

# 最新公共卫生科工作汇报 公共卫生工作总结(模板7篇)

在日常的学习、工作、生活中，肯定对各类范文都很熟悉吧。相信许多人会觉得范文很难写？以下是小编为大家收集的优秀范文，欢迎大家分享阅读。

## 公共卫生科工作汇报篇一

### (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20xx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33974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20xx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20xx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32200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。

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。

(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。

## 公共卫生科工作汇报篇二

20xx年上半年，我院在卫生局的正确领导下，严格执行《国家基本公共卫生服务规范》认真贯彻落实《连江县基本公共卫生服务项目工作方案》以及卫生局各类文件精神，加强内部管理，严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，取得了较好效果，现将我院基本公共卫生服务项目半年来工作总结汇报如下：

(一) 居民健康档案工作。

1、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，我院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。

2、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，我院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，熟悉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《连江县年基本公共卫生服务老年人健康管理项目工作方案》及县卫生局要求，我院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镇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，并提供自我保健及危害预防、自救等健康指导。

2、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xx月，我院共登记管理65岁及以上老年704人。

## （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《连江县基本公共卫生服务慢性病管理项目工作方案》及县卫生局要求，我院对我镇居民的高血压、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岁以上居民首诊测血压；居民诊疗过程测试血压；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。截止xx年6月，我院共登记管理并提供随访高血压患者为460人。

#### 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。二是对确诊的确诊的2型糖尿病患者进行登记管理，并提供面对面的随访，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。

截止20xx年6月，我院共登记管理并提供随访的糖尿病患者为64人。

#### （四）重性精神疾病患者管理。

重性精神疾病者管理，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慢性精神疾病患者进行治疗随访和康复指导。截止xx年6月，我院共登记管理23人。

#### （五）预防接种工作。

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，发现、报告预防接种中的疑似异常反应，并协助调查处理是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，上半年出生儿童67人，儿童接种卡67人，卡介苗接种67人，乙肝疫苗第一针接种67人，脊灰疫苗第一次接种43人，百白破疫苗接种32人，流脑接种人，麻疹接种人，乙脑接种人。通过接种使个体产生自动或被动免疫力，保护个体和人群不受病原因子的感染和发病，起到消除或消灭所针对的传染病的目的。

#### （六）健康教育工作。

严格按照健康教育服务规范要求，认真贯彻落实县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18次，发放各类宣传材料900余份，更换宣传栏内容24次。

#### （七）儿童保健。

为了很好的为0——36个月婴幼儿建立保健手册，开展新生儿访视及儿童保健系统管理。截止目前，0——36个月儿童建册479人，体检383人，3岁以下系统管理人数335人，管理率达70%，新生儿访视66人，新生儿访视率100%。

#### （八）孕产妇保健。

按照《国家基本卫生服务项目实施方案》规定，每年至少开展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。今年孕产妇66人，活产数66人，孕前13周检查人，产后访视大于3次的人，系统化管理人数人，规范化管理人数人，高危12人，全部纳入高危管理。住

院分娩率达100%。

### （九）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，参与现场疫点处理；开展结核病、艾滋病等传染疾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。

（一）人才缺乏，影响了基本公共卫生服务项目的开展进度。

（二）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——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。

## 公共卫生科工作汇报篇三

今年以来，全区卫生系统各基层工会组织在区总工会的领导下，在党政领导的高度重视和大力支持下，以科学发展观为指导，依照工会法律和章程，始终围绕党的中心工作，积极

主动地开展各项工作，充分发挥了工会组织的各项职能作用，取得了较好的成绩，圆满地完成了年初制订的各项工作任务，达到了预期的目标。现将工作汇报如下：

(一)学习政治理论，提高全体干部职工的政治素质和思想政治觉悟。一年来根据各级部署安排，区卫生局认真开展了继续深入学习科学发展观活动，各单位制订了详细的实施方案和学习计划，3月初在全系统掀起了科学发展观学教活动高潮，全体干部职工踊跃参加，并理论联系实际结合自身行业特点学以致用，收到了较好的效果。

(二)学习专业技术，不断提高职工专业技术水平，促进全员学习活动深入开展。全区各医疗卫生单位坚持走科技兴院之路，培养和引进高层次技术骨)。今年9月，全区卫生系统第一次面向社会公开招考卫生专业技术人才，经过严格的笔试、资格审查、面试、体检等程序，脱颖而出的24名优秀人才被我区7个医疗卫生单位录取，大大提升了医疗技术水平。

我们在注意培养的同时与普遍提高相结合，利用多种形式举办多层次培训班，采取请进来与送出去相结合，集中学习与自学互学相结合，理论知识与实际操作相结合，鼓励在实际工作中互学互补，搞好传帮带。开展经常性群众练兵技术比武活动。今年7月，区卫生局工会组织了医疗机构管理培训，全区厂矿、企(事业)单位、个体医疗机构负责人，共有310余人参加了培训，培训班围绕加强辖区内各医疗机构的医疗质量服务水平，保障医疗安全，增进医患关系，减少医患纠纷，针对以往检查评审发现的问题，加强卫生法律法规，规章制度的学习，以提高医疗机构的管理和服务水平，满足广大群众日益增长的医疗保健需求为重点，进行了为期两天的培训。

许多单位在5.12护士节期间，举办了技术操作比赛，理论知识竞赛，通过各项活动的开展，活跃了学术空气，增强了广大职工学习的自觉性，从而提高了专业技术水平，促进了医疗质量和服务质量的全面提高。

加强民主管理、实行民主监督是工会的一项基本职能。各单位党政领导十分重视这项工作，广泛听取了广大职工的意见和建议，发挥集体智慧，真正做到了领导的意图与大多数职工的意愿形成共识后作出决策，达到民主集中，意见统一。各单位年初按财务预决算以及重大决策，都经过职代会反复酝酿讨论通过最后实施。

职代会民主评议领导班子是实行民主管理和加强民主监督的关键措施。今年各单位职工代表都对本单位领导班子成员进行测评使领导的言行置于广大群众的监督之下，有效地促进了领导班子在群众的号召力和向心力。

按照组织保障、权益维护落实的总要求，限度地维护职工合法权益，切实担负起生活困难职工帮扶的第一责任人。一年来我们的具体作法是：一是以贯彻劳动法为重点，平衡协调劳动收入和收入分配，大多数单位离退休人员生活待遇都有一定的增长，使他们老有所依，老有所养，安度晚年。保证了全系统人心安定，队伍稳定，呈现出安定祥和的良好局面。二是保护女工的特别权益，使女职工的合法权益不受侵犯。四是对困难职工深入调查摸底，做到心中有数。五是实施送温暖、献爱心，有的单位对长期患病，因病致贫的职工组织职工捐款捐物帮助他们摆脱困境渡过难关。不仅如此同时向社会捐款捐物，义诊扶贫济困，救助失学儿童。区卫生局每年开展医疗服务进社区活动，组织医务人员走上街头深入贫困地区进行义诊，送医送药，抢险救灾，在社会上引起强烈反响，收到了很好的社会效益。

各医疗卫生单位党政领导高度重视和支持工会工作，尤其是局党委对工会工作的支持力度进一步加大，各基层工会组织结合本单位实际，因地制宜，开展灵活多样丰富多彩的文体活动。同时，积极参加市局医务工会组织的各项文体活动，通过各类职工活动，增强了单位干部职工的凝集力和向心力为改革与发展奠定了坚定的政治思想基础。

加强工会组织和自身队伍建设，是保证工会组织正常运行和发挥基本职能的关键。按照限度地把广大职工吸收到工会组织中来的指导思想，今年5月22日，泰山区社区卫生工会联合会成立暨第代表大会召开。泰山区共有社区卫生服务中心、卫生院、社区卫生服务站、诊所等359家，各类卫生人员1300余人，为社区居民提供基本医疗和卫生服务，是保证居民身体健康和重要力量。为更好地维护泰山区卫生系统广大从业人员的合法权益，促进社区卫生事业健康快速发展，让卫生从业人员积极投身到泰山区卫生事业改革和建设中来，真正成为广大人民群众“健康守护神”，根据《中华人民共和国工会法》等相关要求，经泰山区总工会和泰山区卫生局党委研究，报区委同意，决定成立泰山区社区卫生工会联合会组织。会议选举产生第泰山区社区卫生工会联合会委员会、经费审查委员会和女工委员会。

经过全体干部职工共同努力，20xx年工会工作取得了较大的成绩，积极配合卫生中心工作，限度地调动广大职工的积极性、创造性；组织和动员广大职工参与和支持一系列改革；限度地维护职工的合法权益，切实地发挥了桥梁和纽带作用。但是还存在一定的不足和问题，一是部分职工对改革中利益分配调整认识不足，我们的思想工作还没有做到位，以致工作积极性没有得到充分的调动。二是少数工会干部参政议政不够大胆，该参与的事不参与，以致全区卫生系统工会工作发展不平衡。三是少数工会干部对本单位民主监督力度不够，怕得罪人。

在新的一年里，我们决心发扬成绩，重视问题，纠正偏差，克服不足，继续积极主动地争取党政领导的重视与支持，与时俱进，开拓进取，依照工会法律和章程，创造性地开展工作，为全面建设小康社会而努力奋斗。

## 公共卫生科工作汇报篇四

20xx年上半年，在卫生局的正确领导下，严格执行《国家基

本公共卫生服务规范〔20xx年版〕》认真贯彻落实卫生局各类文件精神，加强内部管理，严抓基本公共卫生服务项目工作，充分调动全站职工的工作积极性和主动性，取得了较好效果，现将我院基本公共卫生服务项目工作总结汇报：

### （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，在县卫生局统一部署下，我院开展了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，我院多次向村卫生室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，我院专门成立了由院长任组长的居民健康档案工作领导小组，加强整个辖区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辖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20xx年6月初，我辖区总人口10458人，已建立居民健康档案8369人份，占辖区总人口的80%，电子档案6300人份，占总人口的60%。各村建档数均完成任务指标，按考核要求统一了健康档案格式，制定了档案管理制度。对高血压、糖尿病、孕产妇、0-6岁儿童、65岁以上老年人、重性精神病等重点人群进行了随访和档案更新管理。

## （二）、老年人健康管理工作

一、结合建立居民健康档案对我乡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6月，我院共登记管理65岁及以上老年2278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《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，我院对我乡村民的高血压、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，掌握我乡高血压、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20xx年6月，我院共登记管理并提供随访高血压患者为291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6月，我站共登记管理并提供随访的糖尿病患者为34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，认真贯彻落实区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、重点疾病和我乡主要卫生问题和危险因素开展健康教育和健康促进活动。截止20xx年6月辖区内健康教育宣传板报更换3

次，健康知识讲座卫生院举办6次，各村卫生室举办3次，咨询宣传活动7次，已发放健康教育宣传资料6500份。

#### （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。

20xx年上半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。

在卫生局和上级各部门的督促和指导下，我院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。

## 公共卫生科工作汇报篇五

县卫生健康局：

20xx年我院在县卫计委和上级业务部门的指导下，严格执行《国家基本公共卫生服务项目工作实施方案》及卫计委党委有关公共卫生方面的文件精神要求，顺利完成了本年公共卫生服务任务，现就我院完成基本公共卫生服务有关情况简要汇报如下：

我院按照卫计委有关文件要求，成立了由院长任组长，分管院长任副组长的小屯卫生院公共卫生服务领导小组，并按照各自的分工明确了责任，做到责任到人。加强对辖区内承担公共卫生服务的人员进行培训，组织学习了第三版的基本公共卫生服务规范，针对省市县有关公共下发的的问题，逐一进行比对整改。

1. 建立居民健康档案。我院辖区现有8874人均已全部完成建

档及档案更新工作。建档完成后，为确保档案的完整性和真实性，组织全院职工对健康档案进行自查，对找出的'问题逐一进行了整改。

2. 重点人群管理工作。为有效预防和控制高血压、糖尿病及重性精神病等慢性病，按卫计委要求，我院对我辖区居民的高血压、2型糖尿病等慢性病、重性精神病建立健康档案，开展高血压、2型糖尿病等慢性病的随访管理，掌握我辖区高血压、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。

截止20xx年12月我院共登记管理高血压患者764人，提供随访高血压患者743人，完成高血压体检657人，体检率86%。

### (2) ii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型糖尿病患者进行每年一次体检。

截止20xx年12月我院共登记管理糖尿病患者262人，提供随访的糖尿病患者为252人，已体检216人，体检率82%。

(3) 重型精神病管理。对诊断明确，在家居住的重型精神病患者，进行登记管理、随访和康复指导，辖区内重型精神病患者共计32人，已全部建档，建档率100%；已体检25人，体检率78%。

#### (4) 65岁以上老年人健康管理

20xx年12月我院登记建档管理65岁及以上老年人1166人，按照工作要求进行体检已体检842人，体检率72%。

3. 健康教育工作。严格按照健康教育服务规范要求，认真贯彻落实县卫计委的各项健康教育项目工作。制定了《临泽县小屯卫生院20xx年健康教育工作计划》，认真组织实施，开展以“碘缺乏”、“母乳喂养”、“儿童预防接种宣传”、“高血压”“艾滋病”等专题健康宣教活动，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、重点疾病和我辖区主要卫生问题和危险因素开展健康教育和健康促进活动。

截止20xx年12月发放健康教育宣传单15余种，共计20xx余份，张贴宣传横幅8条，接受公众咨询500多人次，开展大型义诊服务2次，健康教育讲座53场次，工具包培训55场次，健康沙龙活动77场次，受教人数20xx余人次。

#### 4. 妇幼工作

(1) 0-6岁儿童管理：儿童出生数为59人，儿童活产数59人，新生儿建档建册58人；新生儿访视次数58人；高危儿管理人数4人，死胎死产1人，婴儿死亡1人；0-6岁儿童系统管理510

人；并对6个月以上的儿童做中医保健指导。

(2)孕产妇管理：产妇60人，住院分娩活产数59人，产妇建档建册人数59人；产妇产后访视60人，孕产妇系统管理率98.3%；高危孕产妇管理人数25人。

(3)卫生院妇幼黑板报宣传更换6次；大型健教活动2次，村医培训7次。

## 5. 免疫规划

(1)传染病管理：截至目前通过传染病网络直报系统报告法定传染病12例，并按时开展传染病查漏工作，1-12月漏报传染病0例。

(2)afp监测工作：每月按时开展afp监测工作，已全部上报报告率100%。

(3)常规免疫：1--12月冷链运转11次，每月按时接种疫苗未发生疫苗接种副反应，各类疫苗接种率均在96%以上。

(4)儿童入学预防接种证查验工作：3月及9月分别对全乡6所小学和6个幼儿园开展了春秋学期接种证查验工作，查验中漏种儿童，补种工作均已完成。

## 6. 卫生监督工作

我院卫生监督协管工作在县卫生监督局的指导下顺利开展，紧紧围绕以保证学校卫生、公共场所卫生、生活饮用水、医疗机构及传染病巡查工作为重点，加大检查力度，结合我院工作实际制定卫生监督协管工作计划，确保工作取得显著成效。截止20xx年12月，其中学校卫生巡查次数：2次；公共场所巡查次数：4次；医疗机构及传染病巡查次数：11次；居民生活饮用水巡查次数：2次。

## 7. 肺结核管理

1-12月份我院登记管理肺结核患者7例，全部按照规范要求开展随访及全程规律服药。

1. 加强组织管理，强化落实责任。狠抓基本公共卫生服务项目各项工作的落实，统筹安排，并落实到个人。按照工作进度情况调节工作方向、方法。相关负责人必须经常过问工作进度与成效，对重点工作进行提醒约谈，必须把指标、标准扛在肩上，勤督导、勤通报、勤培训，及时发现问题，及时指导督促整改问题；必须亲历亲为，精心组织，带头落实任务指标，切实把项目工作做实做细。公卫科人员还要切实加强加强对村卫生室公共卫生服务工作的指导，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. 加强公共卫生包村人员管理。要求公共卫生人员端正工作态度，提高工作积极性，不断探索更有效的工作方法。在实际工作中，要注重沟通方式，积极做好项目间的协调与衔接，及时总结工作经验，力争以最少的人力投入高质量的完成公共卫生项目工作任务。协助村医各负其责，量化各项工作任务，积极与县级业务部门沟通，努力保质保量完成各项国家基本公共卫生服务工作。

3. 加大村医管理。加大村医培训及管理力度。利用村医每月例会的时间及每周上班时时间，安排专人开展公共卫生工作规范化培训，对工作中存在的普遍性问题、薄弱环节进行多次全面的培训，直至村医掌握，进一步细化村医目标管理责任书，规范各项工作，充分调动村医工作积极性，保质保量完成各项公共卫生工作。

4. 以《规范》为标准，在做细做实基本公共卫生服务上下功夫。加强《国家基本公共卫生服务规范(第三版)》的培训和学习，承严格按照《规范》要求开展工作，将工作做细做实，

一要加强居民健康档案管理，坚持居民档案实现电子化动态管理，并及时更新健康档案，提高健康档案的使用率。二要规范对慢病人群的筛查。要充分发挥乡村两级基层组织作用，采取有规划、按步骤、逐人过的方式，加大对慢病人群的筛查，使高血压患者的规范管理率，2型糖尿病患者的规范管理率都达标。三要加大老年人体检力度。通过提高老年人健康体检率，健查出重点人群中慢病患者，有针对性加强管理。四是建立联动机制。管理好孕产妇和0-6岁儿童。建立信息反馈制度，妇幼站、综合医院、中医院要及时将产前检查信息数据反馈到相关基层医疗机构。

5. 加大宣传力度，提高健康意识。各村卫生室要利用慢病随访、对群众进行健康教育知识的宣传，及时获取有关慢性病人和怀孕妇女的相关信息，改变部分群众的不良生活习惯，加强宣传基本公共卫生服务项目内容及国家的相关惠民政策，努力提高群众的健康意识。扎实推进基本公共卫生服务项目工作，按照项目各项工作的要求，按时完成指标任务。

以上是本院公共卫生工作进展总结，如有不妥之处请各位领导批评指正。

## 公共卫生科工作汇报篇六

20xx年，我院在卫生局的正确领导下，我院公共卫生科严格执行《20xx年国家基本公共卫生服务规范》以及上级业务部门的文件精神，严抓基本公共卫生服务项目工作，现将我院的工作总结汇报如下：

- 1、结合我镇实际，我院成立了国家基本公共卫生服务项目领导小组，领导小组人员做了具体分工。
- 2、项目工作的培训，并多次进行督导检查，保证了各项公共卫生工作按照计划完成。

### 3、基本公共卫生服务项目开展落实情况：

（一）居民健康档案管理，截止6月底全镇已建立20xx版健康档案xx份，其中高血压患者档案xx份，2型糖尿病患者档案xx份，65岁以上老年人档案xx份，0-6岁儿童健康管理档案xx份，孕产妇健康档案xx份，重性精神疾病管理档案xx份。

（二）对慢性病患者和重型精神病患者建立了门诊首次登记表与随访记录，

（三）健康教育我院通过印刷宣传资料，每月开展健康教育知识讲座，播放健康教育影响等形式对辖区居民进行了健康普及。

（四）免疫接种我院免费接种乙肝疫苗、卡介苗、脊灰疫苗、百白破疫苗、麻疹疫苗（麻风、麻腮风）、甲肝疫苗、流脑疫苗、乙脑疫苗、白破二联等国家免疫规划疫苗，未发现及报告预防接种中的疑似异常反应，对辖区内计划免疫疫苗预防疾病进行主动监测，截止6月底无病发生。

（五）传染病及突发公共卫生事件报告和处理一是依据《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。二是定期对单位人员进行传染病防治知识、技能的培训；采取多种形式的宣传教育。

在半年的不断摸索中我院的基本公共卫生工作已基本进入正轨，但从总的考核情况看仍然存在不少问题和薄弱环节。归纳起来，主要有以下几个方面：一是组织功能发挥不到位。特别是村卫生室乡村医生在基本公共卫生服务项目工作中的配合不够，在一定程度上影响了工作质量。二是措施不够扎实。三是健康教育有待加强。四是慢性病管理和老年人保健工作尚需规范。慢性病人管理随访不及时；服务项目工作重点是对存在的问题，我院将扎扎实实地抓整改抓落实，

着重做好以下几个方面工作：一是我院认真对照日常督导检查中发现的问题，紧密结合上级部门的指导意见，进一步强化责任，落实措施，扎扎实实地抓好整改落实工作。二是健全工作机制，强化工作职责。各科室要切实加强对卫生室公共卫生服务工作的指导，健全工作机制，加强工作职责，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。三是加大宣传力度，提高健康意识。各村卫生室要利用慢性病随访、发放健康教育服务包等入户机会对群众进行相关知识的健康教育，加强宣传基本公共卫生服务项目内容及国家的相关惠民政策，努力提高群众的健康意识。

## 公共卫生科工作汇报篇七

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。

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，本人资力不高，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，至上门建档和随防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。