

2023 慢性病管理工作计划 9 篇

慢性病管理工作计划 1

为建立健全符合我镇社会发展水平的慢性病管理系统，对城乡居民的慢性病实施干预措施，减少主要健康危险因素暴露，有效预防和控制高血压、糖尿病等慢性病，贯彻落实好《国家基本公共卫生服务规范》及上级有关部门要求，结合我镇实际情况，特制定本计划：

一、居民健康档案管理

1、摸清辖区内居民总户数和总人口数。

2、为辖区内居民建立健康档案，在建档率 30%的基础上，今年要求完成 80%，力争 100%。

3、通过建档，掌握 0~36 个月儿童、孕产妇、高血压、2 型糖尿病、重性精神病以及 65 岁以上老年人基数，并实行分类指导和管理。

4、按照规范化管理要求，妥善记录、整理、保存、上报并及时更新各种数据资料。

二、65 岁以上老年人健康管理

1、摸清辖区内 65 岁以上老年人基数，各卫生所要登记、造册、保留基数并上报卫生院汇总。

2、为 65 岁以上老年人每年进行一次健康体检，并做好记录慢性病管理工作计划 5 篇慢性病管理工作计划 5 篇。

3、为 65 岁以上老年人每年进行一次免费血糖化验，并做好记录。

4、通过入户调查，建立健康档案，要求开展村建档率达到 95%以上，力争 100%，并达到规范化管理。

三、高血压病患者健康管理（共青团工作计划）

1、建立 35 岁以上人群首诊测血压制度，及时筛查和发现高血压病人，要求 35 岁以上人群首诊测血压比例达到 95%以上。

2、建立 35 岁以上高血压患者登记册，实行分类管理，要求开展村建档率均要达到 95%以上，力争 100%。

3、对 35 岁以上高血压患者每年进行一次健康体检和免费血糖化验。

4、对于明确诊断的高血压患者每三个月上门随访一次，特殊患者根据病情及时随访，做好随访记录并及时更新档案内容，不得缺项漏项

5、认真学习服务规范，掌握慢病患者的健康指导、行为干预等健康知识，合理对患者进行干预指导。

6、按照规范化管理要求，妥善记录、整理、保存、上报并及时更新各种数据资料慢性病管理工作计划 5 篇工作计划。

四、2 型糖尿病患者健康管理

1、摸清和掌握辖区内 2 型糖尿病患者的基数。

2、建立 2 型糖尿病患者登记册，实行分类管理，并上报、汇总要求开展村建档率均要达到 95%以上，力争 100%。

3、对 2 型糖尿病患者每年进行一次健康体检和免费血糖化验。

慢性病管理工作计划 2

为了落实市、县防病工作会议精神，扎实做好高血压、结核病、糖尿病等慢性病的防治工作，慢性病管理工作计划。根据县慢性病管理工作计划，联系我镇实际情况，特制定本计划：

（一）、任务目标

1. 执行 35 岁以上社区居民首诊测血压制度；每年至少测一次血压和血糖。
2. 对新发现的高血压、糖尿病病人必须建立规范完整的档案资料，建档率和规范管理率达 95%以上，有效随访率达 85%。
3. 辖区内 35 岁以上户籍居民高血压发现登记率应达 85%，糖尿病发现登记率应达 2%以上。
4. 高血压、糖尿病、脑卒中和肿瘤的上报资料准确、完整、及时。

（二）具体措施

- 1、有专人负责社区各项慢病防治工作，工作计划《慢性病管理工作计划》。
- 2、发现可疑结核病人立即转区结核病防治机构进一步检查，不准开抗痨药。
- 3、对传染性肺结核病人实施全程督导治疗。规范服药率要达 98%以上。并及时嘱病人按时做必须的检查和送痰复查，出现副反应及时处理或报告。
- 4、对户籍人口实施 20 岁以上社区居民首诊测血压，35 岁以上居民每年至少测一次血压和血糖，做好居民的周期性体检（一年一次或二年一次）。
- 5、掌握辖区居民高血压、糖尿病人数，有规范完整的病历档案和名册登记（高血压发现登记率达 5%，糖尿病达 2%），规范管理和随访率均达 95%以上。每季、半年、年终的评估中等各项工作指标，血压控制达标率、血糖控制达标良好率和个案效果评估，均应达到要求。

6、掌握辖区 60 岁以上老年人群（常住人口）的基本情况并有花名册，健康档案等资料齐全，开展老人周期性体检工作，有开展工作记录及资料。

7、按要求对重点人群督导访视，并有记录。

8、按照慢性病防治要求，及时、准确、完整、规范地将慢病防治工作相关原始资料统计成报表，按时上报。

9、按照各类慢病防治的需要，积极开展相应的慢病防治，健康宣传教育及健康促进工作。

慢性病管理工作计划 3

随着经济的发展，生活方式的改变和老龄化的加速，高血压、糖尿病、冠心病、恶性肿瘤等慢性疾病发病率和患病率呈快速上升趋势，致残率、致死率高，严重影响患者的身心健康并给个人、家庭和社会带来沉重的负担。因此，慢性病的防治显得尤为重要，为此我院将慢性病防治工作纳入我院综合考核目标，创造支持性的环境，走“防治结合，预防为主”的道路。根据上级慢性病防治相关文件的要求，特制定我院慢性病管理工作计划。

一、工作目标

1、建立慢病基础信息登记，针对重性精神病、糖尿病和高血压的首诊病例进行登记工作，制定慢病管理工作制度，由分管副院长分管此项工作，医教科具体负责实施，责任落实到人。

2、加强高血压、糖尿病患者的初筛工作，提高高血压、糖尿病的规范化管理率和控制率，提高高血压和糖尿病患者的早期诊断和早期治疗，减少或延缓高血压、糖尿病并发症的发生。

3、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住院病人入院宣教，普及居民高血压、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。

4、创建无烟医院，无烟病房，按照我院控烟工作制度及奖惩方案执行，医院后勤工作人员及病区设置控烟督导员，对进入我院公共场所的人员进行控烟宣传，对吸烟人员进行劝导，各科室

建立控烟督导登记本，有记录可查。

5、对我院健康食堂进行规范化管理，对职工进行健康生活方式培训，对职工发放控盐、控油壶，每年举行全院职工进行一次健康知识竞赛，有记录可查。

二、疾病监测工作目标

对心脑血管事件及肿瘤病人进行登记，对死亡病人进行死因监测并登记上报金山社区疾妇站，对35岁以上首诊病人测血压、对达到诊断标准高血压病人进行登记并上报金山疾妇站进行相应管理。

三、实施计划

建立慢病工作制度；对一般人群、高血压和糖尿病患者开展预防控制工作，建立高血压、糖尿病综合防治机制。

1、高血压、糖尿病、重性精神病的检出：利用患者就诊、健康体检、门诊免费测血压、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并上报金山社区疾妇站。

3、体检中心每月上报体检单位及体检总人数，对达到高血压、糖尿病诊断标准的进行详细登记并上报金山疾妇站进行管理。

4、对社区进行慢性病知识讲座，参加市疾控中心的慢性宣教，对基层医护人员进行业务知识培训，每年对医院职工进行慢性病知识培训。

5、不定期邀请上级医院专家对我院医护人员进行业务培训。

四、对高血压、糖尿病高危人群的健康指导和干预

1、高血压、糖尿病高危人群的界定和检出：按照高血压、糖尿病高危人群的界定标准，通过日常诊疗、健康体检、建立健康档案、主动筛查等方式发现高血压、糖尿病高危人群。

2、高血压、糖尿病高危人群健康指导和干预：对高危人群采取群体和个体健康指导相结合的方法，开展健康教育以改变不良的生活方式，通过健康教育提高高危人群对高血压、糖尿病相关知识及危险因素的了解，给与健康方式的指导，定期测量血压，血糖。

根据基层人群的健康需求，广泛开展高血压、糖尿病防治知识宣传，提倡健康的生活方式，鼓励群众改变不良的生活方式，减少危险因素，预防和减少高血压、糖尿病的发生。用“精神卫生日”“高血压日”“世界糖尿病人日”等宣传日，宣传慢性非传染性疾病防治知识和防治理念，引导社会对慢性非传染性疾病的关注，提高人群慢病防治知识知晓率，不断增强广大群众的自我保健意识，促使人们改良不良的生活习惯，建立健康的生活和工作方式，消除或减轻相关危险因素，降低慢病的发病率伤残率和死亡率。

4、建立高血压、糖尿病防治知识宣传栏，每1季度更换1次内容，在导诊台发放高血压、糖尿病等慢性病防治知识宣传单。

5、在辖区举办高血压、糖尿病知识讲座和健康生活方式讲座、义诊等活动。

6、在辖区开展免费测血压、血糖活动。

五、培训

按照《高血压防治基层实用规范》、《中国高血压防治指南》、《中国糖尿病防治指南》对我院的医务人员进行培训，以提高对高血压、糖尿病的管理质量。

六、评估

1、过程评估

高血压、糖尿病建档动态管理情况，高血压、糖尿病随访管理开展情况，双向转诊执行情况，35岁患者首诊测血压开展情况，就诊者的满意度等。

2、效果评估

高血压、糖尿病防治知识知晓率，高血压、糖尿病相关危险行为的改变率，高血压、糖尿病的血压、血糖控制情况和药物规范治疗情况。

七、督导和考核

我院医教科负责对各临床科室进行督导和考核，考核意见及时反馈到被检科室或到个人，以便及时改进工作。

各村相关科室要制定内部的工作制度，工作流程和质量控制等规章制度，加强自我检查。

慢性病管理工作计划 4

随着经济的发展，生活方式的改变和老龄化的加速，高血压、糖尿病、冠心病、恶性肿瘤等慢性疾病发病率和患病率呈快速上升趋势，致残率、致死率高，严重影响患者的身心健康并给个人、家庭和社会带来沉重的负担。因此，慢性病的防治显得尤为重要，而慢性病的防治的重心则在基层基层，慢性病的基层预防是慢性病防治最有效的手段，基层慢性病的防治工作的好坏直接关系到慢性病防治的效果。为此我院将慢性病防治工作纳入基层卫生室的考核目标，创造支持

性的环境，走“防治结合，预防为主”的道路。根据上级慢性病防治相关文件的要求，特制定今年慢性病管理工作计划。

一、工作目标

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。

高血压、糖尿病高危人群的健康指导和干预

1、高血压、糖尿病高危人群的界定和检出。按照高血压、糖尿病高危人群的界定标准，通过日常诊疗、健康体检、建立健康档案、主动筛查等方式发现高血压、糖尿病高危人群。

2、高血压、糖尿病高危人群健康指导和干预对高危人群采取群体和个体健康指导相结合的方法，开展健康教育以改变不良的生活方式，通过健康教育提高高危人群对高血压、糖尿病相关知识及危险因素的了解，给与健康方式的指导，定期测量血压，血糖。

基层一般人群的健康促进根据基层人群的健康需求，在基层广泛开展高血压、糖尿病防治知识宣传，提倡健康的生活方式，鼓励基层人群改变不良的生活方式，减少危险因素，预防和减少高血压、糖尿病的发生。

1、在我院及村卫生室建立高血压、糖尿病防治知识宣传橱窗，每2月更换1次内容，制作高血压、糖尿病防治知识宣传单，通过居委会、医疗站点等发放给基层人群。2、在辖区每月举办一次高血压、糖尿病知识讲座和健康生活方式讲座、义诊等活动。3、在辖区各村开展免费测血压、血糖活动。

四、培训按照《高血压防治基层实用规范》、《中国高血压防治指南》、《中国糖尿病防治指南》对村卫生室医生进行培训，以提高对高血压、糖尿病的管理质量。

五、评估

1、过程评估高血压、糖尿病建档动态管理情况，高血压、糖尿病随访管理开展情况，双向转诊执行情况，35岁患者首诊测血压开展情况，就诊者的满意度等。

2、效果评估高血压、糖尿病防治知识知晓率，高血压、糖尿病相关危险行为的改变率，高血压、糖尿病的血压、血糖控制情况和药物规范治疗情况。

六、督导和考核

1、我院负责对辖区内的村卫生室（站）督导和考核，考核意见及时反馈到被检单位，以便及时改进工作。

2、各村卫生室（站）要制定内部的工作制度，工作流程和质量控制等规章制度，加强自我检查。

5

为进一步做好慢病健康管理服务项目工作，进步慢病的管理率和规范管理率，更好地保障人民群众的身体健康，根据《国家基本公共卫生服务管理规范》结合我中心的实际情况，特制定慢病工作计划。

一、工作目标

扎实展开慢性病综合防控工作。高血压和糖尿病登记建档率达 70%以上，规范化管理率达 80%以上，控制率 30%以上；建立自我管理小组并规范展开自我管理活动覆盖率达 30%以上；门诊 35 岁以上救治测血压覆盖率 100%，慢病监测报告率达 95%以上，纳进管理的高血压和糖尿病患者健康体检率达 95%以上，高危人群主动监测和核心指标监测覆盖率 100%。

（一）高血压工作目标

1、发现并登记高血压患者 800 余名；

2、对最少 700 名以上的患者进行规范化管理，其血压控制率 \geq 60%；

3、发现并最少登记高危人群 100 名；

4、高危人群每一年最少测血压 1 次的比例达 50%；

5、高危人群的干预有记录及效果评价；

6、35 岁以上居民每一年最少测 1 次血压的比例达 60%；

7、居民高血压防治知识知晓率达 60%。

(二) 糖尿病工作目标

- 1、发现并最少登记糖尿病患者 240 名；
- 2、最少对其中 200 名糖尿病患者进行规范化管理，血糖控制率达 60%；
- 3、发现并登记高危人群 30 名，每一年最少测 1 次血糖的比例达 40%；
- 4、高危人群防治知识知晓率达 60%；
- 5、对高危人群和普通人群进行健康教育有记录和效果评价；
- 6、居民糖尿病防治知识知晓率达 50%。

二、主要内容和工作任务

1、高危人群发现和干预：进一步加强门诊 35 岁以上救治测血压登记制度，门诊测血压覆盖率 100%，测血压登记率达 100%，测血压信息和慢病患者救治信息利用率 95%以上；以社区、村卫生室为单位，完成辖区内慢病高危人群主动监测和核心指标监测工作，及时发现高血压和糖尿病患者，早管理、早控制。

2、患者管理：高血压和糖尿病患者登记建档率达 70%以上，建卡率 100%；随访服务以门诊随访为主，进户随访为辅，认真做好已建档慢病患者的常规管理，每一年提供很多于 4 次随访服务，随访服务信息真实；继续展开慢病患者自我管理活动，巩固慢病自我管理活动成果，规范展开自我管理活动辖区覆盖率达 30%以上，自我管理活动信息利用率 100%，进步管理质量；对纳进管理的高血压和糖尿病患者进行 1 次较全面的健康体检，可与 65 以上老年人健康体检或随访服务相结合；做好慢病患者系统化、规范化、动态化管理，规范化管理率达 85%以上，血压和血糖控制率达 30%以上。

社区慢病管理工作计划：

1、社区卫生服务站应设兼职人员负责慢性病管理工作，有社区站—居委会防治网络。

2、根据社区普查结果，建立社区站慢病统计学资料，制定年度工作计划和工作总结。

3、按要求免费为居民建立健康档案，对于慢性病人实行分类管理，定期入户访视，并有详细的记录。有条件的可实行微机管理。

4、社区卫生服务站有进行防治慢性病的宣传场所，应有黑板、桌椅、录音机、电视等必备的宣教设备。

5、社区卫生服务站针对不同人群定期举办慢病防治知识讲座；针对不同人群开展行为危险因素干预活动；要有详细的记录；定期发放慢性病宣传材料。

6、社区卫生服务站应开设慢性病咨询电话热线。

7、社区内应有体育锻炼场所，针对不同居民制定相应的体育锻炼计划，组织慢性病人开展相关的健身活动。

8、建立慢性病各项工作登记记录，并按要求统计上报。

6

随着经济的发展，生活方式的改变和老龄化的加速，高血压、糖尿病、冠心病、恶性肿瘤等慢性疾病发病率呈快速上升趋势，致残率、致死率高，严重影响患者的身心健康并给个人、家庭和社会带来沉重的负担。因此，慢性病的防治显得尤为重要，而慢性病的防治的重心则在基本卫生服务，慢性病的预防是慢性病防治的效果。我院充分认识到慢性病防治的重要性，目前已将高血压、糖尿病的防治工作纳入基本公共卫生服务工作的重点，指派专人管理，成立慢病组等多种方法。特制定今年慢性病管理计划如下：

一、工作目标

1、完成3月31号高血压1938人，12月31号完成3230人。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/085302212302011101>