

卫生服务站三年工作总结(10 篇)

卫生服务站三年工作总结篇 1

，在卫生局和院长的正确领导下，严格执行《国家基本公共卫生服务规范(版)》认真贯彻落实《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，充分调动全站职工的工作积极性和主动性，取得了较好效果，现将我中心基本公共卫生服务项目工作总结汇报：

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

为认真做好十二项基本公共卫生工作。按照上级有关文件精神及工作部署，在科室成员的密切配合和努力下，公共卫生工作取得了一定的成绩。现将基本公共卫生服务工作总结如下：

1、我镇常住人口数 42824 人，截止 10 月我镇共建档 43672 份，建档率已达标。

2、老年人健康管理情况：我镇常住 65 岁以上老人 5925 人。已建档 5925 人，65 岁老年人建档率 100%。65 岁老年人健康体检人次，健康指导人次。

4、慢病管理情况：高血压健康管理人数 4499 人，高血压规范管理 4499 人，规范管理率 90%；最后随访血压达标 3590 人，血压控制率 80%；糖尿病健康管理人数 1119 人，规范管理人数 890 人，规范管理率 90%，最后血糖达标人数 890 人，糖尿病控制率 85%；重性精神病人健康管理 324 人，规范管理 324 人。

(二)、老年人健康管理工作的

结合建立居民健康档案对我镇 60 岁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 10 月，我中心共登记管理 60 岁以上老年 5925 人。并按要求录入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《基本公共卫生服务慢性病管理项目工作方案》及卫生局要求，我中心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 10 月，我中心共登记管理并提供随访高血压患者为 4499 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 10 月,我中心共登记管理并提供随访的`糖尿病患者为 1116 人。并按要求录入居民电子健康档案系统。

(四)、妇幼工作情况

1、辖区内孕妇 158 人,健康管理 153 人,健康管理率 95%,产后访视 158 人,产后访视率 100%。

2、两癌筛查工作正在开展中。

3、叶酸发放 500 人次,1000 盒。

(五)、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 12 次,发放各类宣传材料 32200 余份,更换宣传栏内容 24 次。

(六)、传染病报告与处理工作

一、传染病防治

1、成立了以院长为组长的传染病防治领导小组、突发公共卫生事件应急领导小组，并明确分工。

2、传染病报告情况：我院共上报传染病 60 例，无迟报、漏报现象。

(七)、卫生监督工作

1、加强对卫生监督协管工作的领导，将卫生监督协管工作列入工作日程，举行了 2 次卫生监督协管培训，研究决定相关事项全面落实。

2、已经成立由医院领导为组长、公共卫生科为成员和村卫生站站长的工作领导小组，全面落实了责任制。

3、安排协管员、信息员，负责协管及相关信息报告工作。

4、每周或在节假日期间，组织有关人员进行检查，预防安全事故的发生。

5、结合实际制定实施计划，对本辖区安全存在的薄弱环节加强整治，有针对性地开展专项整治行为，以事故为教训，加大对卫生的宣传和督察力度，并积极配合市级相关部门开展督察和检查。

6、食品安全巡查 24 次，开展了职业病咨询登记，饮用水巡查 24 次，学校卫生巡查 24 次。

二、基本公共卫生服务项目工作中存在的困难

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)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，通过宣传一吸引一再宣传，以逐步改变居民的陈旧观念，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持续健康发展。

在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的更好。



[卫生服务站三年工作总结篇 2](#)

中心工作在区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 版)》，加强内部管理，狠抓基本公共卫生服务项目工作，全面开展基本医疗护理工作以促进基本公共卫生工作。充分调动员工的工作积极性和主动性，适时调整了人员配置，优化组合，使得中心各项工作取得了较好的效果，现将我中心 2018 年工作总结如下：

一、加强领导、定期督导

依据年初制定的工作计划，基本公共卫生服务项目和基本医疗护理工作按计划运行，并结合中心实际，成立中心基本公共卫生服务项目及基本医疗考核、指导领导小组，定期或不定期对中心及站、村卫生室进行检查、督促、指导各项工作。全年共督导检查中心 8 次，站及村卫生室 10 余次。

二、强化培训、提高业务

中心全年进行公共卫生服务项目工作和基本医疗、护理等工作的培训 15 次，考试 4 次。不断提高公卫、医疗、护理人员的业务能力。并送 14 名医护人员到__区人民医院培训 4 个月，送 1 人到__人民医院进修彩超。

三、基本公共卫生服务项目工作开展落实情况

(一)居民健康档案管理

中心共建立居民健康档案 13077 份，其中高血压管理档案 956 份；糖尿病管理档案 337 份；新建儿童保健管理档案 354 份；新建孕产妇管理档案 112 份；重性精神疾病管理档案 35 份；老年人管理档案 1495 份。截止目前，健康档案建档率达到 84.7%。

(二)健康教育

我中心紧紧围绕公共卫生服务项目为基础，以及预防、保健、慢性病人管理为重点。中心门前醒目位置设立宣传栏，根据上级工作要求及不同季节进行健康教育宣传。进一步加大健康教育力度，并将健康知识讲堂深入到学校、工厂、农村，截止目前累计举办健康教育知识讲座 11 次和健康教育宣传活动 20 次。发放各种健康知识宣传单 2 万余份。利用入村及工厂开展的布鲁氏菌病筛查工作之际，进行布鲁氏菌病防治知识面对面宣传 943 人次。

(三)预防接种

对辖区内 354 名 0—6 岁儿童建立预防接种证和接种卡，截至目前开展了 33 次预防接种门诊工作，更好的使我辖区儿童能及时进行预防接种，截至目前接种率为 96.1%。在接种过程中，未出现过异常反应。

(四) 儿童健康管理

加强了对辖区内 0—6 岁儿童管理工作，对 354 名儿童建立儿童保健手册。按照 20XX 版服务规范要求共对 327 名儿童进行免费体检工作，并及时将随访情况进行电子档案信息及纸质档案的录入工作。

(五) 孕产妇健康管理

对辖区内 112 名孕产妇建立保健服务手册，加大了宣传国家降消项目住院分娩好处以及多项免费检查政策，今年上半年共对全镇 84 名孕产妇进行了产前检查，产后访视 74 人次，并及时将随访情况进行电子档案信息及纸质档案的录入工作。

(六) 老年人保健

对辖区内 65 以上老年人建立健康档案 1495 人，截至目前老年人免费健康体检 645 人次，健康体检年度完成率达到 74.6%。为海联社区老年人

免费健康体检 152 人次，海东社区老年人免费健康体检 47 人次，合作村老年人免费健康体检 17 人次，互助村老年人免费健康体检 11 人次。

(七) 慢性病管理

对辖区内 35 岁以的人群的高血压和二型糖尿病筛查工作，在去年的基础今年上半年共筛查出高血压、糖尿病患者 17 人，并先后进行了随访管理，管理原发性高血压患者 956 人和糖尿病患者 337 人并进行面对面随访工作，共随访 3979 次。高血压患者免费体检 436 人次，糖尿病患者免费体检 81 人次。

(八) 重性精神病管理

根据基本公共卫生服务项目的工作要求，将重型精神病患者纳入健康管理档案，并对已发现的重型精神病患者进行随访工作，共随访 35 人。

(九) 传染病及突发公共卫生事件报告和处理 我中心认真贯彻执行《传染病防治法》、《突发公共卫生事件急条例》，拟定了传染病分检办法，检出的传染病送到相应的医院和科室诊治。坚持了门诊登记和疫情自查制度，建立健全了疫情报告制度。并积极配合海拉尔区疾控加强死因调查和传染病的防治工作。截至目前上报传染病例 7 例，无漏报迟报发生。转诊结核疑似病人 2 例，督导管理结合化疗病人 1 例。

(十) 卫生监督协管

建立各项基本资料，认真按要求开展巡查工作和信息上报工作。

四、基本医疗

全科团队开展家庭医生式服务及签约服务，签约居民中 65 岁以上老年人、高血压、糖尿病、孕产妇到中心做血常规、尿常规、肝功、肾功、

血糖、血脂、心电图、B 超、_线检查享受相应检查费用的 8.5 折。(现金支付，不刷卡)



卫生服务站三年工作总结篇 3

随着各级政府对社区工作的高度重视，市、区二级卫生局部门的正确领导和大力扶持，社区居民的日益信赖情况下，我站的各项工作得到了健康、稳步的发展，在____的一年里我们着重做了以下几项工作：

一、社区卫生服务站的优越性，让群众深刻感觉到社区服务的好处，几年来我站开展以诚信为宗旨，以社区居民为中心的服务模式，要求医务人员做到“五

心”服务(热心、关心、耐心、虚心、放心)，对来就诊的病人主动热情、亲切关怀、悉心照料，如有的病人，由于很多原因不能来我站就诊，我们都上门为他们就诊。为了方便患者就诊，我们在形式上做了许多有效的措施，比如电话联系、发联系卡、下乡走访，为病人送医送药上门，使患者感觉到我站的方便、快捷的优越性，让社区的居民真实感受到我站的存在和服务的宗旨。

二、“帮助困难群众，促进社区居民的身心健康、使贫困居民享有初级卫生保健”，是党和国家发展事业的既定方针，也是__市委、市政府非常关心的问题，为解决社区特困居民看病难的问题，我站作了大量卓有成就的工作，如从我站成立之日起，就对我站管辖社区群众承诺：下岗工人和困难户来我站就医的，一律只收成本费，特困户到我站就医的，医药费全免，根据市、区政府、卫生局领导的指示精神，切实做好传染病与实发性卫生事件的预防工作，加强肠道传染病的`预防控制工作。在上级领导的指导下，我们全站医护人员同集体努力，完善了传染病报告制度，设立了传染病报告小组，并设立了奖罚制度，每月做疫情报告，认真落实省卫生厅、市卫生局传达的上级指示精神。

三、抓好健康教育、计划免疫、计生指导工作

实现社区六位一体的功能，基础免疫事关国家的未来，我站始把这一工作放在重要位置，由专人负责。但任没有打到理想的效果。

计生指导是社区卫生工作不可缺少的一个环节，这也是我站的一个薄弱环节。目前为止，由于条件限制，我站和居委会一起不能很好地对围边地区的育龄妇女进行优生、优育指导，对孕产妇例行检查，帮助其做好产前、产后的自我保健提供卫生咨询，解决孕产期心理、生理上的一些问题。

四、我站对群众的健康教育工作一向很重视，因为只有让群众认识到疾病的预防观念，才能提高社区居民的身体健康。

为此，我站每月出宣传栏一期，每季一次健康讲座，还不定时为群众发放宣传材料，同时开展疾病防治知识宣传讲座。

五、医学理论的学习技能培训，提高医务人员业务素质

提高医务人员的业务素质，是搞好社区服务的条件，今年，本站组织全体医务人员学习全科理论知识，参加市、区卫生局、疾病控制中心培训人次数达 15 次以上，岗前次数达 20 次以上，从而大大提高了医务人员的素质，为搞好社区卫生打下了坚实的基础。

六、智能管理、社区卫生服务管理网络

本站目前有一台电脑，对社区居民的健康档案、高血压病等慢性病、50 岁以上的老人及孕妇进行系统管理，为社区卫生服务网络管理打下了基础。

七、实现双向转诊，确保医疗服务质量，资源共享的互惠合作关系，确保提高了社区卫生服务的质量。

回顾建站以为社区卫生发展过程，我们深切感觉到党和政府对社区卫生工作的高度重视和大力扶持，是推动社区卫生事业健康发展的生命力，本站能有今天的规模和成绩，是与市、区领导的支持分不开的，虽然在过去的近两年的实践中，我们积累了一些经验，取得了一些成绩，得到了上级的认可，群众的好评。我们有决心，在新的一年里，总结经验，找出差距，如智能化管理才刚进步，部分医务人员的业务能力、与人沟通能力等综合素质还须进一步提高，深入社区深入家庭还做得不够，这一切，有等在新的一年里改进，提高。我们相信，在上级高度重视、部门的正确指导下，社会各界的大力支持本站，在职工的不断努力下，本站的社区卫生服务事业一定会迈上一个新的台阶。

随着各级政府对社区工作的高度重视，市、区二级卫生局部门的正确领导和大力扶持，社区居民的日益信赖情况下，我站的各项工作得到了健康、稳步的发展，在____的一年里我们着重做了以下几项工作：

一、社区卫生服务站的优越性，让群众深刻感觉到社区服务的好处

几年来我站开展以诚信为宗旨，以社区居民为中心的服务模式，要求医务人员做到“五心”服务(热心、关心、耐心、虚心、放心)，对来就诊的病人主动热情、亲切关怀、悉心照料，如有的病人，由于很多原因不能来我站就诊，我们都上门为他们就诊。为了方便患者就诊，我们在形式上做了许多有效的措施，比如电话联系、发联系卡、下乡走访，为病人送医送药上门，使患者感觉到我站的方便、快捷的优越性，让社区的居民真实感受到我站的存在和服务的宗旨。

二、“帮助困难群众，促进社区居民的身心健康、使贫困居民享有初级卫生保健”

党和国家发展事业的即定方针，也是____市委、市政府非常关心的问题，为解决社区特困居民看病难的问题，我站作了大量卓有成就的工作，如从我站成立之日起，就对我站管辖社区群众承诺：下岗工人和困难户来我站就医的，一律只收成本费，特困户到我站就医的，医药费全免，根据市、区政府、卫生局领导的指示精神，切实做好传染病与实发性卫生事件的预防工作，加强肠道传染病的预防控制工作。在上级领导的指导下，我们全站医护人员同集体努力，完善了传染病报告制度，设立了传染病报告小组，并设立了奖罚制度，每月做疫情报告，认真落实省卫生厅、市卫生局传达的上级指示精神。

三、抓好健康教育、计划免疫、计生指导工作

实现社区六位一体的功能，基础免疫事关国家的未来，我站始把这一工作放在重要位置，由专人负责。但任没有打到理想的效果。

计生指导是社区卫生工作不可缺少的一个环节，这也是我站的一个薄弱环节。目前为止，由于条件限制，我站和居委会一起不能很好地对围边地区的育龄

妇女进行优生、优生指导，对孕产妇例行检查，帮助其做好产前、产后的自我保健提供卫生咨询，解决孕产期心理、生理上的一些问题。

四、我站对群众的健康教育工作一向很重视，因为只有让群众认识到疾病的预防观念，才能提高社区居民的身体健康。

为此，我站每月出宣传栏一期，每季一次健康讲座，还不定时为群众发放宣传材料，同时开展疾病防治知识宣传讲座。

五、医学理论的学习技能培训，提高医务人员业务素质

提高医务人员的业务素质，是搞好社区服务的条件，今年，我站组织全体医务人员学习全科理论知识，参加市、区卫生局、疾病预防控制中心培训人次数达 15 次以上，岗前次数达 20 次以上，从而大大提高了医务人员的素质，为搞好社区卫生打下了坚实的基础。

六、智能管理、社区卫生服务管理网络

我站目前有一台电脑，对社区居民的健康档案、高血压病等慢性病、50 岁以上的老人及孕妇进行系统管理，为社区卫生服务网络管理打下了基础。

七、实现双向转诊，确保医疗服务质量，资源共享的互惠合作关系，确保提高了社区卫生服务的质量。

回顾建站以为社区卫生发展过程，我们深切感觉到党和政府对社区卫生工作的高度重视和大力扶持，是推动社区卫生事业健康发展的生命力，我站能有今天的规模和成绩，是与市、区领导的支持分不开的，虽然在过去的近两年的实践中，我们积累了一些经验，取得了一些成绩，得到了上级的认可，群众的好评。我们有决心，在新的一年里，总结经验，找出差距，如智能化管理才刚进步，部分医务人员的业务能力、与人沟通能力等综合素质还须进一步提高，深入社区深入家庭还做得不够，这一切，有等在新的一年里改进，提高。我们相信，在上级高度

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/156043003112010043>