

最新村卫生工作计划(优质5篇)

制定计划前，要分析研究工作现状，充分了解下一步工作是在什么基础上进行的，是依据什么来制定这个计划的。我们在制定计划时需要考虑到各种因素的影响，并保持灵活性和适应性。以下我给大家整理了一些优质的计划书范文，希望对大家能够有所帮助。

村卫生工作计划篇一

2016年我村爱国卫生工作将按照全县统一部署，深入学习贯彻《淳安县爱国卫生工作要求》，进一步掀起建立省级卫生县城热潮，围绕新农村建设，用心推进农村爱国卫生工作，做好农村“三改”（改水、改厕、改造环境）技术指导等工作。现制定镇2016年爱国卫生工作计划。

一、宣传贯彻《淳安县爱国卫生工作要求》，广泛开展健康教育，增强公民防病意识。

1、继续宣传贯彻《淳安县爱国卫生工作要求》，全村都要认真学习和宣传好《要求》，利用媒体、街头咨询和社会宣传多种形式宣传《要求》颁布的好处。

2、进一步做好全村卫生防病健康教育工作，利用宣传栏、黑板报、电视、讲座等各种形式，广泛开展健康教育活动。我村要充分发挥自身优势，采取不一样方式开展卫生知识宣传教育活动，逐步提高广大村民的自我保健、防护意识，相关卫生知识的知晓率、健康行为构成率分别到达80%和70%以上。

二、深入开展卫生建立活动

1、以建立卫生县城、卫生村为载体，不断推进农村爱国卫生工作。大家要认真学习贯彻《卫生单位、卫生村考核命名办法》，用心开展建立活动。力争2016年获得省级卫生村称号。

2、全村领导要高度重视建立工作，从年初就要列入单位工作计划，建立卫生管理领导小组和长效管理机制。

3、根据全县统一部署，继续开展卫生县城建立工作。进一步抓好我村卫生建立工作，广泛宣传发动，加强工作指导，加大督查力度，扎实推进建立，不断提升建立水平，确保我村建立工作目标的如期实现。

4、认真抓好公共场所控烟工作。进一步完善公共场所禁烟标识，查处烟草广告。全村要做好内部控烟工作，建立无烟办公场所。

三、大力推进农村爱国卫生工作

1、加强对农村改厕工作的督查、培训和技术指导，为改厕工作带给政策和技术保障。

2、继续做好农村改水和水质监测工作。一是要广泛宣传卫生水对人体健康的好处。二是要配合县防保中心扎实做好农村水质监测工作，提高水质监测工作质量，保证广大农村居民饮用水安全。

4、加大整治力度，改变农村脏、乱、差现象，改善村容村貌。一是垃圾清扫保洁、收集处理。村庄要有专兼职卫生清扫保洁人员，负责村庄道路、公共场所的清扫保洁工作，同时要建密闭垃圾收集池(房)并及时清运。二是宣传动员村民搞好室内卫生。

四、继续巩固除“四害”成果，有效控制病媒生物疾病

全村要结合开展卫生建立、爱国卫生月和不一样时期爱国卫生运动，科学开展除“四害”活动。举办除“四害”技术培训班，确保除“四害”工作安全、有序、有效。“爱卫”工作小组要定期开展“四害”密度监测，有针对性地组织开展

除四害消杀活动，有效控制“四害”密度。今年将重点抓好灭蟑螂、老鼠和苍蝇工作，确保达标。

村卫生工作计划篇二

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、加强基层高血压、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，普及基层居民高血压、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、糖尿病档案管理系统。

二、建档工作目标

1、建立基层居民健康档案，基层服务人口基线调查率达到90%以上；

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。

三、实施计划

建立慢病工作制度；对基层一般人群、高血压和糖尿病患者开展预防控制工作，在基层建立高血压、糖尿病综合防治机制。

1、高血压、糖尿病的检出

利用建立基层居民健康档案、健康体检、基层卫生院的诊疗、基层免费测血压、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《基层高血压患者管理卡》。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(站)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，并填写《基层糖尿病患者管理卡》。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(站)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。

村卫生工作计划篇三

以镇、县教育工作会议精神为指导，认真贯彻落实“安全第一、预防为主”、“学校安全工作重于泰山”的方针，以“以人为本、关爱生命”为主线，突出“安全伴我在校园”的主题，扎实开展好安全教育活动，培养学生的自我防护能力，避免事故发生，确保师生人身和学校财产安全。增强师生的自我防护意识，营造和谐稳定的校园环境，全力打造平安教育形象。

（一）继续进行合班并校工作，完成xx年年度任务。

（二）开展安全“六查”活动（即安全制度检查、消防安全检查、食品卫生安全检查、交通安全检查、危房改造检查和校园综合治理检查等）；建立安全台帐，定期对校舍和安全隐患进行督查与整改，做到未雨绸缪，消除隐患，建设平安校园。

（三）切实加强师生的安全常识教育，上好安全教育课，积极开展形式多样、内容丰富的学教活动，把安全教育工作落到实处。

（四）做好学生（幼儿）健康体质检测工作，确保师生体质健康。

（五）加强学校食堂的卫生监督管理以及学校卫生常规工作，做好禽流感的防治工作，传染病发病率，学生近视防治率达到规定要求。

（一）加大协调力度，力争年内撤并班级十四个，完成年度布局调整任务。

（二）组织召开安全工作专题等会议，传达落实《安全工作指导手册》及上级有关文件精神。

（三）与各学校签定安全目标责任书，明确校长是第一责任人。要求各学校也要层层签定安全目标责任书，特别是与宿舍、食堂、交通管理人员、门卫值班人员及班主任、学生家长等其它人员签定详细责任书，明确各自责任。

（四）切实抓好交通安全工作。严把车辆使用关，杜绝无证车辆接送学生；抓好路队纪律，要求学生佩带红领巾，戴小黄帽，沿路要要有专人监督检查；通过专题报告会、交通安全知识问答、观看警示片等形式对学生进行交通安全教育。

（五）切实抓好食堂卫生工作。认真贯彻落实《学校食堂与学生集体用餐卫生管理规定》以及《学校食物中毒事故行政责任追究暂行规定》，健全并落实关于食堂的各项规章制度，进一步加强对食堂卫生工作的领导、监督和检查。要求各单位严把进货关、储存关、加工关，确保食堂及学生服务部饭菜、食品质量和卫生标准；提高警惕，严防坏人投毒，确保饮食安全。按照《食品卫生法》及《生活饮用水管理办法》的要求，办好食堂许可证及工作人员的体检。坚持对食堂有关设施、工具进行及时消毒，并做好消毒记录。

（一）做好综合治理工作。加强综治人员的教育管理，提高防范意识。加强大门和宿舍保卫人员管理，严格夜查制度，做好出入人员、车辆检查和记录。密切联系有关部门，做好校园周边环境的治理。加强对游戏厅、歌舞厅、录像厅和网吧等娱乐场所的管理，坚决取缔校园周边无证餐点。进一步完善各类事故的安全应急预案，针对消防、用电、用气、饮食、大型活动的安全隐患和易发生安全责任事故的环节，按分工制度完善应急预案，明确责任、细化程序、有章可循，

一旦发生安全责任事故，能够得到及时有效的控制。

（二）落实安全责任追究制度。校长是学校安全的第一责任人，要建立健全安全工作的长效机制。要把安全责任及安全教育当做总抓手，贯穿于各项工作的始终，积极创建平安校园。对因思想认识不足、宣传教育不到位、安全责任不落实、安全隐患不消除的责任人限期整改或撤换，对导致发生安全责任事故的，严肃追究第一责任人的责任。

村卫生工作计划篇四

20xx年我李赵庄第三服务点各项工作，将在项城市卫生局，官会镇卫生院的正确领导下，进一步加强业务学习，确保我村卫生工作各项任务指标全面落实，现将工作计划提出如下：

- 1、年初有全年详细工作计划，半年有工作总结，年终有一年工作总结。
- 2、各种制度上墙，按时完成各种材料上报工作。
- 3、使用统一的基本医疗、疾病预防控制、妇幼保健、健康教育、等工作登记表、卡、册、档案规范管理。
- 4、积极开展新型农村合作医疗宣传及医疗服务工作，积极参加药品统一代购及乡村一体化管理。
- 5、按时参加例会及业务学习培训，并作好学习笔记，做到不迟到，不早退。

1、认真作好疾病预防控制的健康教育宣传工作，严格执行传染病防治法，按时上报疫情，报告率100%，严防传染病的发生及爆发流行。老年人，慢性病，精神疾病每季度一次随访及时电子录入。利用世界卫生日进行宣传和讲座。宣传栏2月更换1次，全年6次。讲座3月1次，每年4次。

- 2、按时完成上级布置的各项任务。
 - 3、认真作好结核病人治疗的全程督导，督导率100%。
 - 4、认真做好本村的健康教育和健康咨询工作，制定好全年的健康工作安排，做到工作有计划，做后有总结。
 - 5、针对重点人群有针对性的高血压和糖尿病病人进行讲解，让老百姓了解一些高血压,糖尿病,常见病的预防和治疗情况。
 - 6、对季节性的疾病做好预防工作，特别是一些具有传染性的疾病，让老百姓增强传染病的认识和懂得一些防治知识。
 - 7、加强学校和公共场所的健康宣传。
 - 8、及时准确上报本村的孕妇数及出生情况，认真填写及开展高危孕妇的筛查，确保各项任务指标的全面完成。
 - 9、认真做好妇幼卫生知识及降消项目的宣传工作，村宣传覆盖面达100%，孕妇知晓率100%【外出除外】。
 - 10、按时准确上报各种报表，资料存根等进行归档保存。
 - 11、做好孕产妇的转诊工作。
- 1、遵守职业道德和医德医风规范以及村卫生室的各项管理制度，严格按照操作规程开展医务服务工作。
 - 2、处方书写规范，用药、收费合理，配伍正确，并有病情和治疗记录。医疗垃圾及时正确处理并完善记录备查。
 - 3、热情接待病人，不得推诿病人和拒绝出诊，做好病人的转诊工作。
 - 4、做好农村新型合作医疗工作的宣传动员工作，让农民得实

惠。

5. 认真执行基本药物制度和药物零差价销售。

我卫生室工作计划有所不周，以及在以后的工作中会存在许多不足之处，望项城卫生局及官会卫生院领导进行业务技能培训，督导等，并及时加以指正。

村卫生室工作计划篇五

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、加强基层高血压、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，普及基层居民高血压、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、糖尿病档案管理系统。

1、建立基层居民健康档案，基层服务人口基线调查率达到90%以上；

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；对基层一般人群、高血压和糖尿病患者开展预防控制工作，在基层建立高血压、糖尿病综合防治机制。

1、高血压、糖尿病的检出

利用建立基层居民健康档案、健康体检、基层卫生院的诊疗、基层免费测血压、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《基层高血压患者管理卡》。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（站）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，并填写《基层糖尿病患者管理卡》。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（站）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。