

基本公共卫生工作总结

基本公共卫生工作总结 1

实施国家基本公共卫生服务项目是促进基本公共卫生服务逐步均等化的重要内容，也是我国公共卫生制度建设的重要组成部分。20__年国家基本公共卫生服务项目包括 11 项内容，即：城乡居民健康档案管理、健康教育、预防接种、0~6 岁儿童健康管理、孕产妇健康管理、老年人健康管理、高血压患者健康管理、2 型糖尿病患者健康管理、重性精神疾病患者管理、传染病及突发公共卫生事件报告和处理以及卫生监督协管服务规范。

一、城乡居民健康档案

（一）服务对象为辖区内常住居民，包括居住半年以上的户籍及非户籍居民。以 0~6 岁儿童、孕产妇、老年人、慢性病患者和重性精神疾病患者等人群为重点。

居民健康档案内容包括个人基本信息、健康体检、重点人群健康管理记录和其他医疗卫生服务记录。

1. 个人基本情况包括姓名、性别等基础信息和既往史、家族史等基本健康信息。

2. 健康体检包括一般健康检查、生活方式、健康状况及其疾病用药情况、健康评价等。

3. 重点人群健康管理记录包括国家基本公共卫生服务项目要求的 0~6 岁儿童、孕产妇、老年人、慢性病和重性精神疾病患者等各类重点人群的健康管理记录。

4. 其他医疗卫生服务记录包括上述记录之外的其他接诊、转诊、会诊记录等。

（二）居民健康档案的建立

1. 辖区居民到乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心（站）接受服务时，由医务人员负责为其建立居民健康档案，并根据其主要健康问题和服务提供情况填写相应记录。同时为服务对象填写并发放居民健康档案信息卡。

2. 通过入户服务（调查）、疾病筛查、健康体检等多种方式，由乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心（站）组织医务人员为居民建立健康档案，并根据其主要健康问题和服务提供情况填写相应记录。

3. 已建立居民电子健康档案信息系统的地区应由乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心（站）通过上述方式对个人建立居民电子健康档案，并发放国家统一标准的医疗保健卡。

4. 将医疗卫生服务过程中填写的健康档案相关记录表单，装入居民健康档案袋统一存放。农村地区可以家庭为单位集中存放保管。居民电子健康档案的数据存放在电子健康档案数据中心。

（三）居民健康档案的使用

1. 已建档居民到乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心（站）复诊时，应持居民健康档案信息卡（或医疗保健卡），在调取其健康档案后，由接诊医生根据复诊情况，及时更新、补充相应记录内容。

2. 入户开展医疗卫生服务时，应事先查阅服务对象的健康档案并携带相应表单，在服务过程中记录、补充相应内容。已建立电子健康档案信息系统的机构应同时更新电子健康档案。

3. 对于需要转诊、会诊的服务对象，由接诊医生填写转诊、会诊记录。

4. 所有的服务记录由责任医务人员或档案管理人员统一汇总、及时归档。辖区内居民。健康教育服务

二、健康教育内容

（一）、服务内容：

1. 宣传普及《中国公民健康素养——基本知识与技能（试行）》。配合有关部门开展公民健康素养促进行动。

2. 对青少年、妇女、老年人、残疾人、0～6岁儿童家长、农民工等人群进行健康教育。

3. 开展合理膳食、控制体重、适当运动、心理平衡、改善睡眠、限盐、控烟、限酒、控制药物依赖、戒毒等健康生活方式和可干预危险因素的健康教育。

4. 开展高血压、糖尿病、冠心病、哮喘、乳腺癌和宫颈癌、结核病、肝炎、艾滋病、流感、手足口病和狂犬病、布病等重点疾病健康教育。

5. 开展食品安全、职业卫生、放射卫生、环境卫生、饮水卫生、计划生育、学校卫生等公共卫生问题健康教育。

6. 开展应对突发公共卫生事件应急处置、防灾减灾、家庭急救等健康教育。

7. 宣传普及医疗卫生法律法规及相关政策。

（二）服务形式及要求

1. 提供健康教育资料

（1）发放印刷资料

印刷资料包括健康教育折页、健康教育处方和健康手册等。放置在乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心（站）的候诊区、诊室、咨询台等处。每个机构每年提供不少于 12 种内容的印刷资料，并及时更新补充，保障使用。

（2）播放音像资料

音像资料包括录像带、VCD、DVD 等视听传播资料，机构正常应诊的时间内，在乡镇卫生院、社区卫生服务中心门诊候诊区、观察室、健教室等场所或宣传活动现场播放。每个机构每年播放音像资料不少于 6 种。

2. 设置健康教育宣传栏

乡镇卫生院和社区卫生服务中心宣传栏不少于 2 个，村卫生室和社区卫生服务站宣传栏不少于 1 个，每个宣传栏的面积不少于 2 平方米。宣传栏一般设置在机构的户外、健康教育室、候诊室、输液室或收费大厅的明显位置，宣传栏中心位置距地面 1.5 米高。每个机构每 2 个月最少更换 1 次健康教育宣传栏内容。

3. 开展公众健康咨询活动

利用各种健康主题日或针对辖区重点健康问题，开展健康咨询活动并发放宣传资料。每个乡镇卫生院、社区卫生服务中心每年至少开展 9 次公众健康咨询活动。

4. 举办健康知识讲座

定期举办健康知识讲座，引导居民学习、掌握健康知识及必要的健康技能，促进辖区内居民的身心健康。每个乡镇卫生院和社区卫生服务中心每月至少举办 1 次健康知识讲座，村卫生室和社区卫生服务站每两个月至少举办 1 次健康知识讲座。

5. 开展个体化健康教育

乡镇卫生院、村卫生室和社区卫生服务中心（站）的医务人员在提供门诊医疗、上门访视等医疗卫生服务时，要开展有针对性的个体化健康知识和健康技能的教育。

三、老年人健康管理

每年为老年人提供 1 次健康管理服务，包括生活方式和健康状况评估、体格检查、辅助检查和健康指导。

（一）生活方式和健康状况评估。通过问诊及老年人健康状态自评了解其基本健康状况、体育锻炼、饮食、吸烟、饮酒、慢性疾病常见症状、既往所患疾病、治疗及目前用药和生活自理能力等情况。

（二）体格检查。包括体温、脉搏、呼吸、血压、身高、体重、腰围、皮肤、浅表淋巴结、心脏、肺部、腹部等常规体格检查，并对口腔、视力、听力和运动功能等进行粗测判断。

（三）辅助检查。包括血常规、尿常规、肝功能（血清谷草转氨酶、血清谷丙转氨酶和总胆红素）、肾功能（血清肌酐和血尿素氮）、空腹血糖、血脂和心电图检测。

（四）健康指导。告知健康体检结果并进行相应健康指导。

1. 对发现已确诊的原发性高血压和 2 型糖尿病等患者纳入相应的慢性病患者健康管理。

2. 对体检中发现有异常的老年人建议定期复查。

3. 进行健康生活方式以及疫苗接种、骨质疏松预防、防跌倒措施、意外伤害预防和自救等健康指导。

4. 告知或预约下一次健康管理服务的时间。

（一）开展老年人健康管理服务的乡镇卫生院和社区卫生服务中心应当具备服务内容所需的基本设备和条件。

（二）加强与村（居）委会、派出所等相关部门的联系，掌握辖区内老年人口信息变化。加强宣传，告知服务内容，使更多的老年人愿意接受服务。

（三）每次健康检查后及时将相关信息记入健康档案。具体内容详见《城乡居民健康档案管理服务规范》健康体检表。对于已纳入相应慢病健康管理的老年人，本次健康管理服务可作为一次随访服务。

四、高血压患者健康管理

（一）筛查

1. 对辖区内 35 岁及以上常住居民，每年在其第一次到乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心（站）就诊时为其测量血压。

2. 对第一次发现收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和（或）舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ 的居民在去除可能引起血压升高的因素后预约其复查，非同日3次血压高于正常，可初步诊断为高血压。如有必要，建议转诊到上级医院确诊，2周内随访转诊结果，对已确诊的原发性高血压患者纳入高血压患者健康管理。对可疑继发性高血压患者，及时转诊。

3. 建议高危人群每半年至少测量1次血压，并接受医务人员的生活方式指导。

（二）随访评估

对原发性高血压患者，每年要提供至少4次面对面的随访。

（1）测量血压并评估是否存在危急情况，如出现收缩压 $\geq 180\text{mmHg}$ 和（或）舒张压 $\geq 110\text{mmHg}$ ；意识改变、剧烈头痛或头晕、恶心呕吐、视力模糊、眼痛、心悸、胸闷、喘憋不能平卧及处于妊娠期或哺乳期同时血压高于正常等危急情况之一，或存在不能处理的其他疾病时，须在处理后紧急转诊。对于紧急转诊者，乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心（站）应在2周内主动随访转诊情况。

（2）若不需紧急转诊，询问上次随访到此次随访期间的症状。

（3）测量体重、心率，计算体质指数（BMI）。

（4）询问患者疾病情况和生活方式，包括心脑血管疾病、糖尿病、吸烟、饮酒、运动、摄盐情况等。

(5) 了解患者服药情况。

(三) 分类干预

(1) 对血压控制满意（收缩压

(2) 对第一次出现血压控制不满意，即收缩压 ≥ 140 mmHg 和（或）舒张压 ≥ 90 mmHg，或出现药物不良反应的患者，结合其服药依从性，必要时增加现用药物剂量、更换或增加不同类的降压药物，2 周内随访。

(3) 对连续两次出现血压控制不满意或药物不良反应难以控制以及出现新的并发症或原有并发症加重的患者，建议其转诊到上级医院，2 周内主动随访转诊情况。

(4) 对所有的患者进行有针对性的健康教育，与患者一起制定生活方式改进目标并在下一次随访时评估进展。告诉患者出现哪些异常时应立即就诊。

（四）健康体检

对原发性高血压患者，每年进行 1 次较全面的健康检查，可与随访相结合。内容包括体温、脉搏、呼吸、血压、身高、体重、腰围、皮肤、浅表淋巴结、心脏、肺部、腹部等常规体格检查，并对口腔、视力、听力和运动功能等进行粗测判断。具体内容参照《城乡居民健康健康档案管理服务规范》健康体检表。

（一）高血压患者的健康管理由医生负责，应与门诊服务相结合，对未能按照管理要求

接受随访的患者，乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心（站）医务人员应主动与患者联系，保证管理的连续性。

（二）随访包括预约患者到门诊就诊、电话追踪和家庭访视等方式。

（三）乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心（站）可通过本地区社区卫生诊断和门诊服务等途径筛查和发现高血压患者。有条件的地区，对人员进行规范培训后，可参考《中国高血压防治指南》对高血压患者进行健康管理。

（四）发挥中医药在改善临床症状、提高生活质量、防治并发症中的特色和作用，积极应用中医药方法开展高血压患者健康管理服务。

（五）加强宣传，告知服务内容，使更多的患者和居民愿意接受服务。

（六）每次提供服务后及时将相关信息记入患者的健康档案。

五、糖尿病患者健康管理

（一）筛查

对工作中发现的 2 型糖尿病高危人群进行有针对性的健康教育，建议其每年至少测量 1 次空腹血糖，并接受医务人员的健康指导。

（二）随访评估

对确诊的 2 型糖尿病患者，每年提供 4 次免费空腹血糖检测，至少进行 4 次面对面随访。

(1) 测量空腹血糖和血压，并评估是否存在危急情况，如出现血糖 $\geq$ 16.7mmol/L 或血糖 $\leq$ 3.9mmol/L；收缩压 $\geq$ 180mmHg 和/或舒张压 $\geq$ 110mmHg；有意识或行为改变、呼气有烂苹果样丙酮味、心悸、出汗、食欲减退、恶心、呕吐、多饮、多尿、腹痛、有深大呼吸、皮肤潮红；持续性心动过速（心率超过 100 次/分钟）；体温超过 39 摄氏度或有其他的突发异常情况，如视力突然骤降、妊娠期及哺乳期血糖高于正常等危险情况之一，或存在不能处理的其他疾病时，须在处理后紧急转诊。对于紧急转诊者，乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心（站）应在 2 周内主动随访转诊情况。

(2) 若不需紧急转诊，询问上次随访到此次随访期间的症状。

(3) 测量体重，计算体质指数（BMI），检查足背动脉搏动。

(4) 询问患者疾病情况和生活方式，包括心脑血管疾病、吸烟、饮酒、运动、主食摄入情况等。

(5) 了解患者服药情况。

（三）分类干预

(1) 对血糖控制满意（空腹血糖值

(2) 对第一次出现空腹血糖控制不满意（空腹血糖值 $\geq$ 7.0/L）或药物不良反应的患者，结合其服药依从情况进行指导，必要时增加现有药物剂量、更换或增加不同类的降糖药物，2周内随访。

(3) 对连续两次出现空腹血糖控制不满意或药物不良反应难以控制以及出现新的并发症或原有并发症加重的患者，建议其转诊到上级医院，2周内主动随访转诊情况。

(4) 对所有的患者进行针对性的健康教育，与患者一起制定生活方式改进目标并在下一次随访时评估进展。告诉患者出现哪些异常时应立即就诊。

（四）健康体检

对确诊的2型糖尿病患者，每年进行1次较全面的健康体检，体检可与随访相结合。内容包括体温、脉搏、呼吸、血压、身高、体重、腰围、皮肤、浅表淋巴结、心脏、肺部、腹部等常规体格检查，并对口腔、视力、听力和运动功能等

（一）2型糖尿病患者的健康管理由医生负责，应与门诊服务相结合，对未能按照健康管理要求接受随访的患者，乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心（站）应主动与患者联系，保证管理的连续性。

（二）随访包括预约患者到门诊就诊、电话追踪和家庭访视等方式。

（三）乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心（站）要通过本地区社区卫生诊断和门诊服务等途径筛查和发现 2 型糖尿病患者，掌握辖区内居民 2 型糖尿病的患病情况。

（四）发挥中医药在改善临床症状、提高生活质量、防治并发症中的特色和作用，积极应用中医药方法开展糖尿病患者健康管理服务。

（五）加强宣传，告知服务内容，使更多的患者愿意接受服务。

（六）每次提供服务后及时将相关信息记入患者的健康档案。

进行粗测判断。具体内容参照《城乡居民健康档案管理服务规范》健康体检表。基本公共卫生工作总结 2 县卫生健康局：

20__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：

一、加强组织领导

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文件，逐一进行比对整改。

二、十四项基本公共卫生服务项目落实情况

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 20__ 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 20__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工作

20__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 20__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 20__年 12 月发放健康教育宣传单 15 余种，共计 20__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 20__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 20__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。

三、20__年工作计划

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，妇动站、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。基本公共卫生工作总结 3

一、工作开展情况：

1、基本情况

全乡一共有__个村__个居委会，辖区总人口__人，累计建档__人，建档率达__%，__年新建档__人。年初制定了基本公共卫生服务工作计划，明确任务目标，进一步落实责任，制定了严格的考评制度。

2、培训与督导

每季度按期开展了一次培训与督导。培训有通知、培训课件、签到表、照片。督导有记录及报告。针对市级开展的督导对存在的问题有整改措施和整改报告。各村卫生室均开展了电子档案信息的维护与更新,档案清理质量有待进一步提高。及时完成了流入人口的建档及服务工作。

死因监测

__年__-12.26 共上报死亡人数__人，死亡率达 6.7%，死亡登记册及死亡医学证明书填写规范完整，且盖有公章。各村卫生室均与各村(居)委会开展了死因信息核对，公共卫生科与派出所开展了死因信息核对，同时开展了补报工作。每季度开展了村级督导与培训工作。

心脑血管管理

__年心脑血管系统中上报信息__例，报告卡填写完整，信息录入一致。

肿瘤管理

__年肿瘤系统中上报信息__例，报告卡填写完整，信息录入一致。

严重精神障碍患者管理

全乡在册患者__人，报告患病率 4.2%，__年现在管患者__人，各村均按期开展了随访工作，纸质资料齐全，并有随访照片。并同步完善了国网系统信息录入工作。__年__月__日开展了一次严重精神障碍患者筛查及诊断工作，新增患者__人，__年__月__日再次开展了一轮严重精神障碍患者的筛查与诊断工作，新增患者__人。__年累计新增患__人。辖区内均已开展了年度体检工作，信息已录入系统。

地方病监测

于今年__月份在全乡范围内按期开展了 5.15 碘缺乏病、氟中毒及肿瘤宣传工作；于__月__日、__月__日，上级主管部门的领导和__卫生院的一起来到村开展了硒监测的__份粮样和__份发样采集以及__户问卷调查工作；

6.27 到村和村医一起进行了__份土壤采样工作。__月份到鹤峰口村入户开展了__户家庭的燃煤污燃型氟中毒的调查与统计工作。

家庭医生签约服务工作

于__年__月、__月分别__全乡村医开展了专题培训会，截止__月__日共完成签约__人次，

二、存在的问题：

健康档案：

1、档案利用率不高，由于公卫平台和门诊系统未对接，未形成资源共享。

2、一般人群的动态（范本）记录有待进一步加强管理。

三、下一步工作打算

1、加强工作汇报和沟通协调。定期向领导汇报严重精神障碍患者管理服务工作开展情况及存在的困难和问题，主动加强与部门间的信息沟通。

2、全面筛查疑似精神障碍患者。进一步做好线索摸排，及时__复核诊断，提高检出率。同时完善在管患者的'年度体检工作。

3、加强各部门协作，同时将外出患者按规定向流入地外转。

4、加强村级督导与培训。进一步提升服务能力。

5、完善已上报死因信息的核对，将死亡调查记录漏项的内容及时弥补。

6、进一步完善辖区内重点人群的家庭医生签约服务工作。并搞好台帐管理。基本公共卫生工作总结 4

为贯彻落实《中共中央、国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》和卫生部、财政部《关于促进基本公共卫生服务逐步均等化的意见》精神，建立覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度，实现人人享有基本医疗卫生服务的目标，规定乡村医生承担公共卫生服务项目内容如下：

（一）居民健康档案

建立统一规范的'辖区居民健康档案：

协助乡镇卫生院对于本辖区内（本村内）漏建、未建的服务人口建立、建齐居民健康档案并根据居民健康状况，及时更新健康档案内容。

（二）健康教育

1、设置健康教育宣传栏，定期更新；开展妇女儿童保健、预防接种、传染病、慢性病防治有关知识宣传、咨询活动。

2、针对健康素养基本知识和技能及本村重点健康问题，配合和乡镇卫生院定期开展健康知识讲座等健康教育活动，普及健康知识。

（三）预防接种

1、了解和掌握本村内所有适龄儿童计划免疫接种情况，动员按时接种和强化接种；

2、协助乡镇卫生院预防接种门诊开展预防接种工作，开展预防接种健康教育和健康咨询，发现、报告预防接种疑似异常反应并调查处理。

（四）0～6 岁儿童健康管理

1、村卫生室应当具备所需的基本设备和条件，按照国家儿童保健有关规范的要求进行儿童健康管理。

2、通过妇幼卫生网络、预防接种系统以及日常医疗卫生服务等多种途径掌握辖区中的适龄儿童数，并加强与托幼机构的联系，取得配合，做好儿童的健康管理。

3、儿童健康管理服务在时间上应与预防接种时间相结合并提供健康指导服务。

（五）孕产妇健康管理

1、掌握辖区内孕产妇人口信息。加强宣传，公示免费服务内容，协助乡镇卫生院开展孕产妇健康管理服务。

2、进行一般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。

（六）老年人健康管理

掌握辖区内老年人口数，协助乡镇卫生院每年为老年人提供 1 次健康管理服务，包括生活方式和健康状况评估、体格检查、辅助检查和健康指导。

（七）高血压患者健康管理

1、筛查

对辖区内 35 岁及以上常住居民，实行首诊测量血压；掌握辖区内高血压患者数，对已确诊的原发性高血压患者纳入高血压患者健康管理。对可疑继发性高血压患者，及时转诊。

2、随访

对原发性高血压患者，每年要提供至少 4 次面对面的随访；对于紧急转诊者，乡医应在 2 周内主动随访转诊情况；若不需紧急转诊，询问上次随访到此次随访期间的症状；测量体重、心率；询问患者疾病情况和生活方式，包括心脑血管疾病、糖尿病、吸烟、饮酒、运动、摄盐情况等；了解患者服药情况。

3、分类干预

（1）对血压控制满意（收缩压

（2）对第一次出现血压控制不满意，即收缩压 ≥ 140 mmHg 和（或）舒张压 ≥ 90 mmHg，或出现药物不良反应的患者，结合其服药依从性，必要时增加现用药物剂量、更换或增加不同类的降压药物，2 周内随访。

（3）对连续两次出现血压控制不满意或药物不良反应难以控制以及出现新的并发症或原有并发症加重的患者，建议其转诊到上级医院，2 周内主动随访转诊情况。

4、协助卫生院开展高血压患者健康体检。

（八）2 型糖尿病患者健康管理

1、掌握辖区内 2 型糖尿病患者数，对 2 型糖尿病患者进行筛查、随访、分类干预。

2、对确诊的 2 型糖尿病患者，每年提供 4 次免费空腹血糖检测，至少进行 4 次面对面随访；对血糖控制满意（空腹血糖值

3、协助卫生院开展 2 型糖尿患者健康体检。

（九）重性精神疾病患者管理

配合接受过重性精神疾病管理相关培训的乡镇卫生院专（兼）职人员，开展相关健康管理工作。

（十）传染病及突发公共卫生事件报告和处理

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，协助开展传染病和突发公共卫生事件的报告和处置。乡村医生要做好相关服务记录。

（十一）卫生监督协管

协助卫生监督机构开展食品安全、职业卫生、饮用水卫生、学校卫生报告和巡查；定期对辖区内非法行医、非法采供血开展巡访，发现相关信息及时向卫生监督机构报告。基本公共卫生工作总结 5

根据《转发关于做好 20__年自治区基本公共卫生服务项目工作的通知》（塔地卫字 20__114 号）文件精神，我县按照《国家基本公共卫生服务规范（20__年版）》，认真组织实施项目工作。现将我县开展工作情况总结如下：

（一）完善相关实施方案，加强项目培训

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 20__114 号《转发关于做好 20__年自治区基本公共卫生服务项目工作通知》，制定完善了《20__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。20__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（20__）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。20__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《20__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

（1）居民健康档案：截止到目前为止累计建档人，建档率77（其中城镇居民建档28384人，建档率70%，农村居民建档95715人，建档率79%）；建立电子档案80986人，电子建档率50%（其中城镇居民建立电子档案16889人，建档率42%，农村居民建立电子档案64097人，建档率53%）；

（2）健康教育：全县基层医疗卫生机构健康教育组织健全；能够在显著位置设立健康教育宣传栏，定期更换内容，广泛宣传项目的内容要求和公共卫生知识；通过入户发放宣传资料、举办健康知识讲座、开展街头宣传咨询等形式对辖区居民进行健康宣传教育。发放健康资料92084份，健康专栏更新520期，接待健康教育咨询35282人次；

(3) 传染病及突发公共事件报告和处理：建立健全传染病和突发公共卫生事件报告管理制度，开展传染病和突发公共卫生事件的报告和处置。20__年全县发现和报告传染病人和疑似病人数 646 例，未发生突发公共卫生事件；

(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) 06 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。20__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：20__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，20__年管理 65 岁以上老年人 11257 人（20__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 20__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%。 $54627 \times 18.8\% = 25810$ ），管理数 9764 人（其中规范管理 9706 人），管理率 91%，糖尿病患病总人数 5298 人（根据 20__年度国家基本公共卫生服务项目考核参考指标，糖尿病患病总人数：辖区内常住成年人人数_成年人糖尿病患病率 9.7%。 $54627 \times 9.7\% = 7761$ ），管理 20__人（其中规范管理 1854 人），管理率 40%。

(9) 重性精神疾病管理：对居家重性精神疾病患者季度随访一次，重性精神疾病患者管理 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

1、基本公共卫生服务项目资金投入不足，县级财政没有按照有关文件规定落实公共卫生项目配套经费；

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。

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/587161106021006165>