# 老年人工作计划7篇

来源：网络 作者：空山幽谷 更新时间：2024-08-19

*工作计划可以帮助我们更好地规划和实施工作目标，工作计划能更好地协调和沟通工作情况，提高协作效率，下面是小编为您分享的老年人工作计划7篇，感谢您的参阅。响应国家卫生部的号召，为促进公共卫生服务均等化，更好的实施老年人健康管理服务项目，为老年人...*

工作计划可以帮助我们更好地规划和实施工作目标，工作计划能更好地协调和沟通工作情况，提高协作效率，下面是小编为您分享的老年人工作计划7篇，感谢您的参阅。

响应国家卫生部的号召，为促进公共卫生服务均等化，更好的实施老年人健康管理服务项目，为老年人提供疾病预防，自我保健及伤害预防的指导，减少健康危险因素，有效预防和控制慢性病。根据《国家公共卫生服务规范》制定我乡老年人健康管理实施细则。

一、服务对象：全镇所有居委会、行政村的65岁以上的老年人。

二、服务内容：为所有65岁以上的老年人每年进行一次免费的体检，体检的时间视情况具体安排，体检项目依照《国家基本公共卫生服务规范》进行，并尽可能增加一些必要的项目，具体步骤如下：

1、卫生院组织各村的老年人每年一次的健康体检，体检前先由各村乡村医生通知各家需要体检的人员，可以到卫生院进行体检，也可以卫生院的医务人员去村卫生室体检。

2、老年人体检可与慢病体检以及建立健康档案相结合。

3、体检的内容包括健康状况的评估、体格检查、辅助检查。

4、健康状况评估包括：吸烟、饮酒、体育锻炼、饮食、慢性疾病常见的症状、既往病史、遗传病史、现病史及临床表现、治疗和目前用药情况。

5、体格检查方面含有血压、身高、体重、腰围、臀围、皮肤、淋巴结、心肺听诊、腹部是否有包块、下肢是否水肿、呼吸、体温、脉搏。辅助检查有：每年一次血糖、血脂，有条件的话还应加上血常规、尿常规、b超、心电图、x光片。

6、告知老年人健康体检的结果并进行相应的干预。

（1）对发现已确诊的高血压者和2型糖尿病者纳入相应的慢病管理。

（2）对存在危险因素但是尚未纳入慢病的居民定期随访。

（3）对所有的老年人进行慢病危险因素、高血压防治知识、糖尿病危害的健康教育。

三、主要工作目标：

1、掌握全乡65岁以上老年人的花名表及数据，规范管理率≥50%、体检率≥50%；

2、健康体检表完成率≥95％。

根据《国家基本公共卫生服务规范》的要求，结合我院实际情况，制定本实施方案。

一、项目目标

(一)通过实施老年人健康管理服务项目，对辖区老年人进行健康危险因素调查和一般体格检查，提供疾病预防、自我保健及伤害预防、自救等健康指导，减少主要健康危险因素，有效预防和控制慢性病和伤害，逐步使老年人享有均等化的基本公共卫生服务。

(二)开展老年人保健工作，定期为65岁以上老年人做健康检查，到20xx年，老年人健康档案建档率达xx%以上。健康档案做到及时更新并实施计算机动态管理，动态管理率>xx%。

(三)在20xx年项目年度实施期内老年人健康建档登记率达xx%。20xx年底前老年人健康规范管理率达xx%。每1年为管理的65岁以上老年人做1次健康检查。

二、项目范围及内容

(一)项目范围：覆盖我院辖区内所有65岁以上老人。

(二)项目内容

对辖区65岁及以上老年人进行登记管理，进行健康危险因素调查和一般体格检查，提供疾病预防、自我保健及伤害预防、自救等健康指导。

1、每年进行1次老年人健康管理。

2、健康生活方式和健康状况评估：包括吸烟、饮酒、体育锻炼、饮食、慢性疾病常见症状和既往所患疾病、治疗及目前用药情况。

3、体格检查：包括血压、体重、皮肤、淋巴结、乳腺、心脏、肺部、腹部、四肢肌肉关节等体格检查以及视力、听力和活动能力的一般检查。

4、辅助检查：每年免费检查1次以上血糖、心电图。有必要时增加血常规、尿常规、血脂、眼底检查、肝肾功能、以及认知功能和情感状态的初筛检查。

5、告知居民健康体检结果并进行相应干预。

(1)对发现已确诊的高血压患者和2型糖尿病患者纳入相应的慢性病患者管理。

(2)对存在危险因素且未纳入其他疾病管理的居民要定期随访。

(3)告知居民一年后进行下一次健康检查。

6、对所有老年人进行慢性病危险因素、流感疫苗接种知识、骨质疏松预防及防跌倒措施、意外伤害和自救等健康教育。

三、项目组织与实施

1、由我院公卫科全面负责项目的组织实施工作。

2、我院公卫科对下属村卫生室开展老年人保健工作进行技术指导和督查，并及时向上级部门汇报，并根据反馈意见进行整改。

3、原则上项目由辖区内村卫生室具体执行，院公卫科负责对其技术指导，鉴于目前村卫生室人员、技术水平等实际情况，实行以我院公卫科为主导，以村卫生室为帮手，对老年人保健实行规范管理。

扩展阅读

开展老年人健康管理工作可以为老年人创造一个便利的生活条件。我们在新的一阶段工作来临前要有工作计划。可以开始准备新一阶段的老年人健康管理工作计划了，才能使新一阶段的工作更加有序！在作老年人健康管理工作计划时，哪些需要重点讲呢？工作总结之家小编收集整理了一些社区老年人健康管理工作计划范文，欢迎大家阅读，希望对大家有所帮助。

65岁以上老年人健康管理工作计划 我院响应国家及上级卫生部门的号召，为促进公共卫生服务均等化，更好的实施老年人健康管理服务项目，为老年人提供疾病预防，自我保健及伤害预防的指导，减少健康危险因素，有效预防和控制慢性病。根据《国家公共卫生服务规范》特制定我镇老年人健康保健管理工作计划如下：

一、工作目标

做好65岁以上老年人健康管理工作，逐步为老年人建立个人健康档案，实施老年人健康管理，做到无病早预防，有病早发现、早干预、早治疗，提高健康水平，改善生活质量。20xx年，65岁以上老年人健康管理率达100%，并以健康档案为载体，为居民提供连续、综合、适宜，经济有效的医疗卫生服务和健康管理。

二、范围和内容

(一)项目范围

辖区内65岁及以上常住老人。乡卫生院负责本辖区内65岁及以上农村常住老人健康管理工作。

(二)项目内容

1、对20xx年已登记管理的老年人开展年度体格检查工作并及时更新档案信息。继续加强65岁老年人健康管理，在12月底前使登记管理率达到100%。

2、生活方式和健康状况评估：包括体育锻炼、饮食、吸烟、饮酒、慢性疾病常见症状和既往所患疾病、治疗及目前用药等情况。

3、体格检查：包括体温、脉搏、呼吸、血压、体重、腰围、臀围、皮肤、淋巴结、心脏、肺部、腹部等检查以及视力、听力和活动能力的一般检查。

4、辅助检查：每年检查1次空腹血糖。增加血常规、尿常规、大便潜血、血脂、b超、眼底检查、肝肾功能、心电图检查等以及认知功能和情感状态的初筛检查。

5、告知居民健康体检结果并进行相应干预。

(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)对存在危险因素且未纳入其他疾病健康管理的居民建议定期复查。

(3)告知居民进行下一次健康检查的时间。

6、对所有老年居民进行慢性病危险因素和疫苗接种、骨质疏松预防及防跌倒措施、意外伤害和自救等健康指导。

三、健康管理工作流程

1、按照《老年人健康管理服务规范》结合实际情况，确定65岁及以上老年人基本健康体检内容、项目。

2、开展多种形式的宣传活动，发放宣传单、张贴宣传画让老年居民了解健康体检的惠民政策，主动积极参与。

3、由乡卫生院会同村委会或居委会，对辖区内65岁以上老年居民进行登记造册，并发放《65岁以上老年人健康体检通知

单》和《65岁以上老年人健康体检表》，凭通知单、身份证(户口本)和健康体检表，按规定的时间到乡卫生院或指定场所进行健康检查(有条件的可在所在村设体检场所)。

4、由村卫生所登记和发放相关表格，填写基本信息栏目及相关内容等，完成体检前期准备工作，并动员符合条件的老年人参加健康检查。

5、接受健康体检的老年人，由家人陪同前往体检单位。健康检查单位核对接受检查人员身份后，收取通知单和健康体检表等，按要求实施健康体检。对需要进一步检查和治疗的老年人，需征得本人自愿。

6、健康体检资料纳入居民健康档案的管理内容。乡卫生院结合老年人健康体检结果，按照卫生部《城乡居民健康档案管理服务规范》和《老年人健康管理服务规范》要求，建立65岁以上老年人的健康档案。

7、健康体检结束后，由乡卫生院书面反馈个体健康体检结果给被检查人，并进行相应的健康教育和健康指导。个体健康体检结果应包括个体体检项目的客观结果、对体检结果的综合评价以及健康指导建议

8、 根据受检者健康情况对重点人群、特殊人群进行跟踪随访观察治疗，宣传卫生防病治疗知识，并对不良卫生行为进行干预。各项跟踪随访及观察治疗记录定期归入个人健康档案。

9、按照有关要求，体检结束后，形成本辖区老年人健康管理总结上报至县卫生局，总结内容应包括年度辖区内老年人口基

本信息、健康管理宣传、健康危险因素调查、健康体检基本情况、体检结果的分类、健康指导及干预等。

四、保障措施

(一)加强组织领导，明确职责任务

根据开展工作的需，及时调整领导小组成员。

(二)严格规范管理

为了保证工作质量，确保群众真正受益，重点做好以下几个方面的工作：

1、卫生院65岁以上老年人健康管理项目的具体实施单位，一定要严格按照要求，规范开展健康检查工作。要合理设计告知程序、便捷健康检查流程、人性化健康检查环境，统一健康检查方法、标准和要求，高效、高质量的开展健康健康检查工作。

2、要将健康检查与平时乡卫生院门、急诊、住院病人和老年人的健康管理、健康档案的建立与完善、健康教育与健康促进有机结合起来。对健康检查结果进行审核，出具健康健康检查评估报告，及时反馈给被健康检查者，并有针对性的进行健康教育。

3、对发现的高危人群、慢性病患者，要纳入相应病种的规范化管理。对可疑的慢性疾病、传染病、肿瘤等疾病患者，转上级医院院或专科医院确诊，并及时随访掌握诊断结果；对已出现转诊症状的，须及时转上级医院。

4、及时分析评估辖区老年人群健康状况以及影响老年人健康的分类因素，有针对性制订辖区老年人群疾病谱干预工作方案。

5、要提高认识，加强领导，落实责任，明确任务和指标，合理安排进度结合本单位实际，健全管理制度和工作流程，严格操作，规范服务，保证质量。

6、要加强项目的宣传。召开好乡医会，层层宣传动员，让广大农村居民了解65岁以上老年人健康管理的服务内容，提高群众的知晓率，鼓励适龄群众积极参与。

7、建立健全绩效考核制度，完善考核评价体系和方法，保证任务落实和群众受益。同时，加强对项目执行情况的监督管理，严厉查处弄虚作假行为，让广大人民群众得到更多更大的实惠。

为促进公共卫生服务均等化，更好地实施老年人健康管理服务项目，为老年人提供疾病预防、自我保健及伤害预防的指导，减少健康危害因素，有效预防和控制慢性病。根据《广州市基本公共卫生服务包》的工作要求，根据花都区第二人民医院的实际情况，制定计划如下：

一、服务内容及要求

按要求为辖区内65岁及以上老年人建立健康档案，老年人建档率≥80%，老年人健康检查管理率≥80%；

二、工作安排

（一）体检要求

对各村65岁以上老年人提供1次健康检查服务，体格检查包括：体温、脉搏、呼吸、血压、体重、身高、腰围、皮肤、浅表淋巴结、心脏、肺部、腹部等检查以及口腔、视力、听力和活动能力的一般检查以及认知功能和情感状态的初筛检查；女性增加乳腺、妇科检查。辅助检查包括：血尿常规、大便潜血、空腹血糖、血脂、肝肾功能和心电图检查、胸透。

（二）相关科室工作分工

1、体检科：布置体检场地，组织各科室体检工作人员下乡并做好人员分工和体检现场工作分流，在一周内将合格的体检表、体检结果（电子版）等有效资料反馈防保所专职人员。

2、防保所：制定体检方案，与各村委沟通，安排体检时间，并做好体检前的宣传告知工作。及时收集整理体检资料，一个月内反馈给各村，建立健康档案并录入电子系统。

3、预防保健部：牵头及协调人员参加体检。负责配合体检开展相关健康教育工作。

（三）具体做法

1、体检前与村委、乡医做好沟通、前期准备工作，主要为宣传发动和通知村民参加体检工作。

2、公示体检项目，严格按照广州市要求的项目开展。

3、对参加体检的老年人、慢性病病人发放健康小礼包，体检同时进行义诊咨询或健康教育讲座，对所有的老年人进行慢病危险因素、高血压防治知识、糖尿病危害的健康教育。

4、体检应根据各村范围大小实行分片区体检方便村民，提高村民参加体检的意愿。

5、告知老年人健康体检的结果并进行相应的干预。对发现已确诊的高血压和2型糖尿病者纳入相应的慢病管理；对存在危险因素但是尚未纳入慢病的居民定期随访。

开展老年人健康管理工作可以让老人生活得更加快乐。我们可以对新一阶段的工作做一份计划。此时就可以对老年人健康管理工作做个简单的计划，新一阶段才能更加有动力！有没有比较好的老年人健康管理工作计划模板呢？下面是由工作总结之家小编为大家整理的老年人健康服务管理工作计划方案，仅供参考，欢迎大家阅读。

根据《国家基本公共卫生服务规范》的要求，结合我院实际情况，制定本实施方案。

一、项目目标

(一)通过实施老年人健康管理服务项目，对辖区老年人进行健康危险因素调查和一般体格检查，提供疾病预防、自我保健及伤害预防、自救等健康指导，减少主要健康危险因素，有效预防和控制慢性病和伤害，逐步使老年人享有均等化的基本公共卫生服务。

(二)开展老年人保健工作，定期为65岁以上老年人做健康检查，到20xx年，老年人健康档案建档率达60%以上。健康档案做到及时更新并实施计算机动态管理，动态管理率>80%。

(三)在20xx年项目年度实施期内老年人健康建档登记率达60%。20xx年底前老年人健康规范管理率达80%。每1年为管理的65岁以上老年人做1次健康检查。

二、项目范围及内容

(一)项目范围：覆盖我院辖区内所有65岁以上老人。

(二)项目内容

对辖区65岁及以上老年人进行登记管理，进行健康危险因素调查和一般体格检查，提供疾病预防、自我保健及伤害预防、自救等健康指导。

1、每年进行1次老年人健康管理。

2、健康生活方式和健康状况评估：包括吸烟、饮酒、体育锻炼、饮食、慢性疾病常见症状和既往所患疾并治疗及目前用药情况。

3、体格检查：包括血压、体重、皮肤、淋巴结、乳腺、心脏、肺部、腹部、四肢肌肉关节等体格检查以及视力、听力和活动能力的一般检查。

4、辅助检查：每年免费检查1次以上血糖、b超、心电图。有必要时增加血常规、尿常规、大便潜血、血脂、眼底检查、肝肾功能、以及认知功能和情感状态的初筛检查。

5、告知居民健康体检结果并进行相应干预。

(1)对发现已确诊的高血压患者和2型糖尿病患者纳入相应的慢性病患者管理。

(2)对存在危险因素且未纳入其他疾病管理的居民要定期随访。

(3)告知居民一年后进行下一次健康检查。

6、对所有老年人进行慢性病危险因素、流感疫苗接种知识、骨质疏松预防及防跌倒措施、意外伤害和自救等健康教育。

三、项目组织与实施

1、由我院公卫办全面负责项目的组织实施工作。

2、我院公卫办对下属村卫生室开展老年人保健工作进行技术指导和督查，并及时向上级公卫办汇报，并根据反馈意见进行整改。

3、原则上项目由辖区内村卫生室具体执行，院公卫办负责对其技术指导，鉴于目前村卫生室人员、技术水平等实际情况，实行以我院公卫办为主导，以村卫生室为帮手，对老年人保健实行规范管理。

根据《国家基本公共卫生服务规范》的要求，结合我院实际情况，制定本实施方案。

一、项目目标

(一)通过实施老年人健康管理服务项目，对辖区老年人进行健康危险因素调查和一般体格检查，提供疾病预防、自我保健及伤害预防、自救等健康指导，减少主要健康危险因素，有效预防和控制慢性病和伤害，逐步使老年人享有均等化的基本公共卫生服务。

(二)开展老年人保健工作，定期为65岁以上老年人做健康检查，到20xx年，老年人健康档案建档率达xx%以上。健康档案做到及时更新并实施计算机动态管理，动态管理率>xx%。

(三)在20xx年项目年度实施期内老年人健康建档登记率达xx%。20xx年底前老年人健康规范管理率达xx%。每1年为管理的65岁以上老年人做1次健康检查。

二、项目范围及内容

(一)项目范围：覆盖我院辖区内所有65岁以上老人。

(二)项目内容

对辖区65岁及以上老年人进行登记管理，进行健康危险因素调查和一般体格检查，提供疾病预防、自我保健及伤害预防、自救等健康指导。

1、每年进行1次老年人健康管理。

2、健康生活方式和健康状况评估：包括吸烟、饮酒、体育锻炼、饮食、慢性疾病常见症状和既往所患疾病、治疗及目前用药情况。

3、体格检查：包括血压、体重、皮肤、淋巴结、乳腺、心脏、肺部、腹部、四肢肌肉关节等体格检查以及视力、听力和活动能力的一般检查。

4、辅助检查：每年免费检查1次以上血糖、心电图。有必要时增加血常规、尿常规、血脂、眼底检查、肝肾功能、以及认知功能和情感状态的初筛检查。

5、告知居民健康体检结果并进行相应干预。

(1)对发现已确诊的高血压患者和2型糖尿病患者纳入相应的慢性病患者管理。

(2)对存在危险因素且未纳入其他疾病管理的居民要定期随访。

(3)告知居民一年后进行下一次健康检查。

6、对所有老年人进行慢性病危险因素、流感疫苗接种知识、骨质疏松预防及防跌倒措施、意外伤害和自救等健康教育。

三、项目组织与实施

1、由我院公卫科全面负责项目的组织实施工作。

2、我院公卫科对下属村卫生室开展老年人保健工作进行技术指导和督查，并及时向上级部门汇报，并根据反馈意见进行整改。

3、原则上项目由辖区内村卫生室具体执行，院公卫科负责对其技术指导，鉴于目前村卫生室人员、技术水平等实际情况，实行以我院公卫科为主导，以村卫生室为帮手，对老年人保健实行规范管理。

为促进公共卫生服务均等化，更好的实施老年人健康管理服务项目，为老年人提供疾病预防，自我保健及伤害预防的指导， 减少健康危险因素，有效预防和控制慢性病。根据《国家基本公共卫生服务规范》（20xx年版）制定我中心老年人健康管理实施细则。

服务对象：我中心所辖4个街道14个社区65岁以上的老年人。

服务内容：为在我中心所辖社区内的65岁以上老年人每2年进行一次免费的体检，体检的时间视情况具体安排，体检项目完全依照《国家基本公共卫生服务规范》进行。具体步骤如下：

1 中心组织所辖社区的老年人进行每2年一次的健康体检，体检日程安排按社区划分。由各团队工作人员通知需要体检的居民，到体检中心进行体检。少数不能到体检中心的居民能安排医务人员上门体检。体检结果及时录入电脑慢病系统。

2 老年人体检可与慢病体检以及建立健康档案相结合。

3 体检的内容包括健康状况的评估、体格检查、辅助检查。

4 健康状况评估包括：吸烟、饮酒、体育锻炼、饮食、慢性疾病常见的症状、既往病史、遗传病史、现病史及临床表现、治疗和目前用药情况。

5 体格检查方面含有血压、身高、体重、腰围、臀围、皮肤、淋巴结、心肺听诊、腹部是否有包块、下肢是否水肿、呼吸、体温、脉搏

辅助检查有：每年一次血糖、血脂，有条件的话还应加上血常规、尿常规、b超、心电图、x光片。

6告知老年人健康体检的结果并进行相应的干预。

○对发现已确诊的高血压者和2型糖尿病者纳入相应的慢病管理。○对存在危险因素但是尚未纳入慢病的居民定期随访 。

○对所有的老年人进行慢病危险因素、高血压防治知识、糖尿病危害的健康教育。

主要工作目标：

1 掌握中心65岁以上老年人的基本资料及健康状况，规范管理率90﹪、2年一次体检率≥90%;

2 健康体检表完成率≥95％。

工作进度：

1. 20xx年完成50%总人数的老年人体检工作，至20xx年12月中旬全部完成。

2. 各团队将体检结果及时录入电脑相应的栏目，并及时上报已体检人员名单，以方便中心统计数据，评估工作的进度。

开展老年人健康管理工作可以让老人生活得幸福快乐。我们需要制定个人工作计划。在写好了老年人健康管理工作计划后，才能够使下一阶段的工作更有目标性！您知道老年人健康管理工作计划需要注意哪些方面？工作总结之家小编收集整理了一些村级老年人健康服务管理工作计划，欢迎大家阅读，希望对大家有所帮助。

根据《国家基本公共卫生服务规范》的要求，结合我院实际情况，制定本实施方案。

一、项目目标

(一)通过实施老年人健康管理服务项目，对辖区老年人进行健康危险因素调查和一般体格检查，提供疾病预防、自我保健及伤害预防、自救等健康指导，减少主要健康危险因素，有效预防和控制慢性病和伤害，逐步使老年人享有均等化的基本公共卫生服务。

(二)开展老年人保健工作，定期为65岁以上老年人做健康检查，到20xx年，老年人健康档案建档率达60%以上。健康档案做到及时更新并实施计算机动态管理，动态管理率>80%。

(三)在20xx年项目年度实施期内老年人健康建档登记率达60%。20xx年底前老年人健康规范管理率达80%。每1年为管理的65岁以上老年人做1次健康检查。

二、项目范围及内容

(一)项目范围：覆盖我院辖区内所有65岁以上老人。

(二)项目内容

对辖区65岁及以上老年人进行登记管理，进行健康危险因素调查和一般体格检查，提供疾病预防、自我保健及伤害预防、自救等健康指导。

1、每年进行1次老年人健康管理。

2、健康生活方式和健康状况评估：包括吸烟、饮酒、体育锻炼、饮食、慢性疾病常见症状和既往所患疾并治疗及目前用药情况。

3、体格检查：包括血压、体重、皮肤、淋巴结、乳腺、心脏、肺部、腹部、四肢肌肉关节等体格检查以及视力、听力和活动能力的一般检查。

4、辅助检查：每年免费检查1次以上血糖、b超、心电图。有必要时增加血常规、尿常规、大便潜血、血脂、眼底检查、肝肾功能、以及认知功能和情感状态的初筛检查。

5、告知居民健康体检结果并进行相应干预。

(1)对发现已确诊的高血压患者和2型糖尿病患者纳入相应的慢性病患者管理。

(2)对存在危险因素且未纳入其他疾病管理的居民要定期随访。

(3)告知居民一年后进行下一次健康检查。

6、对所有老年人进行慢性病危险因素、流感疫苗接种知识、骨质疏松预防及防跌倒措施、意外伤害和自救等健康教育。

三、项目组织与实施

1、由我院公卫办全面负责项目的组织实施工作。

2、我院公卫办对下属村卫生室开展老年人保健工作进行技术指导和督查，并及时向上级公卫办汇报，并根据反馈意见进行整改。

3、原则上项目由辖区内村卫生室具体执行，院公卫办负责对其技术指导，鉴于目前村卫生室人员、技术水平等实际情况，实行以我院公卫办为主导，以村卫生室为帮手，对老年人保健实行规范管理。

为了进一步发挥中医药在基本公共卫生服务中的作用，现根据国家基本公共卫生服务中医药服务项目工作要求，依据《国家中医药健康管理服务技术规范》有关内容，结合我中心实际，特制定本工作计划。

一、工作目标

通过实施老年人中医健康管理服务工作，对辖区内老年人开展中医体质辨识和一般体格检查，根据检查结果提供中医健康状态评估，给予中医保健指导。同时普及老年人中医养生保健知识与方法，倡导科学生活方式和习惯，提高自我保健能力及水平，使老年人普遍享有优质的中医健康指导服务。

二、组织领导

1、中心组织成立老年人中医药健康管理服务工作领导小组，组长由主任xxx担任，副组长由副主任xxx、xxx担任，成员有各科室负责人组成，领导小组具体负责老年人中医药健康管理工作的组织与协调；公共卫生科和医疗科为具体工作的执行科室，负责该项工作的日常管理和技术服务指导。

2、职责与任务

公共卫生科负责老年人中医药健康管理服务的健康教育、资料印制和实施技术服务指导等。各医疗服务团队负责具体的执行、宣传、动员和老年人健康体检等工作，对行动不便、卧床居民提供上门服务，开展健康指导、随访等工作，及时将相关信息记入健康档案。

三、工作内容

对辖区65岁及以上老年人进行登记管理，进行中医体质辨

识和一般体格检查，提供中医健康状态评估和中医保健健康教育指导。

1、每年对老年人进行一次健康体检。包括血压、体重、皮肤、淋巴结、乳腺、心脏、肺部、腹部、四肢、关节等体格检查以及视力、听力和活动能力的一般检查，每年检查1次随机血糖，血常规、尿常规、b超、心电图检查以及认知功能和情感状态的初筛检查，并增加血脂、肝功、肾功检查，告知老年人健康体检结果并进行相应干预。

2、健康生活方式和健康状况评估：包括吸烟、饮酒、体育锻炼、饮食、慢性疾病常见症状和既往所患疾病、治疗及目前用药情况。

3、每年进行1次中医健康指导，运用中医体质辨识理论进行健康状态评估，根据不同体质和健康状态提供中医养生保健和疾病防治等健康指导，并记录在健康档案中，指导内容应包含三方面的内容：1、常用养生保健方法，包括心理调摄、饮食调养、起居调摄、运动保健；

2、中医体质辨识及保健要点；

3、社区老年人常见病症的预防保健，如腰腿痛、失眠、便秘、健忘、耳鸣、尿频等。

4、每年开展针对老年人的中医健康教育知识讲座，公众中医药健康咨询活动，中医药健康知识宣传专栏，播放中医药音像资料，发放中医药宣传资料。

5、将老年人中医药健康管理服务工作纳入年度考核指标，将工作任务分解至各医疗服务团队，并与绩效挂钩，进行相应的奖励和处罚。

开展老年人健康管理工作可以让老人生活得更加快乐。我们在新的一阶段工作来临前要有工作计划。我们要写好老年人健康管理工作计划下一阶段工作会更有目标和方向！您是否正在考虑怎么样才能写好老年人健康管理工作计划呢？下面是由工作总结之家小编为大家整理的2024老年人健康管理服务工作重点计划，仅供参考，欢迎大家阅读。

老年人是人类的宝贵财富，老年人健康是社会文明进步的重要标志，开展老年人健康管理工作，关系到家庭幸福、政治稳定和社会和谐。在过去的一年中，根据基本公共卫生服务项目管理要求和我镇辖区实际情况，我们将老年人管理工作列入预防保健工作的重要组成部分，作为尊老、敬老、爱老和服务社会的具体实事，当成公共卫生服务工作者义不容辞的神圣职责，不折不扣、脚踏实地地开展了老年人健康管理工作。具体表现为以下几个方面：

一、认真学习工作方案、及时制定工作计划

x月上旬，我们派出专职慢病医生参加了县cdc慢病防治专题培训会议。随即就召开了全镇乡村医生和全体防保人员培训会议。会上，除传达了县慢病工作会议精神，学习了县cdc慢病管理工作方案外，还讨论落实了我镇的具体工作步骤，落实了工作人员，制定了工作计划，确保了我镇老年人健康管理工作的顺利开展。

二、建立健全镇村两级组织网络

为确保工作进展，我们对全体防保人员实行了老年人健康管理工作划区包干，明确了x名分工负责人、x名管理人员在村一级，也明确了村卫生室医师亲自负责，形成了自上而下的工作合力。通过上下联通、医患互动，使我镇老年人健康管理工作实现了真正意义上零的突破。

三、开展健康教育与健康促进活动

针对老年人的生理和心理特点，我们利用喜闻乐见的形式，广泛深入地开展了老年健康教育与健康促进活动，如广场互动式健康知识教育、健康橱窗展示、专题健康知识讲座、发放老年保健小册子、与xx中医药大学联合开展老年传统医学服务进社区等，使高血压、糖尿病、肿瘤、家庭急救、预防跌倒、老年体育活动和老年人健康生活方式等科学知识为越来越多的老年人所认同和掌握。

四、做好老年人生活方式和健康状况评估、体格检查和健康指导工作

全镇65岁以上老年人xx人，已建立健康档案xx份，建档率xx%，电子录入xx份，电子档案录入率xx%。按照每年进行一次健康检查的要求，我们组织了防保、临床和检验人员，走出医院、深入社区，扎扎实实地开展工作，截止20xx年x月x日，我们已完成xx余人体检任务，体检率xx%。体检过程中，我们及时对老年人生活方式和健康状况进行了评估，对查出的高血压病病人，糖尿病病人信息，已及时转入慢病组进行慢病管理，通过努力基本完善了老年人健康管理体系。

为促进公共卫生服务均等化，更好的实施老年人健康管理服务项目，为老年人提供疾病预防，自我保健及伤害预防的指导， 减少健康危险因素，有效预防和控制慢性病。根据《国家基本公共卫生服务规范》（20xx年版）制定我中心老年人健康管理实施细则。

服务对象：我中心所辖4个街道14个社区65岁以上的老年人。

服务内容：为在我中心所辖社区内的65岁以上老年人每2年进行一次免费的体检，体检的时间视情况具体安排，体检项目完全依照《国家基本公共卫生服务规范》进行。具体步骤如下：

1 中心组织所辖社区的老年人进行每2年一次的健康体检，体检日程安排按社区划分。由各团队工作人员通知需要体检的居民，到体检中心进行体检。少数不能到体检中心的居民能安排医务人员上门体检。体检结果及时录入电脑慢病系统。

2 老年人体检可与慢病体检以及建立健康档案相结合。

3 体检的内容包括健康状况的评估、体格检查、辅助检查。

4 健康状况评估包括：吸烟、饮酒、体育锻炼、饮食、慢性疾病常见的症状、既往病史、遗传病史、现病史及临床表现、治疗和目前用药情况。

5 体格检查方面含有血压、身高、体重、腰围、臀围、皮肤、淋巴结、心肺听诊、腹部是否有包块、下肢是否水肿、呼吸、体温、脉搏

辅助检查有：每年一次血糖、血脂，有条件的话还应加上血常规、尿常规、b超、心电图、x光片。

6告知老年人健康体检的结果并进行相应的干预。

○对发现已确诊的高血压者和2型糖尿病者纳入相应的慢病管理。○对存在危险因素但是尚未纳入慢病的居民定期随访 。

○对所有的老年人进行慢病危险因素、高血压防治知识、糖尿病危害的健康教育。

主要工作目标：

1 掌握中心65岁以上老年人的基本资料及健康状况，规范管理率90﹪、2年一次体检率≥90%;

2 健康体检表完成率≥95％。

工作进度：

1. 20xx年完成50%总人数的老年人体检工作，至20xx年12月中旬全部完成。

2. 各团队将体检结果及时录入电脑相应的栏目，并及时上报已体检人员名单，以方便中心统计数据，评估工作的进度。

根据《国家基本公共卫生服务规范(20xx年版)》，为做好老年人健康服务管理工作，结合我镇实际，特制定工作计划。

一、项目目标

(一)通过实施老年人健康管理服务项目，对老年人进行健康危险因素调查和一般体格检查，提供疾病预防、自我保健及伤害预防、自救等健康指导，减少主要健康危险因素，有效预防和控制慢性病和伤害，逐步使老年人享有均等化的基本公共卫生服务。

(二)开展老年人保健工作，定期为65岁以上老年人做健康检查，到20xx年，老年人健康登记管理率达100%。

二、服务对象

辖区内65岁及以上常住居民(含在当地居住半年以上者)。

三、服务要求

(一)每年进行1次老年人健康管理，包括健康体检、健康咨询指导和干预等。

(二)生活方式和健康状况评估：包括体育锻炼、饮食、吸烟、饮酒、慢性疾病常见症状和既往所患疾病、治疗及目前用药等情况。

(三)体格检查：包括体温、脉搏、呼吸、血压、体重、腰围、臀围、皮肤、淋巴结、心脏、肺部、腹部五官等检查以及视力、听力和活动能力的一般检查。

(四)辅助检查：每年检查1次空腹血糖。血常规、尿常规、粪常规、腹部b超、心电图检查、胸透等以及认知功能和情感状态的初筛检查。

(五)告知居民健康体检结果并进行相应干预。

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、对存在危险因素且未纳入其他疾病健康管理的居民建议定期复查。

3、告知居民进行下一次健康检查的时间。

(六)对所有老年居民进行慢性病危险因素和疫苗接种、骨质疏松预防及防跌倒措施、意外伤害和自救等健康指导。

四、具体措施

1、加强与村委会、派出所等相关部门的联系，掌握辖区内老年人口信息变化。

2、加强宣传，告知服务内容，使更多的老年居民愿意接受服务。

3、预约65岁及以上居民到乡镇卫生院、村卫生室、接受健康管理。对行动不便、卧床居民可提供预约上门健康检查。

4、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。

5、积极应用中医药方法为老年人提供养生保健、疾病防治等健康指导。

五、考核指标

1、老年居民健康管理率=接受健康管理人数/年内辖区内65岁及以上常住居民数×100%。

2、健康体检表完整率=填写完整的健康体检表数/抽样的健康体检表数×100%。

为进一步促进全镇基本公共卫生服务均等化，更好地实施老年人健康管理服务，为老年人提供疾病预防、自我保健及伤害预防的指导，减少健康危害因素，有效预防和控制慢性病，根据《国家基本公共卫生服务规范(20xx年版)》的工作要求，结合我镇实际，特制定本计划。

一、服务内容及要求

按要求为辖区内65岁及以上老年人建立健康档案，每年免费为老年人提供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、健康指导和中医体质辨识。

二、工作安排

(一)体检要求

每年对各村65岁以上老年人提供1次健康体检服务，体格检查包括：体温、脉搏、呼吸、血压、体重、身高、腰围、皮肤、浅表淋巴结、心脏、肺部、腹部等检查以及口腔、视力、听力和活动能力的一般检查以及认知功能和情感状态的初筛检查;辅助检查包括：血常规、尿常规、空腹血糖、血脂、肝肾功能和心电图检查。

(二)相关科室工作分工

卫生院查体组：布置体检场地，组织各科室体检工作人员下乡并做好人员分工和体检现场工作分流，在一周内将合格的体检表、体检结果等有效资料反馈到公共卫生科。

公共卫生科：制定体检方案，与各村委沟通，安排体检时间，并做好体检前的宣传告知工作。及时收集整理体检资料，一个周内反馈给各村，建立健康档案并录入电子系统。

牵头及协调人员参加体检。负责配合体检开展相关健康教育工作。

(三)具体做法

1、体检前与村委、乡医做好沟通、前期准备工作，主要为宣传发动和通知村民参加体检工作。

2、公示体检项目，严格按照规范要求的项目开展。

3、对参加体检的.老年人、慢性病病人发放健康小礼包，体检同时进行义诊咨询或健康教育讲座，对所有的老年人进行慢病危险因素、高血压防治知识、糖尿病危害的健康教育。

4、体检应根据各村范围大小实行分片区体检方便村民，提高村民参加体检的意愿。

5、告知老年人健康体检和中医体质辨识的结果并进行相应的干预。对发现已确诊的高血压和2型糖尿病者纳入相应的慢病管理;对存在危险因素但是尚未纳入慢病的居民定期随访。

中医药健康教育工作是卫生服务的一项重要工作内容，我市贯彻落实上级文件相关工作要求，进一步加强中医药服务能力建设，积极推进中医药健康管理服务项目，每年为老年人提供1次中医药健康管理服务，老年人健康管理内容包括中医体质辨识和中医药保健指导，0—36个月儿童不同月龄段进行穴位按摩及饮食喂养指导。

中医体质辨识。按照老年人中医药健康管理服务记录表前33项问题采集信息，根据体质判定标准进行体质辨识，并将辨识结果告知服务对象。0—36个月龄儿童中医药健康管理在不同月龄进行采集信息，现场保健指导、播放视频。

中医药保健指导。根据不同体质从情志调摄、饮食调养、起居调摄、运动保健、穴位保健等方面进行相应的中医药保健指导。

20xx年，我市在上级部门的领导和职工的认真工作下共完成51033个老年人的中医药健康管理服务记录表并认真录入居民健康档案管理系统；覆盖率33.0%。儿童中医药健康管理5257个；覆盖率36.1%。基本完成中医药管理服务。

老年人对中医药健康管理的认识不足，依从性较低。个别乡镇覆盖率不足、儿童现场指导欠缺、各月龄段覆盖面欠到位。

我市将中医药健康管理作为今后的重要工作之一。将进一步发挥中医药健康管理在基本公共卫生服务项目实施中的独特优势，以健康教育、义诊、入户随访等多种形式，加强老年人养生保健行为干预和健康指导，0—36个月儿童不同月龄段将中医药健康教育活动持续开展下去贡献一份力量，做好中医药健康管理工作。加强对各乡镇卫生院、街道社区卫生服务中心的业务人员的业务培训，合理安排时间抓进度。用通俗易懂的语言沟通。

老年人是人类的宝贵财富，老年人健康是社会文明进步的重要标志，开展老年人健康管理工作，关系到家庭幸福、政治稳定和社会和谐。在过去的一年中，根据基本公共卫生服务项目管理要求和我镇辖区实际情况，我们将老年人管理工作列入预防保健工作的重要组成部分，作为尊老、敬老、爱老和服务社会的具体实事，当成公共卫生服务工作者义不容辞的神圣职责，不折不扣、脚踏实地地开展了老年人健康管理工作。具体表现为以下几个方面：

一、认真学习工作方案、及时制定工作计划

x月上旬，我们派出专职慢病医生参加了县cdc慢病防治专题培训会议。随即就召开了全镇乡村医生和全体防保人员培训会议。会上，除传达了县慢病工作会议精神，学习了县cdc慢病管理工作方案外，还讨论落实了我镇的具体工作步骤，落实了工作人员，制定了工作计划，确保了我镇老年人健康管理工作的顺利开展。

二、建立健全镇村两级组织网络

为确保工作进展，我们对全体防保人员实行了老年人健康管理工作划区包干，明确了x名分工负责人、x名管理人员在村一级，也明确了村卫生室医师亲自负责，形成了自上而下的工作合力。通过上下联通、医患互动，使我镇老年人健康管理工作实现了真正意义上零的突破。

三、开展健康教育与健康促进活动

针对老年人的生理和心理特点，我们利用喜闻乐见的形式，广泛深入地开展了老年健康教育与健康促进活动，如广场互动式健康知识教育、健康橱窗展示、专题健康知识讲座、发放老年保健小册子、与xx中医药大学联合开展老年传统医学服务进社区等，使高血压、糖尿病、肿瘤、家庭急救、预防跌倒、老年体育活动和老年人健康生活方式等科学知识为越来越多的老年人所认同和掌握。

四、做好老年人生活方式和健康状况评估、体格检查和健康指导工作

全镇65岁以上老年人xx人，已建立健康档案xx份，建档率xx%，电子录入xx份，电子档案录入率xx%。按照每年进行一次健康检查的要求，我们组织了防保、临床和检验人员，走出医院、深入社区，扎扎实实地开展工作，截止20xx年x月x日，我们已完成xx余人体检任务，体检率xx%。体检过程中，我们及时对老年人生活方式和健康状况进行了评估，对查出的高血压病病人，糖尿病病人信息，已及时转入慢病组进行慢病管理，通过努力基本完善了老年人健康管理体系。

4、研究和探索新形势下老年人遇到的新情况、新问题，协助社区（村）做好老年群体的各项工作，发挥老龄主管部门的助手、桥梁和纽带作用。5、完成社区（村）和上级老龄主管部门交办的老龄工作。第三章??会?? 员第六条：凡居住在本社区（村），年满60周岁以上的老年人，承认本章程，均可自愿申请入会。第七条：会员权利：1、参加协会组织的各项活动；2、表决权、选举权和被选举权；3、对协会工作及活动有提出意见、建议和批评、监督，要求答复和解决所提出的问题；4、提出退会第八条：会员义务：1、自觉遵守国家法律、法规，维护社会公德，自觉学习贯彻党的路线、方针、政策；2、遵守协会章程和有关制度，执行协会决议，完成协会交办的各项工作任务；3、积极参加协会组织的各项活动；4、宣传协会章程及宗旨，发展会员；‘5、向协会汇报工作，反映情况，提供有关资料。第四章??组织机构第九条：协会最高领导机构是会员大会。会员大会每届三年，遇有特殊情况可提前或延期召开。其职责是报告工作，修改章程，选举协会委员会。第十条：协会委员会设委员五――七人，其中会长一人，副会长两人。会长、副会长、委员构成要有广泛代表性，特别是妇女代表。协会可根据居住条件再划分出若干小组，组长由委员会任命。第十一条：协会委员因变故需增补时，由全体委员讨论决定，并提请下届会员代表大会追认。第五章 经?? 费第十二条：经费来源1、可从社区经费（村公益金）中按比例划拨一部分。2、会员会费。3、社会各方面的资助和捐赠。4、通过合法途径的创收收入。5、老年人自愿捐献。第十三条：经费必须用于协会开展各项事业活动的支出。第十四条：经费要有专人管理，专款专用，定期公布收支情况，接受全体会员的监督。第六章 附?? 则第十五条：本章程自公布之日起试行。第十六条：本章程解释权属本协会。

一、项目目标

（一）通过实施老年人健康管理服务项目，对老年人进行健康危险因素调查和一般体格检查，提供疾病预防、自我保健及伤害预防、自救等健康指导，减少主要健康危险因素，有效预防和控制慢性病和伤害，逐步使老年人享有均等化的基本公共卫生服务。

（二）开展老年人保健工作，定期为65岁以上老年人做健康检查，到20xx年，老年人健康登记管理率达100％。

二、服务对象

辖区内65岁及以上常住居民（含在当地居住半年以上者）。

三、服务要求

（一）每年进行1次老年人健康管理，包括健康体检、健康咨询指导和干预等。

（二）生活方式和健康状况评估：包括体育锻炼、饮食、吸烟、饮酒、慢性疾病常见症状和既往所患疾病、治疗及目前用药等情况。

（三）体格检查：包括体温、脉搏、呼吸、血压、体重、腰围、臀围、皮肤、淋巴结、心脏、肺部、腹部五官等检查以及视力、听力和活动能力的一般检查。

（四）辅助检查：每年检查1次空腹血糖。血常规、尿常规、粪常规、腹部b超、心电图检查、胸透等以及认知功能和情感状态的初筛检查。

（五）告知居民健康体检结果并进行相应干预。

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、对存在危险因素且未纳入其他疾病健康管理的居民建议定期复查。

3、告知居民进行下一次健康检查的时间。

（六）对所有老年居民进行慢性病危险因素和疫苗接种、骨质疏松预防及防跌倒措施、意外伤害和自救等健康指导。

四、具体措施

1、加强与村委会、派出所等相关部门的联系，掌握辖区内老年人口信息变化。

2、加强宣传，告知服务内容，使更多的`老年居民愿意接受服务。

3、预约65岁及以上居民到乡镇卫生院、村卫生室、接受健康管理。对行动不便、卧床居民可提供预约上门健康检查。

4、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。

5、积极应用中医药方法为老年人提供养生保健、疾病防治等健康指导。

五、考核指标

1、老年居民健康管理率＝接受健康管理人数/年内辖区内65岁及以上常住居民数×100％。

2、健康体检表完整率＝填写完整的健康体检表数/抽样的健康体检表数×100％。

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！