

性病工作计划

性病工作计划

日子如同白驹过隙，前方等待着我们的是新的机遇和挑战，让我们一起来学习写计划吧。你所接触过的计划都是什么样子的呢？下面是小编整理的性病工作计划，欢迎阅读与收藏。

性病工作计划 1

采取多种传播、教育和干预的有效宣传形式，更加广泛、深入和持久地开展全民预防艾滋病及相关的性病和无偿献血知识的普及宣传，在人民群众中提倡健康的生活方式和行动准则，改变不健康的行为；同时，反对社会歧视，倡导健康、相互关爱的道德风尚，为艾滋病毒感染者和病人营造良好的社会环境。

一、大力开展艾滋病防治宣传教育活动

1、经常性的宣传教育活动与重要时段集中性的宣传教育活动相结合。

2、对一般人群以普及知识为主，对高危人群以结合干预措施的宣传教育为主。

3、重点做好青少年、妇女及流动人群的宣传教育工作；

4、认真把握艾滋病防治宣传教育内容的科学性、准确性和政策性。

二、基本措施

1、在社区、农村通过张贴宣传画、黑板报、发放宣传资料等形式宣传控制艾滋病、性病的预防措施。

2、积极宣传艾滋病防治工作信息和防治知识，以突出科普知识教育为主。“12·1世界艾滋病日”前后，组织全院人员进行预防艾滋病的常识学习与宣传。利用艾滋病日进行上街咨询，方法宣传资料。

3 做好娱乐场所基线调查和重点人群的干预工作。

4 积极完成上级宣传部门、防艾办及县防艾委交办的其它有关防治艾滋病宣传教育方面的工作任务。

三、活动的形式和要求

1、高度重视开展预防艾滋病宣传教育工作，根据站里预防艾滋病

健康教育领导小组的工作安排，做好组织和开展宣传教育活动。

2、在单位内张贴宣传资料，出一期预防艾滋病健康教育版报。

3、要充分利用文明学校教育阵地，组织开展以预防艾滋病为主题宣传教育活动。

4、印发预防艾滋病宣传资料的宣传、小组访谈和同伴教育等活动。活动结束后，认真总结开展活动的情况和经验。

性病工作计划 2

一、工作目标

对高血压、糖尿病等慢性病人群进行指导，对 35 岁以上人群实行门诊首诊测血压制。对高血压、糖尿病患者实行接诊制度，对辖区内患者进行登记管理。高血压患者每 3 月随访一次，糖尿病患者每季度随访一次，随访工作必须落到实处。正确对患者进行体格检查，并进行用药、饮食、运动、心理等健康指导，慢性病患者管理率达 30% 以上，控制率达 60% 以上。

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、加强社区高血压、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，普及社区居民高血压、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、重型精神病档案管理系统。

二、建档工作目标

- 1、建立社区居民健康档案，社区服务人口基线调查率达到 40% ；
- 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；对社区一般人群、高血压和糖尿病患者开展预防控制工作，在社区建立高血压、糖尿病综合防治机制。

1、高血压、糖尿病的检出

利用建立社区居民健康档案、健康体检、社区卫生服务中心的诊疗、社区免费测血压、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《社区高血压患者管理卡》。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，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，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。

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。

三、社区一般人群的健康促进

根据社区人群的健康需求，在社区广泛开展高血压、糖尿病防治知识宣传，提倡健康的生活方式，鼓励社区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、医疗站点等发放给社区人群。

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

罗家洼卫生院

20xx年xx月xx日

性病工作计划 3

为进一步做好慢病健康管理服务项目工作，提高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20xx年慢病工作计划。

一、工作目标

扎实开展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开展自我管理活动覆盖率达30%以上；门诊35岁以上就诊测

血压覆盖率 100% ，慢病监测报告率达 95% 以上，纳入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、对至少 700 名以上的患者进行规范化管理，其血压控制率 $\geq 60\%$ ；
- 3、发现并至少登记高危人群 100 名；
- 4、高危人群每年至少测血压 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 岁以上居民每年至少测 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、发现并至少登记糖尿病患者 240 名；
- 2、至少对其中 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，每年至少测 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 岁以上就诊测血压登记制度，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就诊信息利用率 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，入户随访为辅，认真做好已建档慢病患者的常规管理，每年提供不少于 4 次随访服务，随访服务

信息真实；继续开展慢病患者自我管理活动，巩固 20xx 年慢病自我管理活动成果，规范开展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% ，提高管理质量；对纳入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，年内动态管理率达 10% 以上。

3、加强慢病监测报告工作。中心及村卫生室要落实门诊脑卒中、冠心病监测报告登记报告制度，实行门诊医生负责制，对各级医疗机构确诊门诊康复治疗脑卒中、冠心病患者进行登记和报告；纳入系统管理的高血压和糖尿病患者增加并发症随访内容，对随访发现的脑卒中和冠心病及时登记。要做好慢病监测及时审核、剔重、补充和订正工作，确保监测报告质量。

4、做好信息数据的利用。年底将管理系统中的高血压和糖尿病患者，从建档卡管理、随访服务和自我管理活动情况、规范化管理情况、控制情况、并发症发生情况、死亡情况等诸方面进行年度统计分析，形成管辖区域内的慢病患者管理情况分析评价报告，将辖区内慢病监测报告数据形成年度分析报告。随访工作必须落实实处。正确对患者进行体格检查，并进行用药、饮食、运动、心理等健康指导。

三、 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》对村卫生室的乡医进行培训，以提高对高血压、糖尿病的管理质量。

四、 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。

五、督导和考核

1、我中心负责对辖区内的村卫生室督导和考核，考核意见及时反馈到被检单位，以便及时改进工作。

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

性病工作计划 4

为认真贯彻落实慢性病防治工作总体要求，积极参与创建“慢性非传染性疾病综合防控示范区”工作，结合学校教育的特点，落实与加强慢性病防治知识的普及，帮助师生树立正确的健康观，采取健康的生活方式，从群体防治着眼，个体服务入手，认真组织实施慢性病干预项目，坚持以人为本，广泛深入开展全民健康教育，保障人民身体健康，现将一年来的教育工作开展情况总结如下：

一、加强领导，进一步完善慢性病综合防治工作组织机构与网络

根据各级健康教育工作的要求和安排，区教育局再次强调和部署了健康教育工作，重新调整学校慢性病综合防治工作领导小组，成立以校长为组长、各部门长为成员的慢性病综合防治工作领导小组，研究分析健康教育工作中存在的问题，分工明确，进一步明确工作责任，要求各位教师合理分配工作时间、突出重点、狠抓落实，切实提高工作效率和执行能力，加快慢性病综合防治工作步伐，在短时间内务求实效，使健康教育机构、网络进一步完善，有力地推动我校慢性病综合防治工作的开展。

二、加强慢性病综合防治工作宣传阵地建设

学校十分注重慢性病综合防治工作宣传阵地的建设，设置固定健康教育宣传栏，每月定期更换宣传栏内容。主要宣传吸烟有害健康、预防性病艾滋病、计划免疫知识、常见慢性病防治、饮食卫生及根据季节变化的疾病防治知识等，增加全体师生的健康知识，提高健康意识及健康行为，促进不良健康行为转变，推动了健康教育工作的深入开展。还以告家长书的形式将学校开展的慢性病综合防治工作发放到

学生家长手中。

三、开展多种形式的健康教育与咨询活动，提高师生的健康意识

按照健康教育工作要求，分别利用世界卫生日、结核病防治日、计划免疫日、世界无烟日、碘缺乏病防治等节日组织人员在学校多次开展健康教育、健康咨询等活动，发放健康教育宣传资料，通过咨询活动使广大居民的健康意识有所提高。

四、加强慢性病综合防治工作的资料收集

慢性病综合防治工作领导小组对于资料的收集整理、宣传栏的内容、活动场地等进行检查督导，使各各位教师重视健康教育工作，按照要求进行健康知识培训，各项资料分类归档。

性病工作计划 5

我院根据《国家基本公共卫生服务规范（20xx 年版）》和《陕西省促进基本公共卫生服务逐步均等化的实施意见》，为做好慢性病（高血压、Ⅱ型糖尿病）患者医疗卫生服务管理工作，特制定慢性病防治工作计划。

一、具体实施项目 and 目标

1、应用适宜技术，指导居民控制血压、血糖水平，实现关口前移，重心下移的策略。

2、掌握个体和人群高血压、II型糖尿病状况。

3、对辖区内高血压和 II 型糖尿病患者进行登记管理。

4、在专业机构指导下，对高血压和 II 型糖尿病患者进行随访和指导服务。

5、服务对象为辖区内 35 岁以上原发性高血压和 II 型糖尿病患者。

二、服务内容：高血压和 II 型糖尿病筛查

1、高血压筛查，对辖区内 35 岁以上居民（常住），每年在其第一次到我院或村卫生室就诊时测量血压。

2□□□□□□□□□□≥140mmHg □□□□≥90mmHg 的居民在去除可能引起血压升高的因素，后预约其复查，对可疑继发性高血压患者及时转诊。

3、建设高危人群每年至少测量 1 次血压，并接受医务人员的生活

方式指导。

4、对原发性高血压患者，我们镇卫生院、村卫生室，每年要提供至少 4 次面对面的随访。

三、服务内容中关于 II 型糖尿病管理彻底做到：

1、对 II 型糖尿病人严格筛查，绝无遗漏，并对患者每年至少测量二次空腹血糖和二次餐后 2 小时血糖，并接受医务人员的生活方式指导。

2、对确诊的 II 型糖尿病患者，我们医院、村卫生室，要每年提供面对面至少次随访。

[illegible]

我们卫生院应在 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，先访患者出现那些情况及异常现象应立即就诊。

5、立即在辖区为慢性病患者建立管理档案，实施随访和健康指导的具体实施人，要严格按照要求，规范各项工作并将信息的建立与规范化管理紧密结合起来。

性病工作计划 6

随着人们生活水平的不断提高，慢性病在我国呈不断上升的趋势，严重威胁人民身体健康。慢性病在我国主要有心脑血管病、恶性肿瘤、糖尿病、慢性阻塞性肺部疾患、骨质疏松等。为加强慢性病管理，制定工作计划如下：

1、开展社区疾病调查工作，了解本辖区内慢病人数及分布并建立档案。 2、重点对高血压、冠心病加强管理，对就医的高血压、冠心病病人随时建立档案。

3、为社区内 35 岁以上人群进行免费查体，进一步筛选高血压及冠心病病人，并进行微机管理。

4、对高血压及冠心病病人进行监测及治疗，及时调整治疗方案，

免费测血压，对冠心病病人发放优惠卡，实行心电图检查半价等措施。

5、定期访视（包括入户访视、电话访视），对冠心病及高血压病人随时了解他们的病情。

6、开展健康教育工作，对就诊的病人随时进行健康教育，发放健康教育处方，并通过“健康教育专栏”进行宣传高血压、冠心病的有关知识，增进居民防病治病意识。

7、定期开展高血压、冠心病专题讲座，参加对象为高血压及冠心病病人。

8、通过健康教育等措施对边区居民进行行为干预，使之采纳健康生活方式，改变不良生活习惯。如：宣传戒烟、少量饮酒、适当进行体育锻炼等。

9、年终对开展的工作进行评估总结。

7

一、提高认识，加强领导，高度重视疫情的预防控制工作

二、各级卫生行政部门要切实采取有效措施，依法科学防治

一是加强疫情监测，实行病例日报和网络直报制度。二是各级医疗机构要做好救治病人的准备工作。一旦发现疫情，能够及时救治病人。三是疾病预防控制机构要做好流行病调查和疫情控制准备工作，一旦发生疫情，能够奔赴现场，迅速控制疫情。四是加强学校等重点人群、重点场所疫情的防治，及时组织对疫点进行消毒处理，保持通风。五是卫生部门要制定科学的防治方案，及时组织开展对重点人群的应急预防接种。要储备适量疫苗，用于疫情应急处理。要继续做好免疫接种工作，真正做到预防为主。六是各县(区)及卫生等部门要抓紧制定完善突发公共卫生事件应急预案，一旦发生疫情，迅速预防控制。

三、要重点加强学校和托幼机构的预防工作

市县(区)教育部门一定要尽快采取措施，组织各类中小学校、托幼机构搞好有关防治知识的全员培训，要求校领导和班主任一定要提高警惕，密切关注学生的健康状况，采取各种形式开展健康教育，普及防治的卫生知识。学校要建立传染病发病报告方式和程序，建立联系

控、医疗机构联系，并且积极配合疫情处理人员落实各项防病措施，控制疫情的流行蔓延。

卫生部门要会同有关部门加大宣传教育工作的力度，广泛开展疾病预防知识的宣传，通过广播、电视、宣传栏等多种形式在公共场合进行等呼吸道传染病防治知识的宣传教育和预防工作，尤其是要加强贫困边远地区及学校、车站、商场、娱乐场所等人群聚集场所的防治知识的宣传教育工作。提高群众的健康意识，培养良好的卫生习惯和自我防病能力，深入开展爱国卫生运动，彻底清理环境和室内卫生。

五、各部门要各司其职、齐抓共管，共同做好预防工作

防治脑流是政府行为，也是一项社会责任，各有关部门都要密切配合卫生部门，协同作战，齐抓共管，做好防治工作。各级财政部门要增加投入，保证此次预防控制疫情工作能够顺利开展。目前预防最有效的手段是接种疫苗，各级政府都要积极想方设法，推行疫苗接种。尤其对必须进行疫苗应急接种的地区，各级财政要挤出经费对特困户儿童实行免费接种，各救助体系要解决贫困家庭患者住院医疗费用。人口、农牧、扶贫、交通、妇联等部门也要根据本部门的实际，积极开展防控工作。

性病工作计划 8

一、工作目标

加大力度推进慢性病自我管理小组建设,开展由专业机构指导的社区健康自我管理小组活动，建立“医患合作、患者互助、自我管理”的慢性病群防群控工作模式。

在 20xx 年底已建成的一个小组基础上，20xx 年要进一步扩展参与人群，在社区中建立十个以上慢性病自我管理小组。

二、工作内容

（一）新建小组，持续推进已建成小组工作

尚未成立自我管理小组的有些中心，今年要实现“0 的突破”。已建成的中心，要创新活动形式，使小组处于运转状态。

以小组组长、指导医生为主，培育一批社区健康促进志愿者，通过他们的带动指导作用，组织社区居民参加自我管理活动。

1、20xx 年内完成活动的自我管理小组不少于 10 个，逐年增加；（每个中心成立 2 个、小拐乡卫生院成立 1 个）。

2、每个自我管理小组每年至少举办 6 次活动。（每小组活动人数为 1015 名患者，年龄 3575 岁）。

3、社区患者自我管理小组覆盖率达到 30% 及以上。（共覆盖 17 个社区、要求每个中心患者自我管理小组覆盖 3 个社区、小拐乡卫生院 2 个）。

自我管理小组活动覆盖率=开展自我管理小组活动的社区数/辖区社区总数×100%。（克区共计 56 个社区）

4、在参加者中确定组长和副组长各 1 名，是经过社区医生培训。组织患者相互交流和学习疾病自我管理的技巧与技能。

5、每次活动有计划、有记录、有图片、有总结。6、小组活动中要进行问卷调查、个人健康状况评价。

四、工作安排

（一）20xx 年 3 月

参加社区卫生服务管理中心组织慢性病管理小组工作培训。

（二）20xx 年 3-12 月

1、各中心制定本中心年度工作计划。

20xx 年各季度核心知识点（小组长和指导医生负责收集相关内容）：

第一季度健康自我管理,合理膳食相关知识。第二季度戒烟限酒相关知识第三季度适量运动相关知识第四季度调适心情相关知识 2、各中心开展上、下半年工作评估 3、举办经验交流会 4、组织评估调查

5、开展总结（内容包括：具体做法，取得成效，存在问题和不足，下一步工作建议等。管理中心在 20xx 年 11 月 15 前，将全年小组工作总结上报区疾控）。

（一）统一认识，加强领导。

各中心要高度重视，加强组织领导，把建立和完善患者自我管理小组作为重点工作加以推进。

（二）加大投入，形成氛围。

各中心要制定具体的工作计划，加大宣传力度，为健康自我管理小组营造良好的氛围。

（三）整合资源，部门配合。

各中心要认真做好组织协调工作，发挥相关部门，尤其是社区等部門的工作积极性，共同推进。（四）明确重点，加强管理。

各中心要重点指导组员按照个人的健康危险因素制定好个人的行为干预计划，并加强对个人计划的过程实施情况评价，让居民在参与中真正有所收获、有所提高。并做好小组活动记录簿的记录。

社区卫生服务管理中心二〇一二年三月五日

扩展阅读：20xx年金口岭社区卫生服务站慢病自我管理年度计划和实施方案

性病工作计划 9

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。为建立健全符合我镇经济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，根据《国家基本公共卫生服务规范》以及上级卫生部门关于高血压患者和Ⅱ型糖尿病患者健康管理服务规范的要求，结合我镇实际情况，制定本年度工作计划。

一、工作目标

（一）总目标：

通过实施基本公共卫生服务慢性病管理项目，对城乡居民的慢性病及相关危险因素实施干预措施，减少主要健康危险因素，有效预防

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/905114324303011102>