人健康干预及中医评估。对发现已确诊的高血压和糖尿病患者纳入相应的慢性病患者进行管理；对存在危险因素且为纳入其他疾病管理的老年居民进行定期随访。

（八）、慢性病患者健康管理

为有效预防和控制高血压、糖尿病等慢性病，根据《国家基本公共卫生服务规范〔20xx年版〕》及市卫生局要求，我院对紫帽镇的高血压、糖尿病等慢性病患者建立完整电子档案，开展高血压、糖尿病等慢性病的随访管理、康复指导工作，掌握我镇高血压、糖尿病等慢性病发病率和现患情况。

1、通过开展35岁及以上居民首诊测血压；居民到我院诊疗测血压、血糖；下乡入户健康体检测血压、血糖及健康档案建立过程中询问；新农合〔xx市医院〕xx市中医药等高血压、糖尿病资料等方式发现高血压、糖尿病患者，并为其建立健康档案。

2、对确诊的高血压、糖尿病患者进行登记管理，并提供面对面或电话随访，每次随访询问病情、测量血压、血糖，对用药、饮食、运动、心理等提供健康指导。

截至20xx年10月初，我院已实行高血压健康管理人数为863人，健康管理率达35%；已实行糖尿病健康管理人数为227人，健康管理率达20%。

（九）、重性精神疾病患者管理

为了对紫帽镇的重性精神疾病患者的规范管理，根据《国家基本公共卫生服务规范〔20xx年版〕》要求，我院通过下乡健康体检了解的情况和泉州第三医院〔xx市疗养院〕的资料对紫帽镇重性精神疾病患者进行登记管理；在专业机构指导下对登记管理的每一名重性精神疾病患者入户健康随访，了解病情，并进行治疗随访和康复指导，并做好相关记录和录入国家重性精神疾病基本数据收集分析系统。

截至20xx年10月初，我院实行重性精神疾病管理人数29人，健康管理率100%，规范管理的重性精神疾病管理患者数29人，规范管理率为100%。

（十）、卫生监督协管

定期协助市卫生行政执法大队开展社区内引用水卫生安全检查，密切关注各学校食堂及周边的餐饮卫生，定期对各餐饮单位进行突击检查，年内协助执法大队取缔湖盘村非法行医2处。

二、基本公共卫生服务项目工作中存在的困难

（一）、基本公共卫生服务项目工作量大；

（二）、人才缺乏，专业医师、护士人员不足，影响了基本公共卫生服务项目的开展进度；

（三）、居民对基本公共卫生服务项目认识存有距离，上门建档和随访存在一定困难；

（四）、流动人口难以建档。

三、目前存在的主要问题

紫帽镇的基本公共卫生服务项目工作虽然取得了一定的成效，从总体上已经步入了正常运转的轨道，但仍存在一些问题和薄弱环节，主要表现在：

1、有部分健康档案资料填写不完整，电子档案的信息不齐全。

3、慢性病、重性精神病的建档率还未达到基本标准，部分患者随访很不配合，只能通过电话或邻居进行随访。

4、健康教育方面：播放室设备等条件有待加强；加强对各科室在平时诊疗过程中的健康教育宣传。

四、下一步工作计划

1、健全工作机制，强化工作职责。加强对公共卫生工作的领导，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措施整改，确保项目工作全面有序健康发展。

2、加强业务指导，完善考核制度。做好业务指导工作，提高档案资料的质量。项目实施要根据自己的实际制定相应的考核办法，对项目实施责任人进行考核，考核结果要与经费补助挂钩；计划年底对项目的财务资金的使用及设备的安装使用情况进行督导。

3、加大宣传力度，提高健康意识。一是结合实际，采取经常性和阶段性相结合的方式，开展有针对性的宣传活动，目的是做到无病早防，有病早治，减少因病致贫和因病返贫现象，促使广大群众积极主动的参与。二是以健康教育为手段，真心服务百姓为目的，特别是工作人员通过健康教育和医生上门随访服务，向老百姓提供一些有用的医疗卫生知识，促进沟通，让老百姓明白国家为全市居民建立电子健康档案、让育龄妇女免费服用叶酸片预防神经管畸形、为孕产妇和6岁以下儿童免费体检、为农村孕产妇分娩进行补助等等。努力促使全市居民都能知道自己能享受到那些国家免费提供的医疗服务，提高老百姓的健康意识，自觉的接受公共卫生服务。

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xx市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、创造性地开展工作的，为紫帽镇居民的'健康保驾护航，为我镇的公共卫生服务探索出一条适合自己可持续发展的道路。

村卫生室公共卫生服务工作总结篇八

（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，在市政府和市卫生局统一部署下，我中心于今年2月份开展了xx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，我院多次向市政府、市卫生局和镇政府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，我中心专门成立了由院长任组长、副院长任副组长、各科主任医师为成员的居民健康档案工作领导小组，加强整个镇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。

三、是加大宣传力度，提高居民主动建档意识。为提高我镇居民主动参与建档意识，我中心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，积极主动配合我中心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。为确保我镇居民健康档案保质保量完成，我中心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xx年11月底，我中心共分为十五个责任区，居民建立家庭健康档案纸质档案份，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。

（二）、老年人健康管理工作

根据《宁波市xx年基本公共卫生服务老年人健康管理项目工作方案》及市卫生局要求，我中心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镇60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免费健康检查。

截止xx年11月，我中心共登记管理60岁及以上老年2820人。并按要求录入市居民电子健康档案系统。

（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，根据《宁波市xx年基本公共卫生服务慢性病管理项目工作方案》及市卫生局要求，我中心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，掌握我镇高血压、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免费的健康体检（含一般体格检查和随机血糖测试）。

截止xx年11月，我中心共登记管理并提供随访高血压患者为2898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型糖尿病患者进行免费健康体检（含一般体格检查和空腹血糖测试）。

截止xx年11月，我中心共登记管理并提供随访的糖尿病患者为825人。并按要求录入居民电子健康档案系统。

（四）、健康教育工作

一是严格按照健康教育服务规范要求，认真贯彻落实市卫生局及上级部门的各项健康教育项目工作。采取了发放宣传材料、开展健康宣教、设置宣传栏的各种方式，针对重点人群、重点疾病和我镇主要卫生问题和危险因素开展健康教育和健康促进活动。

今年共举办各类知识讲座和健康咨询活动35次，发放各类宣传材料余份，更换宣传栏内容248次。

（五）、传染病报告与处理工作

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；采取多种形式对我镇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。

xx年基本公共卫生服务项目工作虽然取得了一定的成效，但也存在如下困难：

（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。

（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，通过宣传一吸引一再宣传，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。

（四）、配套合理的激励机制，提高工作人员工作热情。

（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。

在市政府和市卫生局和上级各部门的督促和指导下，我中心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。

村卫生室公共卫生服务工作总结篇九

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公卫生服务项目工作，充分调动发挥以村委会，群众，村医为一体的互动组合团体，收集整理了各项所需信息资料，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xx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□xx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。并告之一年后进行一次下次免费体检。

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xx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xx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

1，坚持登记，在册在档管理，产前产后访视，宣传优生优育知识，宣传党的惠民政策，提供优生对象免费服用叶酸。

（七）传染病报告与处理工作

理制度。二是定期对辖区居民进行传染病防制知识的宣传教

育，提高了辖区居民防制知识的知晓率，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。

（二）基本公共卫生服务项目工作中存的困难

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。

（三）下一步工作打算

（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。

文档为doc格式