# 慢阻肺病工作总结(共69篇)

来源：网络 作者：独影花开 更新时间：2025-03-23

*慢阻肺病工作总结1我社区卫生服务中心在区疾控中心大力支持下加强慢病预防控制工作力度，充分履行慢病预防控制职能，保障了辖区居民身体健康和生命安全。现将20XX年工作总结如下：>一、认真落实慢病防制指导思想 11年我社区卫生服务中心慢病工作在区...*

**慢阻肺病工作总结1**

我社区卫生服务中心在区疾控中心大力支持下加强慢病预防控制工作力度，充分履行慢病预防控制职能，保障了辖区居民身体健康和生命安全。现将20XX年工作总结如下：

>一、认真落实慢病防制指导思想

11年我社区卫生服务中心慢病工作在区疾控中心的具体指导下深入辖区，大力开展慢病防制工作以高血压、糖尿病为重点，结合控烟、控酒、饮食干预等措施，积极开展健康宣教与促进，降低人群主要危险因素，有效地控制辖区慢病的发病率和死亡率。

>二、结合医德医风教育，提高慢病专兼职人员职业道德修养

医务人员坚持以病人为中心，以服务对象满意为宗旨，紧紧抓住辖区居民关心的慢病问题。不断完善服务内容，改进办事程序、服务方式、管理制度，尽最大努力为服务对象提供方便让大家满意。做到自觉把“医德医风规范”落实的医疗服务工作中，进一步恪守服务宗旨，增强服务意识，提高服务质量，树立全新的文明新形象。

>三、慢病防制的内容及措施

为了加大信息工作力度，提高信息数量和质量，提升社区卫生服务中心整体形象，推进慢病防制的规范。成立以家庭医生团队为骨干的慢病工作小组。由公卫科制定工作计划，积极落实慢性病防制工作。、慢性非传染性疾病的患病率不断上升、医疗费用的逐年增长已成为我国一个突出的社会问题，老年人群的经济能力有限并且相对固定，和其相对巨大的医疗需求之间构成了矛盾，这就需要优质经济的服务，而社区卫生服务中心的预防保健和健康教育是最佳投入效益的干预，加强辖区慢病管理可以缓解“看病难、看病贵”的问题。而社区卫生服务中心慢病管理是城镇医疗资源优势的一个突出体现。由于社区卫生服务中心距居民近，就医方便、快捷，医患之间易沟通，易开展健康教育，易宣传医疗保健知识，对一些疾病好回访，易跟踪，社区卫生服务中心慢病管理对社区居民生命质量的提高至关重要。、定期开展自查工作，及时纠察纰漏

我社区卫生服务中心定期开展自查工作，严格按照区疾控中心的要求，对慢病各项工作举行日常自查工作，及时纠察纰漏，不断提高工作质量，同时针对上半年考核中存在的问题，我们认真分析，积极改正。全年登记并规范管理高血压患者1501人，糖尿病304人，于上半年相比“高血压”，“糖尿病”病人总数均翻番增长虽遇目标还有差距，但通过下半年的工作思路调整和家庭医生团队的努力使我们看到来了工作的突破口。针对不同阶段居民健康状况、热点咨询问题，我们定期举办了高血压、糖尿病等慢病的预防知识健康讲座、咨询和义诊活动，向广大社区居民传递了高血压病和其他慢性病的防治知识，提高了社区居民应对高血压、糖尿病等慢性病的能力，同时，通过慢性病随访服务使家庭医生真正成为社区居民的健康守护者。真正实现了公共卫生服务均等化，同时一定程度上解决了辖区居民看病难、看病贵的问题，真正架起了医患之间、社区卫生服务中心和群众之间的连心桥，为辖区居民的健康撑起了保护伞。

>四、求真务实，科学防治，全面落实慢病预防控制工作

1、开展社区主要慢病的健康教育从今年1月至9月共举办讲座、咨询、义诊等活动16场次，受益居民近千人次。发放健康教育处方及各种宣传单20余种，共近2万份，制作慢病防制健康教育专栏3块，基本覆盖我中心所有社区。、进一步加大慢病健康教育力度。以三病防治知识为重点，利用各个卫生日如：“3·24世界防治结核病日”、“4·26全国疟疾日”、“10·8全国高血压日”、“11·4世界糖尿病日”、“12·1艾滋病日”等宣传日，组织开展多种形式的宣传教育讲座活动，普及防病知识。共计发放健康教育资料8000余份，接受咨询1500余人次。

>五、工作体会、存在问题及下一步工作思路

11年我中心慢病防制工作有了很大的改观，在各家庭医生团队的努力下、在中心领导的大力支持下、在各社区居民委员会的大力配合下，我们迈出了走进社区、走入社区居民家门的第一步。在提高辖区居民健康知识素养和健康行为的同时也提高了医务人员服务意识和医德水准。虽然通过上述努力我中心满病防治工作有了很大起色，但也存在诸多不足，内部制度化、规范化管理还有待加强，家庭医生团队建设有待整体提高，慢性病人发现数仍未达标。在下一年度的工作中，我们将进一步加强以家庭医生团队为基础的慢性病防治体系，努力完成慢病防治目标任务，探索慢病规范管理的新思路，进一步拓展慢性病预防控制服务的新功能，加强医务人员的素质培养，努力开创慢性病预防控制工作的新局面。

**慢阻肺病工作总结2**

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

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》、《\*高血压防治指南》、《\*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。

**慢阻肺病工作总结3**

赛诺菲6月15日携手中国医师协会、中国社区卫生协会和中国医疗保健国际交流促进会等多家机构，启动具有战略意义的“健康社区项目”，通过打造立体式的综合能力提升项目，探索与实践有效的社区慢性病管理，尽可能地满足社区卫生服务及疾病管理方面的迫切需求。

中国是慢性病大国，拥有糖尿病患者亿，心血管病患者亿，且患病率处于持续上升阶段。随着慢性病患者数量的增多，医疗卫生服务需求也在不断增加，慢性病防治方面迫切需要做到“重心下沉、关口前移”。

而在整个疾病防治体系中，社区卫生服务中心扮演的角色极其重要。20xx年9月，^v^办公厅发布《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》。其内涵可概括为“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”16个字。

事实上，随着国家重视和投入，中国社区医疗市场正在不断发展。近年来，社区医院基础设施显著改善，社区医疗卫生服务中心的就诊量也在不断攀升，增幅远超大医院。然而，与庞大的慢性病患者人群相比，社区卫生服务系统在医院管理、医务人员诊疗水平和患者疾病管理方面的需求也日益凸显。唯有社区卫生服务水平整体提高，慢性病管理才能真正实现“首诊在社区，大病在医院，康复在社区”的医疗模式。

健康社区项目计划至20xx年覆盖中国42个城市的8500家社区卫生服务中心及服务站，预计将惠及约3万名社区医生及万名患者。目前，一期工程已针对中国患者数量最庞大的心血管疾病与糖尿病正式铺开，覆盖医院管理者、社区医护人员、患者等多个群体。

彭振科先生还强调，赛诺菲对中国社区卫生服务领域的投入，也进一步诠释赛诺菲“立足中国，服务中国”的承诺，彰显了赛诺菲深耕中国的信心。“作为中国慢性病领域的领先企业，我们积累了丰富的专业知识以帮助中国提升慢性病管理水平。今后，我们将一如既往的与政府、协会、医护人员进行紧密的合作，充分利用各方优势和资源，构建服务中国社区卫生领域最具有活力的生态系统，最终造福广大患者。”

**慢阻肺病工作总结4**

按照市卫生局的工作安排及要求，根据本社区卫生服务中心的实际情况，落实各项任务，现已完成了本年度各项工作任务，现总结如下：

一、有序推进国家基本药物制度实施。

二、进一步加强规范全科服务团队基本医疗和公共卫生服务。

我中心强化社区卫生服务全科团队主动服务、上门服务和连续服务功能，各中心医务人员与中心全科团队实行互动式工作，即中心全体医务人员分组融入各个团队，参与各团队的六位一体工作，加强完成居民健康档案的建档工作。建立并完善居民健康档案10115份，新增健康档案895份。随访21892人次。这些活动加强了辖区居民对我中心的了解，加快推进居民健康档案的建立、慢病管理、社区医疗、康复、计划免疫、计划生育、健康教育、妇幼保健等项工作的正常、有序的开展。

1、健康教育健康教育既是提高社区居民自我保健意识和健康水平的重要举措之一，也是社区卫生服务机构最重要的职能之一。为此，我们十分重视，精心组织和策划，制作更换宣传栏和宣传展板20块;发放健康教育处方500余张;3-4月份我中举行了为妇女儿童以及60岁以上老人免费进行健康体检活动及健康教育讲座活动，免费体检人数达300人次。健康教育讲座及咨询12余次。其中为60岁以上老人健康体检585人。在6-8月份我中心举行了庆祝建党\_周年社区卫生便民服务百日活动，深入街道社区、居民家中为居民送医送药、健康指导、健康教育。截止20\_\_年9月我中心免费测血压共计3259人次。发放宣传单20\_\_多份。以上活动均得到了社区居民的广泛好评。

2、慢病管理：中心通过门诊就诊、入户、义诊、咨询等方式对发现的高血压、冠心病、糖尿病、慢阻肺、脑卒中等进行建档管理，今年高血压病人新增至15例，随访率95%、管理率达到95%、控制率65%;糖尿病新增至5例，随访率96%、管理率96%，控制率60%;并对其他慢性病进行专案管理。同时，为了提高辖区居民的健康意识和高血压等慢性病的早发现、早诊断、早期给予健康指导和合理的治疗，降低心脑血管等疾病的死亡率、提高生命质量、促进辖区居民健康水平的提高，我们进一步实施了35岁以上人群首诊测血压、60岁以上老年人健康管理等工作，开展了健康教育进家庭、进社区等活动，并为辖区居民提供互动平台，争取让他们形成自我监测、自我管理、相互介绍经验、相互帮扶的良好局面。同时开展了残疾人健康管理工作，共为他们建立健康档案34份，先后为他们开展了送医送药、健康指导、心理咨询等活动;建立精神疾病专案管理，上半年共管理名患者，通过评估28人。

3、妇幼保健：今年，我们认真抓好妇幼保健工作的落实，在与于辖区办事处合作，进一步加强和巩固了孕产妇、儿童、出生缺陷的系统管理。上半年早孕建卡15人，孕产妇保健28人，产后访视人数20人，新生儿访视人数20人，07岁儿童管理数235人。系统管理率达，计划生育指导咨询100多人次，截止9月30日妇女病普查已完成20\_\_余人次，妇幼保健工作得到了辖区居民的认可和好评。

4、计划免疫：上半年，中心积极选派工作人员参加区疾控中心组织的计划免疫培训班，取得了良好成绩。中心防保工作人员认真执行冷链运转工作，做到了安全、及时拨发疫苗。疫苗接种工作做到了“五苗”接种率100%，卡证符合率100%，新生儿乙肝疫苗接种率100%，按时上报了各类报表，坚持了脊灰、麻疹的“0”病例报告制度，保质保量完成了上级下达的各项指令性任务，预防接种人次数1300余人次。无接种疫苗相关疾病的发生。无接种安全事故发生。

5、医疗卫生工作：为加强医疗质量管理，中心成立了医疗质量管理小组，建立了医疗质量分析制度，将存在的问题进行全员讨论，并提出相应的改进措施，全面提高了医疗服务水平，为下一步社区卫生服务工作深入开展奠定了基础;中心严格执行基本药物制度，100%实行了药品零差率销售，真正做到了让利于民，优惠于民。

三、加快推进社区卫生内涵建设

中心在掌握辖区人口基本情况之初，即根据人口居住区域，组建了2组片医团队，分别负责辖区居民的健康档案建立、慢病管理、入户随访等项工作，并与社区联合，建立一支以社区干部、片医团队、院长为主体的社区联合服务团队，实行服务人员姓名公开、电话公开、服务内容公开的三公开模式，切实做到“点对点、零距离、全方位”的服务。

四、下一步打算

1、加强人才培养和引进工作。建立健全各项制度，为社区卫生培养一支结构合理、素质精良、技术一流，具有开拓创新精神和掌握社区卫生适宜技术的专业技术人才队伍，为实现社区卫生事业可持续发展提供强有力的人才保证和智力支持

2、全力推进社区卫生信息化建设，加快推进居民档案的信息化录入和管理工作，继续加强儿童保健、计划免疫的信息化管理工作，努力实现为辖区居民提供“记录一生、管理一生、服务一生”的信息化管理服务。

3、认真贯彻落实国家基本药物制度。认真执行药品零差率销售制度，加大零差率药品品种的种类和数量，继续做好惠民工作。

**慢阻肺病工作总结5**

>一、认真落实慢病防制指导思想

20xx年我院慢病工作在卫生局具体指导下深入社会，大力开展慢病防制工作以高血压、糖尿病为重点，结合控烟、控酒、饮食、心理干预等措施，积极开展健康宣教与促进，降低人群主要危险因素，有效地控制辖区慢病的发病率和死亡率。

>二、结合我院《医院管理制度》，提高慢病专兼职人员职业道德修养

医务人员坚持以病人为中心，以服务对象满意为宗旨，紧紧抓住辖区居民关心的慢病问题。不断完善服务内容，改进办事程序、服务方式、管理制度，尽最大努力为服务对象提供方便让大家满意。做到自觉把《医院管理制度》，提高慢病专兼职人员职业道德修养。

医务人员坚持以病人为中心，以服务对象满意为宗旨，紧紧抓住辖区居民关心的慢病问题。不断完善服务内容，改进办事程序、服务方式、管理制度，尽量大努力为服务对象提供方便让大家满意。做到自觉把《医务人员工作手册》落实到医疗服务工作中，进一步恪守服务宗旨，增强服务意识，提高服务质量，树立全新基层卫生服务中心文明新形象。

>三、慢病防制的内容及措施

2、慢性非传染性疾病的患病率不断上升、医疗费用的逐年增长已成为我国一个突出的社会问题，老年人群的经济能力有限并且相对固定，和其相对巨大的医疗需求之间构成了矛盾，这就需要优质经济的服务，而预防保健和健康教育是最佳投入效益的干预，加强慢病管理可以缓解“看病难、看病贵”的问题。而基层卫生院慢病管理是农村医疗优势的一个突出体现。由于基层医疗距农民近，就医方便、快捷，医患之间易沟通，易开展健康教育，易宣传医疗保健知识，对一些疾病好回访，易跟踪，基层卫生院及各村卫生室慢病管理对农村居民生命质量的提高至关重要。

3、定期开展自查工作，及时纠察批漏

我院定期开展自查工作，严格按照区疾控中心的要求，对慢病各项工作举行日常自查工作，及时纠察纰漏，不断提高工作质量，同时针对上半年考核中存在的问题，我们认真分析，积极改正。

4、定期宣传、培训慢病知识

针对不同阶段居民健康状况、热点咨询问题，我们定期举办了高血压、糖尿病等慢病的预防知识健康讲座，向广大居民传递高血压病、糖尿病及其他慢病的防治知识，带领着居民群众，对高血压及其他慢性病认识的误区和盲区，给任重而道远的社区预防保健工作打下了坚实的根基，同时一定程度上解决了居民看病难、看病烦的问题，真正架起了医患之间、社区和群众之间的连心桥，为居民的健康撑起了保护伞。

5、截止xx月20日，共建立慢性病档案2739份，其中高血压2101份，糖尿病638份，并对其进行分类管理，逐级随访。

>四、工作体会，存在的问题、打算

20xx年我镇卫生院慢病防制工作取得显著成绩，这要归功于每位医务人员（包括各村乡医）共同努力协调。在改善各村居民健康知识，健康行为的同时提高医务人员健康素养，从而推广到整个分水镇。

但也存在不足之处，内部制度化、规范化管理还有待加强，各村卫生室医务人员队伍建设有待整体提高，高血压、糖尿病宣传培训活动有待进一步拓展。在今后的工作中，我们将以\*精神为指导，进一步探索科学规范管理的新机制，进一步拓展慢性病预防控制服务的新功能，加强基层医生素质培养，努力开创慢性病预防控制工作的新局面。

**慢阻肺病工作总结6**

按照街道20xx年秋季征兵工作的统一部署，为了确保今年征兵工作的顺利开展，莲花池社区于9月29日开展征兵工作专题会议，会议中对今年秋季征兵工作作出了统一的安排，现结合莲花池社区的实际情况就20xx年秋季征兵工作会议汇报如下：

>一、 社区成立了专门的征兵工作领导小组

莲花池社区成立了以社区干部和居民小组长为成员的征兵工作领导小组，为今年秋季的征兵工作作好了组织准备工作。

>二、 社区将征兵名额分解到各居民小组，具体责任落实到人

通过会议研究决定莲花池第一居民小组征兵送检目标人数为2人，确保最终能成功入伍的人数为1人;第三居民小组送检目标人数为2人，成功入伍人数为1人;第四居民小组送检目标人数为3人，成功入伍人数为1人;第六居民小组送检目标人数为3人，成功入伍人数为1人;第八居民小组送检目标人数为2人，成功入伍人数为1人;第十居民小组送送检目标人数为2人，成功入伍人数为1人;送检目标人数共计16人，确保最终能成功入伍的人数共计4人。

>三、 熟悉情况，掌握家底

>四、 广泛发动宣传，扩大居民群众对征兵条件及各项优惠政策的知晓率

一是以征兵工作小组各成员为骨干，下到各居民楼院召开专门的征兵工作楼院会议;二是每个居民小组张贴告示10张、发放征兵宣传单共计6000份;三是在人口密集的地方悬挂横幅3条;四是每个居民小组办理征兵黑板报1张;五是利用社区腰鼓队在节假日开展征兵宣传;以上各种宣传方式都以今年征兵的具体条件及国家对应征青年的各项优惠措施为主要内容，确保辖区内的大部分居民都知晓今年的征兵工作。

>五、 征兵工作小组作好应征青年本人及家庭的动员工作

在征兵工作中应征青年本人及家庭对当兵有疑虑的，社区征兵工作小组尽全力作好政策解释工作和思想动员工作。

>六、 配合上级作好征兵工作的登记、体检、政审等各项工作

>七、 总结去年征兵工作的经验，找准不足，努力作好今年秋季的征兵工作

**慢阻肺病工作总结7**

我们继续强大了民兵突击队、青年志愿者服务队，发扬了我社区青年不怕苦、不畏难、勇于向上的优良风范，充分体现我支部的先进性。

支部的建设得到更进一步加强

一是继续抓班子建设，强核心。班子好坏，直接体现能发挥“领导核心”和“战斗堡垒作用”。我们坚持“三抓”不动摇，全面加强自身建设，抓好党风廉政建设，长年坚持支持成员在支部干部会上述职述廉制度，接受党员监督。

二是继续抓好队伍建设，突击管理和培养要求。以社区党校为阵地，发挥电教设备作用，健全“三会一深”制度，促进了党员加强学习，提高了社区党员队伍整体素质，增强了支部凝聚力、号召力、战斗力，从而更好树立了在青阳镇一支较高的敬业奉献、遵纪守法、助人为乐、甘为民仆的领导集体。继续完善好新建立的楼栋党支部、社区党建联席会议、以党员服务队等队伍建设载体，为社区组织引导提供平台。

在社区党总支李书记的带领下，\*\*社区发展成为布局合理、设施齐全、功能完善的新型的文明社区。上半年又被县委定为“十强基层党建示范点”，成绩显著。但我们一定还要保持谦虚谨慎，不骄不躁的心态，解放思想，扎实苦干、实事求是，力争下半年工作再创辉煌。

下半年将继续紧紧围绕党委、政府中心工作，开展社区工作，在此基础不折不扣、加大力度、夯实“四个基础”努力创建和谐社区。①加大资金投入，优化环境，夯实社区的物质基础。②加强民主政治建设，健全和完善管理体制和工作运行机制，夯实社区群众基础。③整合资金、强化为民服务、夯实构建和谐社会基础。④加强领导、夯实创建和谐社会的组织基础;另一方面，更进一步强化招商引资意识理念，争取突破镇下达招商任务。社区两委班子成员争做招商带头人，做到人人有责任，人人有任务，人人有项目。在实际工作中，我们肯定还存着许多不足之处，与友邻兄弟单位相比一定存在着差距。我们社区两委，在李书记带领下一定务实苦干，坚决抵制不正之风，切实圆满完成党委政府交给的各项任务

**慢阻肺病工作总结8**

为了保证师生的健康，牢固树立“健康第一，安全至上”的思想，在预防全校师生新型冠状病毒感染的肺炎传染病的发生，维护教育教学秩序稳定方面，学校做了大量的工作，采取了得力措施。为了打好这场抗击疫情的攻坚战，我校领导亲自挂帅，积极部署疫情防控方案。在广大师生们齐心协力，万众一心的努力下，学校疫情防控工作目前没有没感染人员，使我校防控新型冠状病毒感染的肺炎传染性疾病工作取得阶段性胜利。

>1.提高认识，制定切实可行的工作目标。

当前，新型冠状病毒感染的肺炎疫情仍在蔓延，吉林省已启动重大突发公共卫生事件I级响应。学校领导非常重视新型冠状病毒感染的肺炎防控工作，通过办公群组织教师认真学习上级文件精神，贯彻落实上级的决策部署，按照高度重视、全员参与、积极应对、联防联控、依法科学处置的总体要求，按照预防为主，防治结合;依法防控，科学应对;分级负责，属地管理的原则，充分准备，严阵以待，认真做好各项防控工作，程度地减少新型冠状病毒感染的肺炎流行对师生健康和学校安全稳定造成的危害，维护社会稳定。

>2.精心组织，建立健全组织领导机构。

成立了防控新型冠状病毒感染的肺炎工作领导小组，由校长负总责，按照xx市新型冠状病毒感染的肺炎疫情联防联控工作领导小组《关于加强新型冠状病毒感染的肺炎疫情防控工作的通告》和教育局《新型冠状病毒感染的肺炎防控工作方案》等相关文件要求，把学校疫情防控工作作为当前最重要工作来抓，将新型冠状病毒感染的肺炎防控工作落实到学校具体部门、落实到每个班级，认真开展学校防病防疫工作的\'筛查活动。

>3.合理安排，采取有效的防控工作措施。

1)、制定方案，精心准备。认真学习上级有关文件精神，制订应对新型冠状病毒感染的肺炎疫情的工作方案并认真落实。

2)、加强宣传，及时预防。积极开展多种形式的健康宣教，普及新型冠状病毒感染的肺炎防治知识，倡导环境卫生、科学洗手等卫生行为，提高广大学生、教职员工对疫情防控的正确认识和自我防护能力。学校定期对教室、图书馆(阅览室)、教研室、宿舍等学生和教职员工学习、工作、生活场所卫生进行消毒，注意通风，保持空气流通。

3)、建立制度，完善措施。开学后，每日对在校学生和教职工开展晨检，仔细询问是否有发热、咳嗽、咽痛等症状。一旦发现异常症状的学生或教职工，要立即按有关规定，上报、隔离。要求其进行进一步诊治，其间不得返校参加正常教学等活动。指定专人每日负责学生和教职员工因病缺勤登记和随访工作。一旦出现学生、教职工病缺勤，应及时了解缺勤原因，发现异常现象要在第一时间(2小时内)报告当地疾病预防控制机构和教育行政部门。

4)、畅通渠道，上报及时。一是建立“零报告”制度。建立健全校内有关部门和人员、学校与家长、学校与教育行政部门“零报告”联系机制，完善信息收集报送渠道，保证信息畅通。二是实行24小时值班制度。加强校内值班，实行24小时值班制度。建立与教育部门、\*门信息联动机制，发现疫情及时上报并收集本地区新型冠状病毒感染的肺炎发生信息，及时准确地进行预警。

>4.开学后，搞好消毒、卫生工作，营造学生健康成长的环境。

1)、各班除召开“预防新型冠状病毒感染的肺炎”专题班会外，还经常利用晨会、午会等时间，发动学生从 了解病状、预防措施到宣传。

2)、学校教职工一旦有感冒发热立即报告学校，并由校长了解状况，根据病情决定是否上报上级部门。

3)、家长一旦发现孩子发烧，第一时间通知学校，先送医院(不要任其返校或要求学校送医院而造成不必要的学生间互动)

4)、每日对学生个人卫生进行检查。

5)、每周进行门把手、楼梯扶手、桌面等物体表面用消毒剂进行擦拭消毒;

6)、进行清扫或消毒时，工作人员应戴手套，清洗结束后要立即洗手。

7)、养成良好的个人卫生习惯和饮食习惯，饭前便后洗手、勤洗澡。

8)、告戒家长尽量少带孩子去拥挤的公共场所，特别是尽量避免与其他有发热、出疹性疾病的儿童接触，减少被感染的机会。\*时要多注意观察孩子身体状况的变化，一旦发现孩子有发热、出疹等表现，应尽早带孩子到医院就诊，并积极配合医生的治疗。

9)、每天进行零报告制度。学校有专人负责每天向教育局体卫办报告学校的情况,做到信息畅通。

10)、积极开展体育活动，加强体育锻炼，保证一天的一小时锻炼时间，从而增强体质，提高机体抵抗力。

11)、全校班级分别举行了以“防止肺炎”的主题班会，内容丰富，深入浅出，形式多样，收效显著。目前乃至今后一段时间，防控新型冠状病毒感染的肺炎的任务还十分艰巨，我们将在上级的正确领导下，创造条件，千方百计做好防控工作，为全面防控疫情作出贡献!

>5.存在问题

口罩和消毒液等必备物资目前采购困难。

>6.下阶段工作

1)、继续做好师生疫情防控宣传教育工作，进一步引起全体学生及家长的高度重视。

2)、上级有关部门应该加强对社会进行知识宣传，提高群众防控意识。

面对新型冠状病毒感染的肺炎蔓延的严峻形势，加强对新型冠状病毒感染的肺炎的防控，是学校应尽的义务，确保全校师生\*安度过流行疾病蔓延的严峻时期，是学校的责任。我校认识到位，部署及时，措施得力，新型冠状病毒感染的肺炎防控工作有条不紊。

下一步，我校将进一步加大工作力度，将新型冠状病毒感染的肺炎放控工作逐步引向深入，为创建\*安和谐校园作出应有的贡献

**慢阻肺病工作总结9**

近日，20xx年上海市“联合国糖尿病日”主题宣传活动暨第五轮加强公共卫生体系建设三年行动计划社区慢性病健康管理支持中心授牌仪式在闵行区举行。松江区小昆山镇社区卫生服务中心作为松江区唯一一家参选单位，顺利通过市级验收，并获得上海市社区慢性病健康管理支持中心“优秀建设单位”称号。

小昆山镇社区卫生服务中心慢性病健康管理中心从20xx年6月开始建设，20xx年10月建成并正式启用。

慢性病健康管理支持中心区域独立、环境整洁、布局温馨，针对高血压、糖尿病、慢阻肺、大肠癌等主要慢性疾病，开展慢性病综合危险因素精准化采集和监测、疾病筛查等服务，精准测量并实时数据信息化上传，充分体现着科技信息化技术的智慧运用。

今后，慢性病健康管理支持中心将与家庭医生签约服务资源整合，为患者提供个性化服务，融合示范康复中心、护理中心、健康管理中心、MMC等建设，打造小昆山示范品牌，开展不同需求的个性化慢病支持服务，实现“以治病为中心”向“以健康为中心”的转变。

**慢阻肺病工作总结10**

一、强化内功、完善管理

中心按照现有编制和社区卫生服务的职能逐步调整人员结构，达到合理配置人力资源，以完善职能。实现管理水平不断提升，并以服务社区提高居民健康水平为核心，强化质量意识，服务意识。建立有效的全成本核算体系，切实降低服务成本、医疗成本，减少各种开支，减轻社区居民的经济负担。

二、加强医德医风建设，构建和谐医患关系

中心按照《海拉尔区医务人员医德考评制度实施方案》文件要求，制定《---社区卫生服务中心医务人员医德考评实施方案》，加强医德医风建设、提高医务人员职业道德素质为目标，以考核记录医务人员的医德医风状况为内容，以规范医疗服务行为、提高医疗服务质量、改善医疗服务态度、优化医疗环境为重点，强化教育，完善制度，加强监督，严肃纪律，树立行业新风，构建和谐医患关系，。

三、加强业务理论知识培训，提高全员素质

中心建立健全业务学习制度和考核制度，全面实施人才战略，全面提升专业技术人员技术业务素质，熟练掌握全科业务理论技术，并且组织全员学习、培训禽流感、手足口病、甲型h7n9流感等流行性疾病防治等相关知识，培养出一支精干的;医德高尚;技术精湛;业务全面;善于协作的社区卫生服务人才队伍。

四、体现社区卫生服务的公益性质逐步完善服务功能

(一)社区慢病患者等待接受随访及免费体检

1、做好突发公共卫生应急预案的完善和演练，具备应对突发公共卫生事件的能力。中心在20-年建立居民家庭健康档案66%的基础上，抽出人力建立剩余的家庭健康档案，截至目前建档率已达。进一步完善了社区卫生诊断，并有计划地实施干预和预防保健服务。

2、适时开展慢性非传染性疾病防治和管理工作，我们对建立家庭健康档案筛查出的患者核实回访的基础上，在社区卫生服务中筛查出慢性病患者一并建档管理，并认真做好常见病、多发病及传染病的防治工作。慢病管理率达95%以上。老年保健、精神卫生也逐渐纳入管理，康复医疗提高了康复训练器具和理疗仪器的利用率。

(二)为辖区慢病病人进行免费体检

1、20-年---社区服务中心共投入16万元，为辖区慢性病人及60岁以上老年人约6000例进行免费体检，截至--月份已完成4800余例，此项工作得到了居民一致好评。

2、孕产妇管理率达90%以上，早孕建卡率达到85%以上，产前检查产后访视达到要求，产后42天回归检查达到90%以上，对高危孕产妇实行全程分级管理，加强对适龄儿童的管理，儿童系统管理率达95%以上，认真做好疾病的预防、治疗及缺点的矫治，鼓励母乳喂养，4～6个月母乳喂养率达80%以上，0～1岁佝偻病预防投药率90%以上，2～3岁佝偻病预防投药率60%以上。

3、加强计划免疫工作，卡、证、簿齐全，填写整齐，严格按程序进行预防接种，7岁以下儿童建卡率达98%以上，卡证相符率达98%以上，周岁儿童5苗全程接种率达95%以上，新生儿免费乙肝疫苗接种率达100%，首诊及时率达95%以上，计划免疫报表准确及时，报表填写合格率达100%，及时率达98%以上。

(三)加强疫苗质量管理，保证主渠道供应，做好账目的纪录。及时检查冷链设备状态，确保冷链正常运行。

**慢阻肺病工作总结11**

20\_年慢性病管理工作总结

20\_年慢性病管理工作，在县卫生局正确领导下、县疾控中心正确指导下、在饶峰镇府及全院职工大力支持下，我院各科室密切配合，扎实做好高血压、糖尿病、精神病等病的管理工作，较好地完成了全年工作任务，现将工作总结如下：

一、加强领导、统筹安排。

我院高度重视慢性病管理工作，将此项工作纳入议事议程，并与日常工作有机结合，于年初下发工作安排、工作规范，将工作内容细化，层层落实责任。

二、督导、培训工作。

为切实做好慢性病管理工作，全年共组织乡村医生参加专项培训2次：利用培训及时传达上级文件精神，并组织学习慢性病的管理方法，坚持每月对村卫生室督导一次，发现问题立即下发督导意见书限期整改，做到有检查，有记录。

三、工作开展情况。

1、加大健康教育宣传力度，切实提高群众的防病意识。利用宣传栏、宣传材料大力宣传慢性病防治知识，共制作宣传资料5种，202\_余份，板报5期。并积极利用高血压、糖尿病宣传日开展宣传活动进行面对面宣传，受益约3000余人，发放宣传材料202\_余份.2、加强慢性病患者的管理。

（1）、我院门诊及各村卫生室实行了35岁以上人群首诊测血压制度，要求35岁以上人群每年尽可能测一次血压，查一次血糖，切实提高了病人的发现率。

（2）、对新发现的高血压、糖尿病患者，要求进行至少两至三次复诊，确诊后积极出具诊断证明书，并为其建立健康档案，纳入慢性病管理。

（3）、每季度按时对慢性病患者进行规范化随访管理，共随访4次，全年共管理449人（高血压380人，糖尿病50人，精神病19人），共随访1600余人次。对患者提供了药物指导，并告知应该运用健康生活方式生活。

（4）、每年定期为慢性病患者进行一次健康体检，并及时将体检结果反馈至患者。共体检440人。

（5）、按要求将精神病患者信息录入国家精神病信息系统。

（6）、工作中，将每个患者信息都登记在花名册中，以便于查找，每次随访工作都有登记，有记录。

3、65岁以上老年人管理工作。将65岁以上老年人信息进行专项登记，通知每个老年人在村卫生室进行了体检，逐村进行，全年共体检600余人。体检完毕，及时将结果反馈至村卫生室，由村卫生室发到每个人手中，这样有利于老年人能及时了解自己健康状况。

四、存在问题及整改措施。

存在问题：

1、个别村医工作责任心不强，工作能力不强；

2、部分村医年龄偏大，不能完成病人的随访工作，只能由卫生院承担工作；

3、部分较远的村山大人稀，老年人腿脚不便，给随访、体检工作带来极大困难；

4、由于宣传工作不够深入，部分老年人、患者不配合此项工作。

整改措施：

1、将进一步加大对村医的培训力度；

2、建议由工作能力较强的邻村卫生室承担不能完成工作村的任务；

3、将在以后的工作中，提供更多的上门服务，以方便年老腿脚不方便的老年人；

4、将一步做好健康教育宣教工作，使群众对此项工作有更深入地了解，以便于配合；

5、加强学习，提高工作人员自身能力。

20\_年11月25日

**慢阻肺病工作总结12**

20\_\_年我科全体护理人员在院长重视和护理部直接领导下,本着以“病人为中心，以提高医疗服务质量”为主题的服务宗旨，认真执行本年度护理工作计划，按照医院护理服务质量评价标准的基本要求及标准考核细则，完善各项护理规章制度，改进服务流程，改善住院环境，加强护理质量控制，保持护理质量持续改进。现将20\_\_年度我科护理工作总结如下：

一、认真执行各项护理规章制度及操作流程，杜绝了护理差错事故发生

全科护理人员能够自觉遵守院内各项规章制度和劳动纪律，做到小事讲风格，大事讲原则，从不闹无原则纠纷，工作中互相支持，互相理解，护理人员分工明确，各司其职，各负其责，团结务实，克服人手少、护理任务繁重、保证正常护理工作的顺利开展。坚持查对制度：要求班班查，每周护士长参加查对1—2次，详细核对病危，一级护理，测血压，各项护理，药物与治疗。并记录签字;护理操作时严格要求三查七对;严格病危病重患者，卧床患者床头交接班，并严格交接皮肤病情，治疗!加强了基础护理的落实，每日晨间护理，为患者及时整理和更换床单元。

利用晨会、护士例会进行安全意识教育，查找工作中的不安全因素，提出整改措施，消除差错事故隐患，认真落实各项护理规章制度及操作流程，发挥科内质控小组作用，定期和不定期检查各项护理制度的执行情况，护理差错事故安生率为零。

二、落实护理人才培养计划，提高护理人员业务素质

1、对各级护理人员进行三基培训，每月组织理论考试和技术操作考核。

2、每周晨间提问1~2次，内容为基础理论知识、院感知识、专科知识以及护理相关的法律知识。

3、加强了危重病人的护理，坚持了床头交接班制度和晨间护理。

4、坚持了护理业务查房：每月进行了护理业务查房，对护理诊断、护理措施进行了探讨，以达到提高业务素质的目的。

5、各级护理人员参加科内、医院组织的理论考试、技术操作考核，参加率100%，考核合格率100%.

三、护理文书书写，力求做到准确、客观及连续

护理文书即法律文书，是判定医疗纠纷的客观依据，书写过程中要认真斟酌，能客观、真实、准确、及时、完整的反应病人的病情变化，不断强化护理文书正规书写的重要意义，使每个护士能端正书写态度，同时加强监督检查力度，每班检查上一班记录有无纰漏，质控小组定期检查，护士长定期和不定期检查及出院病历终末质量检查，发现问题及时纠正，每月进行护理文书质量分析，对存在问题提出整改措施，并继续监控。

四、规范病房管理，建立以人为本的住院环境，使病人达到接受治疗的最佳身心状态

病房每日定时通风，保持病室安静、整洁、空气新鲜，对意识障碍病人提供安全有效的防护措施，落实岗位责任制，按分级护理标准护理病人，落实健康教育，加强基础护理及重危病人的个案护理，满足病人及家属的合理需要，。一级、特护病人合格率100%，基础护理合格率100%，无护理并发症发生。

五、急救物品完好率达到100%

急救物品进行“四定”管理，每周专管人员进行全面检查一次，护士长每周检查，随时抽查，保证了急救物品始终处于应急状态。

六、改善服务流程，提高服务质量

实行了“首迎负责制”，规范接待新入院病人服务流程，推行服务过程中的规范用语，为病人提供各种生活上的便利，对出院病人主动询问病人的康复情况并记录访问内容，广泛听取病人及陪护对护理服务的意见，对存在的问题查找原因，提出整改措施，不断提高服务质量。半年中病人及家属无投诉，病人满意率90%以上。

七、按医院内感染管理标准

重点加强了医疗废物管理，完善了医疗废物管理制度，组织学习医疗废物分类及医疗废物处理流程，并进行了抽查，院感小组兼职监控护士能认真履行自身职责，使院感监控指标达到质量标准。 一次性用品使用后及时毁形，集中处理，并定期检查督促，对各种消毒液浓度定期测试检查，坚持晨间护理一床一巾一湿扫，一桌一帕。病区、治疗室、均能每日拖到二次，病房内定期用床旁消毒机消毒，出院病人床单元进行了终末消毒(清理床头柜，并用消毒液擦拭)。

工作中还存在较多的不足：

1、基础护理不到位，个别班次新入院病人卫生处置不及时，如指甲较长、手足较脏。

2、病房管理有待提高，病人自带物品较多。

3、个别护士无菌观念不强，一次性无菌物品用后处理不及时。

4、三基培训有待加强。

5、护理文书书写有漏项、漏记、内容缺乏连续性等缺陷。

6、健康教育落实欠到位。

一年来，我科护理工作在院领导和护理部的重视、支持和帮助下 ，虽然取得了一些成绩，但仍存在一些不足。今后我们将不断总结经验，刻苦学习，使服务更情感化和人性化，为医院的服务水平登上新台阶而不懈努力。认真开

**慢阻肺病工作总结13**

时光荏苒，20xx年已经过去了，回首过去的一年，内心不禁感慨万千，在一年里，我在院领导和护士长的关心与直接领导下及同事们的关心与帮助下，本着“一切以病人为中心，一切为病人”的服务宗旨，并能坚持以马克思、列宁主义，^v^思想，^v^理论和“三个代表”重要思想为指导，自觉认真学习党的xx大精神，刻苦钻研业务知识，努力提高理论知识和熟练地掌握了各项临床操作技能。较好的完成了各级院领导布置的各项护理工作，在同志们的关心、支持和帮助下，思想、学习和工作等方面取得了新的进步，现总结如下：

一、严于律已，自觉加强党性锻炼，党性修养和政治思想觉悟进一步提高

一年来，我始终坚持运用马克思列宁主义的立场、观点和方法论，运用辩证唯物主义与历史唯物主义去分析和观察事物，明辨是非，坚持真理，坚持正确的世界观、人生观、价值观，用正确的世界观、人生观、价值观指导自己的学习、工作和生活实践，在思想上积极构筑抵御资产阶级民主和自由化、拜金主义、自由主义等一切腐朽思想侵蚀的坚固防线。热爱祖国，热爱中国^v^，热爱社会主义，拥护中国^v^的领导，拥护改革开放，坚信社会主义最终必然战胜资本主义，对社会主义充满必胜的信心。认真贯彻执行党的路线、方针、政策，为加快社会主义建设事业认真做好本职工作。工作积极主动，勤奋努力，不畏艰难，

尽职尽责，在平凡的工作岗位上作出力所能及的贡献。

二、强化理论和业务学习，不断提高自身综合素质

一是认真学习“三个代表”重要思想，深刻领会“三个代表”重要思想的科学内涵，增强自己实践“三个代表”重要思想的自觉性和坚定性;认真学习党的xx大精神，自觉坚持以党政策方针为指导。

二是加强自我廉洁自律教育和职业道德教育。是否廉洁自律和职业道德的高低、思想品德的好坏直接影响护士的素质和形象，因此，在一年中的各次廉政教育和技能培训后，我理解了要坚持“廉洁自律、严格执法、热情服务”的方针，把人民群众满意作为做好工作的根本出发点，通过深入开展全心全意为人民服务的宗旨教育、职业道德教育、思想品德教育，做到始终把党和人民的利益放在首位，牢固树立爱民为民的思想，在人民群众心目中树立“白衣天使”形象。加强“四自”修养，即“自重、自省、自警、自励”，发挥护士的主动精神，在自己内心深处用职业道德标准反省、告诫和激励自己，以便真正培养自己的道德品质。 三是我还很注意护士职业形象，在平时工作中注意文明礼貌服务，坚持文明用语，工作时仪表端庄、着装整洁、发不过肩、不浓妆艳抺、不穿高跟鞋、响底鞋、礼貌待患、态度和蔼、语言规范。认真学习《医疗事故处理条例》及其法律法规，积极参于医院组织的医疗事故处理条例学习活动，丰富了法律知识，增强了安全保护意识。在护士长积极认真指导下，我在很多方面都有了长足的进步和提高，平时坚持参加科室每月一次的业务学习，每周二的晨会，坚持危重病人护理查房，护理人员三基训练，在护理部组织的每次技术操做考试中，均取得优异的成绩。 在一年的工作中，能始终坚持爱岗敬业，贯彻“以病人为中心，以质量为核心”的服务理念，提高了自身素质及应急能力。

三、努力工作，按时完成工作任务

我先后在icu、呼吸科、综合外科轮转学习。自我感觉要想将以前学到的理论知识与实际临床工作相结合，就必须在平时的工作中，一方面严格要求自己并多请教带教老师，另一方面利用业余时间刻苦钻研业务，体会要领。过去的一年，我主要在呼吸内科和综合外科工作，而这两个科是临床工作的重点。内科着重观察病情变化，而外科要冷静对待突发事件，比如胸管脱落的紧急处理等，所以外科的节奏要比内科快，工作要比内科忙，琐碎。记得刚去外科时我还不适应，但我不怕，以前没做过的，为了搞好工作，服从领导安排，我不怕麻烦，向老师请教、向同事学习、自己摸索实践，在很短的时间内便比较熟悉了外科的工作，了解了各班的职责，明确了工作的程序、方向，提高了工作能力，在具体的工作中形成了一个清晰的工作思路，能够顺利的开展工作并熟练圆满地完成本职工作。

我本着“把工作做的更好”这样一个目标，开拓创新意识，积极圆满的完成了以下本职工作：协助护士长做好病房的管理工作及医疗文书的整理工作。认真接待每一位病人，把每一位病人都当成自己的朋友，亲人，经常换位思考别人的苦处。认真做好医疗文书的书写工作，医疗文书的书写需要认真负责，态度端正、头脑清晰。我认真学习科室文件书写规范，认真书写一般护理记录，危重

护理记录及抢救记录。遵守规章制度，牢记三基(基础理论、基本知识和基本技能)三严(严肃的态度、严格的要求、严密的方法)。护理部为了提高每位护士的理论和操作水平，每月进行理论及操作考试，对于自己的工作要高要求严标准。工作态度要端正，“医者父母心”，本人以千方百计解除病人的疾苦为己任。我希望所有的患者都能尽快的康复，于是每次当我进入病房时，我都利用有限的时间不遗余力的鼓励他们，耐心的帮他们了解疾病、建立战胜疾病的信心，默默地祈祷他们早日康复。热爱自己的本职工作，能够正确认真的对待每一项工作，工作投入，热心为大家服务，认真遵守劳动纪律，保证按时出勤，出勤率高，全年没有请假现象，有效利用工作时间，坚守岗位，需要加班完成工作按时加班加点，保证工作能按时完成。

在开展工作之前做好个人工作计划，有主次的先后及时的完成各项工作，达到预期的效果，保质保量的完成工作，工作效率高，同时在工作中学习了很多东西，也锻炼了自己，经过不懈的努力，使工作水平有了长足的进步，开创了工作的新局面，为人民的健康事业做出了应有的贡献。

当然，我身上还存在一些不足有待改进。比如，在学习上，有时仍有浮躁的情绪，感觉要学的东西太多，心浮气躁，尤其是在遇到挫折时，不能冷静处理。在工作上，有时存在着标准不高的现象，虽然基本上能履行自己的职责和义务，但是在主动性方面还有待于进一步提高，这都是我今后需要改进和提高的地方。在已经过去的一年里，要再次感谢院领导、护士长的教育、指导、批评和帮助，感谢同事们给予的关心和支持。回顾过去，有许多进步和提高，同时也存在一些不足;展望未来，应当发扬自身的优点与长处，克服不足。为了医院的美好明天而贡献自己的一份力量!

**慢阻肺病工作总结14**

20\_年慢性病管理工作总结

一、高血压病防治管理

实行门诊高血压病登记制度，18岁以上居民首诊测血压率达到95%；今年我院公共卫生科在建立《居民健康档案》的同时将高血压疾病进行专项档案管理。按照国家和武汉市高血压规范管理要求，对高血压患者进行了随访评估、分类干预和健康体检，填写《高血压患者随访服务记录表》和《健康体检表》。20\_年高血压患者健康管理677人，规范管理率81%。管理的高血压患者中，最近1次随访血压达标率≥62%

二、糖尿病登记管理

20\_年我院公共卫生科在建立《居民健康档案》的同时对糖尿病疾病建立专项档案，按照国家和武汉市糖尿病规范管理要求，管理糖尿病病人201人，并对糖尿病患者进行随访评估、分类干预和健康体检，完成并填写《2型糖尿病患者随访服务记录表》和《健康体检表》管理的糖尿病患者，全年2型糖尿病病人随访752人次，最近1次随访血糖达标139人，血糖达标率63%。

三、其它慢性病管理

20\_年，已对脑卒中、慢阻肺、冠心病、冠心病、恶性肿瘤病人建立《居民健康档案》，列入慢性病专项管理，脑卒中管理55人，慢阻肺管理14人，冠心病管理36人，恶性肿瘤管理18人，并按要求定期进行随访。

四、精神疾病登记管理

对精神病病人建立了《居民健康档案》，填写完善《重性精神疾病患者个人信息补充表》。重性精神疾病规范管理97人，按照《国家基本公共卫生服务规范（20\_年版）要求》，对重性精神病人进行随访评估、分类干预和健康体检，并填写完成《重性精神疾病患者随访服务记录表》，重性精神疾病最近一次随访时“病情稳定”83人。

走马岭街中心卫生院公共卫生科慢病防治室

20\_年12月16日

**慢阻肺病工作总结15**

根据20xx年中国居民营养和慢性病状况报告显示，慢性病已经严重影响人类的健康。慢性病死亡人数占总死亡人数的比例超过85%，其中心脑血管疾病、癌症和慢性呼吸系统疾病占到了。18岁以上人群高血压患病率达到了，糖尿病患病率，慢性阻塞性肺病患病率。骨质疏松（20xx发布）：50岁以上人群患病率、65岁以上人群患病率32%。慢性病也是导致我省居民死亡的主要原因，同时各类健康危害因素流行水平呈现持续上升态势。

为了探索慢病防控的新模式，省疾控中心在全省范围内开展慢性病自我管理项目，提高群众以自我为中心管理慢性病的意识。此次项目中我区组建了6个高血压自我管理小组、3个糖尿病自我管理小组和1个高血脂自我管理小组，共计10个自我管理小组。目前项目工作已全部完成，现将工作总结如下：

>一、项目前期培训及准备：

全区10家乡镇卫生院及社区卫生服务中心全部参与了此次项目工作，每家机构组建一个自我管理小组。9月4日，区疾控中心组织召开了项目培训会议，培训会上，讲解了此次项目的实施方案、工作流程、时间安排等，并抽签决定了每家医院负责的自我管理小组类型。会后分发了此次项目开展配套的指导用书、手册、健康工具等。为了提高社区患者参与此次项目的积极性，区疾控中心利用配套经费采购了小礼品，慢病患者每次参加自我管理项目都能获得一个小礼品。同时为每个自我管理小组配备了白板和挂图方便活动的开展。

>二、项目实施过程及督导

经过前期的自我管理小组成员筛选，9月11日起，各自我管理小组分批次开始开展自我管理小组活动。在第一次活动前所有小组成员均签署了知情同意书并进行了基线调查，了解参与活动的组员的基本情况。为了保证项目的质量，区疾控中心在每个小组第一次活动时均在活动现场进行项目质控和现场技术指导。对在现场督导中发现的问题及时进行了纠正，并回答了组员们对此次项目的一些疑惑。在每个自我管理小组10次活动期间，区疾控中心成立了督导小组，定期对各小组的活动进行现场督导和台账资料的检查，确保项目能够高质量完成。每个小组十次活动结束后，均按照项目方案要求进行了评估问卷的调查，对比活动前后组员的各项变化。11月底各小组均完成了项目的全部工作并汇总上报了项目的各项总结资料。

>三、项目评价：

此次项目，全区10个自我管理小组，参与的慢病患者共计150人，其中6个高血压自我管理小组共计90人，3个糖尿病自我管理小组共计45人，1个高血脂自我管理小组共计15人。项目共计签署知情同意150人，完成基线调查150人，完成评估问卷149人。小组活动平均出勤率：，全勤人数88人，参加9次活动37人，参加8次活动24人，8次及以下1人(10月24日因急性心梗死亡)。

**慢阻肺病工作总结16**

20xx年，严格按照《^v^关于发展城市社区卫生服务的指导意见》和《城市社区卫生服务机构管理办法》的有关要求，在xxxxx的关心与指导下，在xxx的大力支持下，中心按既定计划有条不紊地开展了职工培训工作。现就全年培训工作总结如下：

>一、培训工作概况

截至20xx年12月31日，中心共有242人次参加由市疾病预防控制中心、xxx和中心举办的各类培训12项。培训范围涉及医务人员专业技术培训、医德医风培训、健康教育培训、消防培训等多个方面。

>二、培训工作分析

（一）取得的成绩

1、与20xx年度的培训工作相比，中心进一步加大了内部培训力度，提高了参加xxxx、xxx、xxx等上级部门所举办的各类培训的频率，在培训项目数、培训课程次数、接受培训人次等方面都有一定的增长。

a.秉承“把学者专家请进来，积极开展院内业务培训”的优良传统，开展了“心肺复苏强化训练”、“急救知识培训”、“院内感染知识培训”、“医疗法律法规”等多种内部培训。

b.按照中心的年度培训计划，积极组织职工参加中心各职能部门举办的各项培训，并鼓励员工积极参加社会组织机构主办的各类专业业务素质培训班等。

2、建立并完善培训体系。针对以往培训工作缺乏完整系统性、培训管理幅度力度较弱、培训科目及受训人员较少的问题，今年中心进一步加大了对员工培训工作的管理力，责成xx完善培训登记制，并在总结以往培训经验的基础上，优化培训管理流程，完善教育培训制度，鼓励职工参加业务培训，并要求受训人员将培训成果带回所在科室，以促进科室全体成员业务素质的共同提高。同时出台了与之相对应的执业资格管理办法及持证津贴管理办法等激励措施。

（二）存在的困难

虽然，中心20xx年度的培训工作取得了长足的发展与进步，但我们也清醒地认识到：中心的培训工作仍存在较大难度，其主要原因在于中心时间紧、任务重，医务人员经常无法放弃现场工作参加业务培训，上级主管部门的培训对现场工作人员的出勤率也有较高的要求，能参加培训人员业务对应范围有一定偏差，致使培训效果值得商榷。

（三）改进措施

对于20xx年度的职工培训工作，我们充满信心。在xxx的指导下，在中心主任的正确领导下，xxx将科学、合理安排制定、执行落实好各项培训工作。对于目前培训工作中存在的不足，我们提出如下改进措施：

1、进一步加大培训力度，促使培训工作更加具有针对性。适时安排合适人员参加各类培训，必要时适时增加培训项目数、培训课程与受训人员人数。

2、通过思想教育，提高受训人员的学习自主性与学成后的知识分享度。

3、通过培训教育，促使讲师授课能力得以加强。在条件允许的情况下，培养中心部分业务素质好、责任心强的医务人员成为内部讲师。同时，进一步加大邀请xx专家来中心讲学授课的频率，促使中心专业技术人员能够及时更新自身技术知识，提高业务素质能力。

**慢阻肺病工作总结17**

中心在区疾控大力支持下加强慢病预防控制工作力度，充分履行慢病预防控制职能，保障了辖区居民身体健康和生命安全。现将20xx年工作总结如下：

>一、认真落实慢病防制指导思想

20xx年我中心慢病工作在区疾控中心的具体指导下深入社区，大力开展慢病防制工作以高血压、糖尿病为重点，结合控烟、控酒、饮食干预等措施，积极开展健康宣教与促进，降低人群主要危险因素，有效地控制辖区慢病的发病率和死亡率。

>二、结合医德医风教育，提高慢病专兼职人员职业道德修养

医务人员坚持以病人为中心，以服务对象满意为宗旨，紧紧抓住辖区居民关心的慢病问题。不断完善服务内容，改进办事程序、服务方式、管理制度，尽最大努力为服务对象提供方便让大家满意。做到自觉把“医德医风规范”落实的医疗服务工作中，进一步恪守服务宗旨，增强服务意识，提高服务质量，树立全新的月湖街道社区卫生服务中心文明新形象。

>三、慢病防制的内容及措施

慢性非传染性疾病的患病率不断上升、医疗费用的逐年增长已成为我国一个突出的社会问题，老年人群的经济能力有限并且相对固定，和其相对巨大的医疗需求之间构成了矛盾，这就需要优质经济的服务，而社区的预防保健和健康教育是最佳投入效益的干预，加强社区慢病管理可以缓解“看病难、看病贵”的问题。

而社区慢病管理是社区医疗优势的一个突出体现。由于社区医疗距居民近，就医方便、快捷，医患之间易沟通，易开展健康教育，易宣传医疗保健知识，对一些疾病好回访，易跟踪，社区慢病管理对社区居民生命质量的提高至关重要。

2、社区诊断

社区人口构成，主要疾病谱、死因构成主要疾病患病率，以及社区主要慢病的高危人群、主要危险因素及其分布特征，进行内容、数据更新，详见社区诊断报告。

3、定期开展自查工作，及时纠察纰漏

我中心定期开展自查工作，严格按照区疾控中心的要求，对慢病各项工作举行日常自查工作，及时纠察纰漏，不断提高工作质量，同时针对上半年考核中存在的问题，我们认真分析，积极改正。

截至11月份，高血压2896人，糖尿病689人，恶性肿瘤173人，冠心病364人，慢支278人。累计新发慢病患者258人，（其中高血压119人，糖尿病患者64人，恶性肿瘤50人，冠心病8人，慢支17人。）于20xx年慢病新增数相比“高血压”，“糖尿病”新增人数呈递减状态。而“恶性肿瘤”，“慢支”新增人数呈递增状态。“冠心病”新增人数相对平缓。说明中心关于高血压，糖尿病健康干预效果显著，须在新的一年加强恶性肿瘤、慢支、冠心病的健康干预。

针对不同阶段居民健康状况、热点咨询问题，我们定期举办了高血压、糖尿病等慢病的预防知识健康讲座，向广大居民传递了高血压病和其他慢性病的防治知识，带领着居民群众，走出了对高血压及其他慢性病认识的误区和盲区，给任重而道远的社区预防保健工作打下了坚实的根基，同时一定程度上解决了社区居民看病难、看病烦的问题，真正架起了医患之间、社区和群众之间的连心桥，为社区居民的健康撑起了保护伞。

>四、求真务实，科学防治，全面落实慢病预防控制工作

1、开展社区主要慢病的健康教育今年1月~12月，举办讲座、咨询、义诊等活动24场次，受益居民近千人次。发放教育处方20余种，共近3万份，制作慢病防制健康教育橱窗6块，更换张贴卫生报纸、墙报40余块。

2、进一步加大慢病健康教育力度。以三病防治知识为重点，利用“世界防治结核病日”、“全国疟疾日”、“全国高血压日”、“世界糖尿病日”、“12。1艾滋病日”等宣传日，组织开展多种形式的宣传教育讲座活动，普及防病知识。共计展出展牌20余块，接受咨询500余人次，发放宣传资料500余份。

>五、工作体会、存在问题、打算

20xx年中心慢病防制工作取得显著成绩，需要每位医务人员共同努力协调。不仅是中心各硬件设施的完善，更需要街道居委会居民共同配合完成。在改善辖区居民健康知识，健康行为的同时提高医务人员健康素养，从而推广到整个辖区。但也存在不足之处，内部制度化、规范化管理还有待加强，社区医生队伍建设有待整体提高，高血压俱乐部活动有待进一步拓展。在今后的工作中，我们将以^v^精神为指导，进一步探索疾控机构科学规范管理的新机制，进一步拓展慢性病预防控制服务的新功能，加强社区医生素质培养，努力开创慢性病预防控制工作的新局面。

机场社区卫生服务中心

20xx年12月22日

**慢阻肺病工作总结18**

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，我校进行了慢性病讲座，现将总结如下：

>一、学生防肥胖工作

讲座过后同学们了解了肥胖的危害，开始认真做广播操，认真上体育活动课，学生对体育锻炼的兴趣明显提高，为学生养成良好的锻炼习惯打下了坚实的基础。

家长积极与学校配合，在家与学生共同制定运动计划，与学生一起坚持锻炼。

>二、学生防龋齿工作

学校开展集体刷牙培训，使学生掌握正确的刷牙方法，正确选用牙膏和牙刷，提高正确刷牙率。建议有条件的并在学生、家长知情自愿的原则下，开展滴涂氟保护漆防龋工作。

>三、取得的成效

（1）积极配合疾病控制中心抓好慢性病监测控制。

（2）大力宣传慢性病防治的重要性。青少年对各种慢性病来说都属于易感人群，而且学校人员比较集中，稍为有所松懈，就很容易大面积的染上各种慢性病，学校的正常教学活动就会受阻。这样不仅影响了师生的工作、学习。更重要的是影响了师生的身体健康。把这些道理给学生讲清了，他们就会在\*常的学习生活中，重视慢性病的防治。落实好校园消毒、杀虫、灭鼠和注射相关疫苗等预防措施，建立有效免疫屏障，严防烈性慢性病传入我校。

（3）搞好校园环境卫生、增强学生防病意识。我校每周进行一次全校性的大扫除，消除垃圾、污水、污物，实行垃圾袋装化。每天利用课间，各班派学生对校园进行清扫，保持校园环境卫生。不乱倒垃圾污物，不参与聚餐活动，不到马路摊担进食。学校在四月份、十月份，在全校范围内进行灭鼠、灭蝇，消灭了蚊蝇孳生地，切断了疾病的传播途径。

（4）加强慢性病的管理。把学生中患有慢性病的学生进行登记并督促学生办好休学手续，由其家长带学生入院治疗，以免慢性病在校园内扩散，并同时做好教室消毒工作，消灭病菌的繁殖。

由于我校慢性病防治工作做得扎实、得力，因此我校慢性病防治工作得到了一定的\'成绩，至今未发生一例慢性病暴发及蔓延事件。今后的工作中，我们将一如继往继续努力，把我校的慢性病防治工作做得更加出色。

**慢阻肺病工作总结19**

为了切实加强社区人口与计划生育工作，加强新时期人口与计划生育管理工作目标，进一步落实“三为主”“四进家”工作方针，结合辖区的计生工作发展情况，以人为本、依托社区，真正体现群众的人口与计划生育主人翁地位，依法管理以“三为主”和“四进家”工作方针政策，全面推行以避孕节育措施知情选择和生殖健康为中心的优质服务工作实际发展情况，在计划生育工作方面开展了以下工作：

>一、宣传工作

认真负责开展执行上级计划生育的各种规章制度，创建“婚育新风进万家”活动，利用宣传栏、宣传单、计划生育知识培训等多种形式开展宣传优生优，按时上报避孕药具表，育龄妇女基础信息表，流动人口计划生育信息表等，建立建全药具名明细帐，服务到家，发放避孕药具到人，做好表计划生育丈夫有责，“一法四规”生死3保健活动家。做好流动人口清查工作，流动人口计划生育组织建设和完善好，增强流动人口提高自我管理、自我服务能力。做好流动人口登记摸底工作，并及时反馈辖区的计划生育信息，认真组织居委会全体工作人员学习计划生育工作方针和有关知识，每月例会一次，居委会更换计划生育宣传栏内容2次，组织职工、家属、纯居民培训学习班3次，在辖区为居民发放宣传单16份。世界人口日在居委会门前挂横幅，热情接待来访人员，服务周到，全心全意为育龄妇女排忧解难，解除了她们的后顾之忧。

>二、基本指标

出生人口政策符合率达1%，出生人口上报准确率达1%。

>三、经常性工作

认真负责招待上级计划生育工作的各项规章制度，按时上报各种报表，做到报表清楚、数据准确无误差，按时上报药具报表，建立建成全明细帐清，做好对辖区流动人口的登记、核对、摸底工作，并及时向上级反馈辖区的计划生育信息。

>四、避孕节育和技术服务工作

在辖区开展知情优质服务，让育龄妇女即要知情选择，也要知道常用避孕方法的用法、副作用、注意事项及避孕失败的处理方法，做好单月访规，用药具人员一年四次孕栓，对产后42天孕妇的随访工作，避孕药具管理规范，服务周到，对流动人口提供免费药具服务，对流动人口生育联系卡审验工作率达1%

**慢阻肺病工作总结20**

20\_年高血压、糖尿病管理工作总结

随着社会经济的发展，人们生活水平的提高，人们生活方式的改变，人口老龄化的加剧，慢性非传染性疾病已成为危害人们健康的杀手，它具有发病率高、病程长、病变隐匿、并发症多、致残性高，严重危害着人们的生活质量和生命安全，成为社会沉重的负担，为了预防慢性病的长期危害，防止严重的并发症，我院紧跟形势，调整组织机构，开展慢性病重点是高血压、糖尿病管理工作；现将具体工作总结如下：

一、建立居民健康档案，筛查慢性病

我院已为高血压、糖尿病等慢性病患者建立居民健康档案，并在其档案袋上分别用相应的标签贴出，高血压为红色，糖尿病为黄色；免费为35岁以上居民测量血压、血糖，并将高血压、糖尿病患者纳入慢病管理规范中。每年面对面随访4次，每次随访都询问病情、进行体格检查及用药、饮食、运动、心理等健康指导。我院专门派两位临床医师管理慢病，并且自制了一套慢病管理本，实行星级管理（红五角星为一级管理、黄五角星为二级管理、绿五角星为三级管理）；根据慢病患者高危因素进行干预、指导、评估。

今年共为1177名高血压患者建立健康档案，规范管理率；血压控制率。糖尿病患者为238人，规范管理率；血压控制率。

二、对下级医生进行培训

我院响应上级号召，对下级医生进行公共卫生培训，培训内容有高血压、糖尿病知识，高血压、糖尿病患者的健康管理，增强下级医务人员对高血压、糖尿病的认识，推动了慢病工作的进展。

三、按时随访，并填写随访记录表

慢性病病程长，并发症多，而且需要长期服药，所以随访是慢病管理中的重点，随访方式可选择门诊、家庭、电话，了解患者症状及生活方式改变，测量其体重、血压、血糖、心率、足背动脉搏动情况，了解患者服药情况，根据患者的具体情况做具体处理。

四、高血压、糖尿病高危人群的统计

符合下列标准为高血压、糖尿病的高危人群：（1）肥胖或超重；（2）吸烟；（3）长期大量饮酒；（4）高脂血症；（5）高血压、糖尿病家族遗传史。

对于符合上述危险因素的人群进行统计。

五、积极加强慢病健康教育

俗话说“病从口入”，不良的生活方式如吸烟、过度饮酒等都会对高血压产生影响，对高血压的认识不够，为此，我院全年组织14次健康讲座，配有电脑、投影仪、电子屏等设备，为健康教育工作开展提供了方便。

六、存在不足

1、居民健康档案的准确率、完整率要加大审核力度；

2、居民健康档案的查重工作要不断的进行；

3、居民知晓率有待进一步提高；

4、随着重点人群随访表和体检表的逐年增加，需要一个实用的大档案袋。

七、下一步工作安排

1、继续发现慢病患者，建立健康档案；

2、同时审核档案，达到准确、规范、真实标准；

3、建档100%后，应该拿出对慢性病人更有规律、更系统的慢病管理办法，使档案活起来。

4、与临床大夫配合好，使档案得到更好地利用。既能增加大夫对患者既往情况的了解，又能使档案内容完善，使慢病患者得到及时的干预指导。

5、为了更方便入户随访工作，我们明年准备在重点人群家庭门口上做明显颜色标记。

虽然取得了小小的成绩，但更深切体会到了所负担的责任重大，慢病工作任重而道远，存在问题有生活方式不健康，治疗不规范，服药依从性差等问题，因此我们要加强健康教育，提高他们对疾病知识的认知，也是控制慢性病的关键。我院将继续探索实用、可行、有效地慢性病规范管理模式，完善各项有关记录，加强管理，以高血压、糖尿病为突破口，积累经验，以此带动其他慢病的管理的开展，真正为慢性病管理工作做出贡献。

克一河中心卫生院

**慢阻肺病工作总结21**

20\_\_年，柳背桥社区以建设和谐、平安社区为目标，认真贯彻落实街道办事处的工作思路，不断拓展社区服务功能，创新服务形式，拓宽服务领域，努力提高服务水平和服务质量，本着上为党和政府分忧，下为居民群众解难的服务宗旨，大力发展社区服务，面向居民、服务居民，立足居民所需，突出服务亮点，打造社区品牌采取了一系列强有力措施，使20\_\_年社区服务工作取得了明显成效。

一、开展心贴心服务。

(一)充分利用社区资源，广泛动员社区成员积极参与到社区建设中来。社区通过党员志愿者、巾帼志愿者等定期不定期地为居民群众提供便民利民、计划生育、医疗保健、法律咨询、扶贫帮困卫生保洁、文明行为养成、植树绿化等活动，使居民在自家门口就能得到服务。在医疗服务上，与渝洲社区医院建立急求助信息系统，老年人如遇到突发事故，只要拨打24小时“应急”电话，医务人员就会马上上门为老年人救急。

(二)主动与西京医院、渝州医院、高新区人民医院、华西妇科医院、德维医院联系，全年共为居民免费体检5次，开设“健康知识讲座”3期。鉴于社区慢性病患者比较多的情况，社区与渝州医院联合，于20\_\_年6月5日在社区人口学校成立了“慢性病协会”。

(三)为了丰富社区的服务项目，社区于5月8日特请了流动人口协会代表、空巢老人代表、困难群众代表在社区小会议室召开了交心座谈会，并根据他们提出的要求，在服务工作上作出一定的调整，特别是征对空巢老人，社区更作出“一对一”帮扶，经常上门看望，了解和关心他们的近况。

二、开展面对面服务。

(一)如：5月20日社区在石新路主干道开展了大型的“社区服务活动日”，活动内容包括了：计生政策咨询及药具发放、法律咨询、专家义诊、乐力钙空盒换礼品、政策咨询(医保、低保、民政等)，义务理发、现场招工、义务擦皮鞋、困难家庭户免费领服装、家电维修、燃气灶维修、钟表维修、石桥铺书法协会书画现场出售等，受到广大居民群众的欢迎。

(二)及时地解决流动人员的生活困难。今年5月，社区发现跃华小区有2个来自彝族自治州的小孩在清洁垃圾，在经过深入了解后，社区及时发动社区居民为他们捐款1421元，解决了他们的燃眉之急。

(三)为丰富居民的业余文化生活，社区在今年6月开展了“读书月”活动。社区提供各类书籍上千册，得到群众好评。7月3日，社区还组织了文体协会成员到歌乐山好事家园山庄召开了座谈会。会上不仅对取得的成绩提出表扬，对不足的地方也提出了意见，更提出了今后的工作方向，得到了文体协会成员的高度赞扬。

(四)在学生暑假期间，社区开展了“离校不离教”活动。活动内容有：安全知识讲座;手工活动;学生书法、绘画展览、未成年人法律知识讲座等，受到学生及家长的好评。

三、社区不光是解决居民的困难，也关注着单位的困难：

今年6月山城豆制品厂的职工220余人堵住厂区大门，要求厂里负责人与工人面对面，解决职工提出的问题。社区与派出所的领导及街道领导陈晓阳一起到现场，了解职工的情况，并将情况及时地上报给街道相关部门。协调单位做好职工的安抚工作。8月麦考厂宣布破产后，职工的部分问题没有得到解决，多次到居委会来反映情况。社区每次都及时地将情况汇报给街道，做好安全稳定工作。

**慢阻肺病工作总结22**

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，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年度考核目标，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

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以及技能，减少或延缓高血压、糖尿病并发症的发生。

4、以我院为核心，乡村医生为基础，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，各乡村医生随访管理高血压、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、自我管理小组活动及大众宣传，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。

8、建立规范化的高血

本DOCX文档由 www.zciku.com/中词库网 生成，海量范文文档任你选，，为你的工作锦上添花,祝你一臂之力！