

# 颈椎病防治工作总结5篇

作者：小六 来源：网友投稿

本文原地址：<https://xiaorob.com/zongjie/fanwen/99576.html>

ECMS帝国之家，为帝国cms加油！

## 颈椎病防治工作总结1

- 一级：脖子酸痛、僵硬(建议抬头看看天花板，脖子后面是否有感觉)
- 二级：脖子、肩膀、后背酸痛，僵硬、面色晦暗。
- 三级：有倦容、抵抗力差、易过敏、易留色素印、长斑。
- 四级：胳膊不得劲，疼痛，麻木。(从这一级开始就必须艾灸了)
- 五级：面部光泽、肤色不均、皮肤松弛与实际年龄不符。
- 六级：经常睡觉落枕(落枕是一种轻型颈椎病)
- 七级：走路发飘，跑偏、写字不稳。(从这级开始，可能要做手术了)
- 八级：走路像踩在棉花上，一脚深、一脚浅。
- 九级：小便、大便、性功能出现难言之隐。(从这级开始做手术效果也不好了)
- 十级：下不了床.....

## 颈椎病防治工作总结2

### >班会主题

预防艾滋病主题班会

### >主题班会预期目标

展艾滋病教育采取主题班会的形式，体现了健康教育与德育教育的渗透。

### >主题班会意义

让同学了解并远离艾滋病，并让他们有一份爱心来帮助关爱、不歧视艾滋病患者，并且通过活动帮助学生了解艾滋

病的由来、传播途径、艾滋病的危害，使学生能够学会判断艾滋病病毒传播的相关行为，呼吁社会宣传与关爱。

>主题班会课

讲授重点及难点

重点：了解艾滋病并不可怕，主要是正确良好的行为规范就可远离艾滋病。

难点：了解艾滋病的传播途径和认识良好行为规范是什么，不可能传播艾滋病的途径和主要预防措施。

>主题班会设计

>一. 强调班会主题:预防艾滋，\*等关爱，携手共奏人生美好乐章

>二. 同学讲解

>(一) 介绍艾滋病的流行趋势

图片1表格形式有关亚洲及非洲艾滋病的趋势，非洲是最严重的国家，和经济，当地卫生状况，人口等原因有关;亚洲是感染率上升最快的国家，以\*为例

图片2在1985年\*仅是沿海及河北少数出现艾滋病感染者，1995年除青海，甘肃和\*\*\*外其余都有感染者，之后仅三年的时间1998年全国各地都出现感染者.

\*\*：同学们你们在一分钟的时间里能做些什麼?回答...

讲解：在全世界一分钟里就有6人感染艾滋病病毒，强调速度快，分布广，危害大。

>(二)介绍艾滋病及艾滋病病毒

1、了解艾滋病英文缩写aids的全称和中文名称;

2、分别介绍艾滋病的窗口期，潜伏期，\*\*期发病时间;

图片1艾滋病病毒的结构图，分析内核外核构造了解病毒;

图片2是艾滋病病毒吞食宿主细胞在生成新的艾滋病病毒的全过程;

>(三)介绍艾滋病的临床症状

图片：早期没有症状，之后会逐渐出现像感冒咳嗽的表现，后严重出现卡波西式肉瘤，

分别介绍艾滋病在呼吸道，消化道等各器官的表现症状。

>(四)介绍艾滋病的传播途径及预防

\*\*：刚才同学们看的短片是哪个传播途径呀?回答...\_输血

引出传播途径的话题，除了输血还有其他方法：

图片：艾滋病通过传播途径感染易感染人群的循环图

游戏：大家每人手里有一张纸条有的是职业人群，有的是行为方法，你觉的他们有没有被感染的危险?属于高危感染人群还是低危感染人群，请你把它帖到相应的位置。

游戏目的：通过这个游戏，让大家了解无论是什麼职业只要有良好的行为方法，行为规范就可远离艾滋病，艾滋病并不可怕。

#### >(五)宣传与关爱

- 1、介绍\*\*的预防艾滋病宣传大使：他们是宣传预防艾滋病的志愿者，与病人亲密接触不歧视他们。
- 2、游戏名称：解扣8人围一圈双手随便拉别人的手，然后像解扣一样解开，中间不能松手，最后完成一个大圈。

游戏目的：预防艾滋病要大家携手一起抵抗，一起努力。

>(六)结束：同一世界，同一梦想，一起抵抗，共奏人生美好乐章

#### >【班\*\*小结】

班会结束了，班会主要是以六大步进行的，通过同学有步骤地讲解，一目了然的让同学们了解关注到艾滋病，中间播放同学自演的短片和游戏环节先是带动了气氛再是通过这些形式让同学更真实的了解艾滋病。

## 颈椎病防治工作总结3

20xx年3月24日是第20个“世界防治结核病日”，此次结核病日的宣传主题为：“你我共同参与，消除结核危害”。旨在动员全校师生共同关注和参与结核病防治工作，为了提高全校师生对结核病防治知识的知晓率，我校开展了一系列结核病知识的宣传活动，使结核病防治知识进校、进班，极大地提高了我校师生的防治水\*。现将本次活动总结如下：

为宣传本次活动，我校制订了宣传工作计划和实施方案，强调了本次宣传活动要以提高师生知晓率为目标，重点宣传结核病防治规划目标和免费\*\*，宣传结核病的危害及防治知识，宣传现代结核病防治策略。4月22日早上利用升\*\*仪式，由安保处、校医务室联合举办了“第20个世界防治结核病日”宣传活动。全体师生开展了一次以“防治结核病”为主题的丰富多彩的活动。我们班的学生开展了主题班会，\*\*学生听广播，观看动画，办手抄报，办黑板报...等.为了让学生更加深刻清楚的认识到了防治结核病的重要性，学校还专门举行了一次以“防治结核病”为主要内容的主题讲座，以此来加强学生对结核病的认识。我们还积极\*\*我校多名学生走上街头当起了义务宣传员，让更多的人了解结核病及其相关\*\*。

总之，通过此次宣传活动，取得了较好的成绩，使广大师生员工进一步了解了结核病的防治常识和国家\*\*结核病的\*\*，提升了我校结核机构的应变能力，促进了我校的结核病防治工作，为进一步营造“\*\*校园”的健康环境起到了有力的推动作用。同时，我们也意识到，结核病防治和宣传工作，不是一朝一夕的事情，是一项循序渐进的工作。今后我们要继续加强结核病防治知识宣传工作，做到长抓不懈，使结核病防治知识和结核病\*\*工作的宣传进入到每个人的思想深处，切实促进不良行为的改变，真正做到预防结核病的发生，为创建\*\*校园、同时也对全社会的结核病预防\*\*工作做出更大贡献。

### ——糖尿病的治疗方案

糖尿病的治疗方案

## 颈椎病防治工作总结4

### 一、工作目标

#### (一) 总体目标

全面建立高血压、糖尿病等重点慢性病综合防控服务体系和工作机制，基于高血压、糖尿病的早期筛查、健康管理、综合干预能力明显增强，以家庭医生签约服务与患者自我管理有效衔接的慢性病全程管理模式基本形成，居民基本公共卫生服务感受度显著提升。

## （二）具体指标

- 1、高血压、糖尿病的知晓率不低于60%；规范管理率不低于60%；\*\*率高于全省\*均水\*5%；因心脑血管疾病（含高血压）、糖尿病导致的过早\*\*率降低10%。
- 2、20xx年，高血压和糖尿病患者签约服务率达到60%，20xx年，高血压和糖尿病患者签约服务率达到90%；
- 3、20xx年，每个乡镇卫生院、经培训合格且能较规范开展高血压诊疗和2型糖尿病诊疗的医生分别不少于2名和1名。

## 二、目标人群

辖区内原发性高血压、2型糖尿病患者和高危人群，重点关注35岁及以上常住居民。

## 三、主要任务

### （一）高危人群和患者发现

#### 1、高血压高危人群和患者界定标准

（1）高血压高危人群确定标准：具有下列1项及以上危险因素者，即为高血压高危人群：

正常高值血压（收缩压120-139和/或舒张压80-89mmHg）。

超重或肥胖（体重指数BMI  $\geq 24\text{kg/m}^2$ 和/或腰围男性  $\geq 90\text{cm}$ ，女性腰围  $\geq 85\text{cm}$ ）；

高血压家族史（一、二级亲属）；

长期过量饮酒（每日饮白酒  $\geq 100\text{ml}$ 且每周饮酒  $\geq 4$ 次）；

长期膳食高盐；

男性  $\geq 55$ 岁，更年期后的女性。

（2）高血压的诊断标准：

在未使用降压药物的情况下，非同日3次测量高血压，收缩压  $\geq 140\text{mmHg}$ 和/或舒张压  $\geq 90\text{mmHg}$ 。

患者既往有高血压史，目前正在使用降压药物，目前血压虽然低于140/90mmHg，也诊断为高血压。

#### 2、糖尿病高危人群和患者界定标准

（1）糖尿病高危人群确定标准：具有下列任1项条件者，即为糖尿病高危人群：

有糖耐量减低和/或空腹血糖受损者；

有糖尿病家族史者（一级亲属）；

肥胖或超重者（BMI  $\geq 24\text{kg/m}^2$ ）；

有妊娠糖尿病史或巨大儿（出生体重  $\geq 4\text{kg}$ ）分娩史者；

高血压患者（血压  $\geq 140/90\text{mmHg}$ ）和/或心脑血管病变者；

高密度脂蛋白胆固醇降低（ $< 35\text{mg/dl}$ ，即）和/或甘油三酯升高（ $\geq 200\text{mg/dl}$ ，即）者；

年龄45岁及以上者；

## (2) 糖尿病的诊断标准。

1) 典型糖尿病症状（多饮、多尿、多食、体重下降）加上下列1项或1项以上者，即视为糖尿病患者。

随机静脉血糖检测。

空腹静脉血糖检测。空腹血糖指至少8h没有进食热量。

葡萄糖负荷后2h静脉血糖检测。

2) 无糖尿病症状者，需改日重复检查。

## 3、发现途径

(1) 机会性筛查。通过日常诊疗、居民健康档案建档、签约家庭医生入户诊疗或随访时，识别高危人群，发现和确诊患者。

(2) 健康体检。在各级医疗卫生机构开设的健康管理中心（体检门诊）建立高血压、糖尿病筛查\*\*，对所有前来接受健康检查（含预防性健康检查）的居民必须常规开展血压、血糖检测项目，发现有血压、血糖异常者，及时指导其进行高血压、糖尿病诊断。

(3) 重点人群筛查。在全县各级各类医疗机构全面建立并有效实施35岁及以上人群首诊测血\*\*\*，对血压异常的居民要指导其到专科门诊进行确诊，筛查出高血压患者或者高危人群；对所有住院患者常规开展空腹静脉血糖检测，筛查出糖尿病患者或者高危人群。

## 4、登记与报告

(1) 信息报告。在各级医疗卫生机构（含各级各类健康管理中心）建立高血压、糖尿病信息报告\*\*，即每月10日前汇总上报机构内诊断发现的高血压、糖尿病患者的电子信息至县疾病预防控制中心，疾病预防控制中心将电子信息按现住址分发至各基层医疗卫生机构用于患者信息核对和追踪管理。患者的电子信息具有隐私性和保密性，未经授权不得用于患者管理以外的翻阅和利用。

(2) 建档立卡。基层医疗卫生机构应对各种途径检出的高危人群进行登记造册，填写《株洲市社区高血压、糖尿病高危人群登记表》（附件1-1, 1-2）。对各种途径检出的疑似高血压（即收缩压 140mmHg和/或舒张压 90mmHg）、疑似糖尿病患者（即空腹血糖 和/或任意血糖）应及时做进一步确诊或转至上级医院进行检查确诊。对各种途径发现的确诊高血压、糖尿病患者（包括新确诊和既往确诊患者），应按照基本公共卫生服务项目要求建立居民健康档案，进行随访评估和分类干预。

### (二) 健康管理

1、患者随访管理。基层医疗卫生机构要根据高血压患者危险分层（和）血压\*\*情况、糖尿病患者血糖\*\*和并发症/合并症情况，做出治疗决策，并且通过门诊、上门服务、患者俱乐部、自我管理小组等多种形式，按照“国家基本公共卫生服务规范（第三版）”要求开展患者随访管理。

根据患者临床评估和危险因素，制定个体化干预方案，随访时开具“健康教育处方”（附件2-1, 2-2）。规范填写“高血压、糖尿病患者随访服务记录”；及时掌握\*\*、迁出、失访、拒绝等终止管理患者信息，在居民健康档案中注明终止管理时间和原因，分类存放档案。对随访管理的高血压、糖尿病患者每季度进行1次血压、血糖\*\*效果评估，在随访服务记录中填写\*\*效果等级。对符合转诊指征（见附件5-1, 5-2）的患者及时转诊。

2、实施签约服务\*\*。依托（县域）医疗中心，在基层医疗卫生机构组建由专科医师、全科医生、公卫医生为主体的“1+1+1”居民签约服务专业团队，制定居民家庭医生签约服务工作规范，明确服务内容和工作流程；以辖区居民高血压、糖尿病患者及高危人群为对象，全面实施居民家庭医生签约服务\*\*，有效提供患者自我管理技术、就医及用药指导、就诊及转诊绿色通道等套餐式健康管理与服务。到20xx年底，患者签约率达到60%以上，到20xx年，患者



签约率达到90%以上。探索在各级医疗机构健康管理中心（体检门诊）推行居民健康管理签约服务，对高血压、糖尿病患者及高危人群提供个性化的健康服务，并与基层医疗卫生机构实施居民家庭医生签约服务、基本公共卫生服务项目有机衔接。

要推进县级医院与基层医疗机构、全科医生与专科医生的资源共享和业务协同，面向区域共同提供家庭医生签约服务，家庭医生签约任务职责要进一步落实县公立医院、专科医院、妇幼保健医院，以医联体等为载体，激励这些机构的在职医生下沉到基层多点执业，主动参加签约服务。

在大力推进高血压、糖尿病患者签约服务\*\*的基础上，以纵向医联体、医共体为载体，全面推动高血压、糖尿病分级诊疗\*\*建设，包括构建功能定位明确的县级医疗中心（含中医）、基层医疗卫生机构高血压、糖尿病诊疗服务体系，制定高血压、糖尿病双向转诊技术规范及流程\*\*，逐步建立基于高血压、糖尿病的基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗模式。

3、推行患者自我管理。有机衔接居民家庭医生签约服务\*\*，在家庭医生（签约服务专业团队）的指导与\*\*下，在辖区高血压、糖尿病患者及高危人群中大力推广系统化、规范化的患者自我管理技术，指导村卫生室工作人员和高血压、糖尿病患者及高危人群掌握自我管理知识技能，激发自身责任和潜能，建立患者尤其是康复者在高血压、糖尿病防治经验分享机制，有效地帮助患者及高危人群进行血压血糖\*\*、预防和\*\*并发症，改变其行为生活方式，进而缓解临床压力，增强患者战胜疾病的自信心，提高生活质量。

### （三）综合干预

1、健康教育。建设健康教育阵地。在县级\*\*开设健康教育专题栏目，在各级各类学校（含托幼机构）、县级\*校、劳务技能培训班常规开设健康教育课程，在行政机关、企事业单位道德讲堂开设健康教育大课堂，在居民（村民）活动中心建立健康教育宣传栏和健康教育室。开展群体性健康教育。

县疾控健康教育科实施核心健康信息发布\*\*，\*\*并指导各级各类机构利用健康教育阵地开展群体性健康宣传，广泛普及高血压、糖尿病防治知识，引导居民形成健\*\*活方式。强化医疗卫生机构健康教育主导作用。各级各类医疗卫生机构必须发挥在高血压、糖尿病健康教育方面的主阵地作用，要把健康教育列为常规医疗规范内容并贯穿至整个诊疗行为中；在级医院及基层医疗卫生机构全面建立健康教育处方\*\*，医生对高血压、糖尿病患者在门诊、住院、出院等诊疗环节必须开具针对性的健康教育处方；基层医疗机构要把高血压、糖尿病健康教育作为基本公共卫生服务重要内容，利用各种渠道（如口头交流、专题讲座、宣传咨询、设置咨询室、标语、橱窗、板报、专栏、播放录像、张贴或发放健康教育材料等），对辖区居民普及高血压、糖尿病防治知识及技能。

2、危险因素\*\*。各级医疗卫生机构对高危人群和患者进行戒烟限酒、合理膳食、适量运动、低盐饮食、\*\*体重、心理\*衡等咨询和劝导服务，给予有针对性的生活方式指导（详见附件3-1，3-2《高血压、糖尿病非药物干预》）。县疾控中心要指导并\*\*基层医疗卫生机构对高血压、糖尿病高危人群定期进行危险因素评估，高血压高危人群要求每半年测量一次血压，糖尿病高危人群要求每年测量一次空腹血糖和/或口服糖耐量试验（OGTTA）。

3、\*\*性环境建设。以全民健\*\*活方式行动为抓手，推进健康步道、健康小屋等\*\*性环境建设、开展健康家庭（单位、学校、食堂、餐厅/酒店）创建。到20xx年，以县为单位健康步道、健康小屋数量不少于3个，健康单位、学校、食堂/酒店每类不少于10个，开展健康家庭活动的健康社区不少于30%。

### （四）统筹开展其他重点慢性病干预

#### 1、\*\*开展慢性病监测

全面开展高血压、2型糖尿病、恶性肿瘤（农村妇女两癌）等重点慢性病和死因监测，加强监测信息分析与利用，及时了解完整、准确的株洲县居民高血压、糖尿病、结核病、严重精神障碍患者、恶性肿瘤（两癌）等重点慢性病发病情况，动态分析慢性的变化趋势，为\*制定慢性病综合防治策略与措施提供科学依据。

#### 2、\*\*开展重点专项

（1）农村妇女两癌筛查和干预。依托株洲县妇幼保健计划生育服务中心对我县35岁-64岁适龄妇女进行乳腺癌和宫颈癌筛查，提高早期诊断率、早期治疗率、早期干预率，提高广大妇女健康保健意识，维护人民群众健康权益。

(2) 结核病早诊、早治、筛查信息网络直报。建立定点医院(株洲县第一人民医院)、县疾控中心、乡镇卫生院、村卫生室上下联动的结核病综合防控体系,加大患者发现力度,提供规范化的患者管理服务,提高结核病患者的治疗依从性。

(3) 严重精神障碍患者管理治疗项目。建立完善综治、卫生计生、\*、民政、司法、残联等多部门参与的精神卫生综合管理\*\*小组。依托精神卫生专业机构和基层医疗卫生机构,做好严重精神障碍患者线索\*\*、诊断、报告、治疗和管理,落实分片包干和基本公共卫生服务,切实提高全县严重精神障碍患者的规范管理率和服药率。

#### 四、保障措施

(一)\*\*\*\*。县卫生和计划生育局成立由王宇\*\*\*为组长,分管基本公卫、医政的王松良副\*\*为副组长,相关科室负责人为成员的防控\*\*小组,负责防控工作的\*\*、实施和协调。工作办公室设在县卫计局公卫股,由分管公卫的副\*\*王松良兼任办公室\*\*,公卫股股长李志娜为副\*\*,负责日常工作协调调度、\*\*督导考核与评价。

##### (二) 技术保障

1、在县人民医院、中医院分别设立高血压、糖尿病的临床指导中心和中医临床指导中心,承担辖区范围内基层医疗机构的培训和业务指导。要求每年培训人员不少于150人次;临床中心业务指导每年覆盖率达100%,临床指导中心业务指导每年乡镇覆盖率达100%。

2、县疾病预防\*\*中心必须设置慢性病防治科,专职负责高血压、糖尿病防控的技术指导和业务管理;由县疾控慢病科牵头,组建由公共卫生医师、临床医师组成的县级健康管理讲师团,负责集中和巡回讲座、高危因素干预及患者自我管理技术培训,要求每年培训不少于2次,培训人数不少于150人。

(三) 经费保障。县卫生和计划生育局将积极争取同级\*及\*门重视和\*\*,对落实高血压、糖尿病综合防治各项任务提供专项经费\*\*。

(四) 宣传发动。各医疗单位要大力开展对实施高血压、糖尿病综合防治重要意义的宣传,让各级\*及部门、各级各类医疗卫生机构、社会各界了解高血压、糖尿病等重点慢性病危害的严重性和推进综合防控的重要性、紧迫性,在全社会层面形成广泛共识,促进\*主导、部门协同、全社会参与的慢性病综合防控工作格局和良好的社会氛围的形成。

#### 五、考核评估

县卫计局将高血压、糖尿病的综合防控工作纳入年度医改和卫生计生重点工作任务,实施绩效管理。县疾病预防\*\*中心、乡镇卫生院、县级医疗机构要制定工作\*\*、运行流程和质量\*\*程序,进行内部考核与评估。县卫计局每年至少\*\*2次督导、考核评估,并及时上报与反馈考核评估报告。

## 颈椎病防治工作总结5

根据湖南省卫生健康委员会湖南省医疗保障局关于印发《湖南省国家糖尿病标准化防控中心和标准化门诊建设试点方案》的通知(湘卫基层发〔20xx〕14号)、《关于开展深化城乡居民高血压、糖尿病门诊用药保障和健康管理专项行动的通知》(湘医保函〔20xx〕9号)及湖南省卫生健康委员会关于印发《湖南省基本公共卫生服务基层高血压、糖尿病医防融合重点项目实施方案(试行)》的通知(湘卫函〔20xx〕229号)、《岳阳市人民\*关于健康岳阳行动的实施意见》(岳政发〔20xx〕8号)的要求,为加快推进全市糖尿病医防融合工作,提高城乡居民健康水\*,特制定本实施方案。

### 一、总体思路

在全市各级医疗机构开展国家糖尿病标准化防控中心(National Diabetes Prevention and Control Center,以下简称DPCC)和标准化门诊建设,开创“全人群覆盖、全病程管理、全因素分析”的国家糖尿病标准化防控管理新模式,实现糖尿病防治“五个一”目标,即为每一位糖尿病患者提供一个明确诊断、一张适宜处方、一些基本药物、一项健康咨询和跟踪服务、一条转诊绿色通道。

### 二、工作目标

### （一）完成目标任务

20xx年12月底前，力争完成DPCC市级中心、县级中心规范化建设及基层标准化门诊建设工作。做好全市35周岁以上常住人口糖尿病筛查、确诊和管理工作。实现全市糖尿病知晓率、治疗率、\*\*率、基层患者门诊就诊人次及糖尿病患者规范管理率逐年稳步提高；医疗、医保费用支出比例逐年稳步降低；各级医疗卫生机构间规范转诊率逐年稳步提高。

### （二）建立体制机制

各县市区要建立\*主导、部门协作、专家指导、机构落实、居民参与的糖尿病防治工作机制；建立卫健行政部门\*\*监管、基层医疗卫生机构全程健康管理、医疗卫生机构分级诊疗管理、疾控机构管理指导的糖尿病医防融合联合防治工作体系。

### （三）提升能力效果

全面提升全市各级医疗卫生机构糖尿病管理能效，充分整合基本公共卫生服务和基本医疗服务、基本公共卫生服务经费与医保资金、基层医疗卫生机构与二级及以上公立医院资源，提升糖尿病防治成效。

## 三、工作任务

### （一）规范机构建设

1.规范基层标准化建设。全市所有乡镇卫生院、社区卫生服务中心建设糖尿病专病门诊；村卫生室、社区卫生服务站建设血糖监测点。基层医疗卫生机构可结合高血压专病门诊和血压监测点建设实际，加挂糖尿病专病门诊或者血压监测点标识。

2.规范市级、县市区级标准化防控中心建设。确定一家市级医院、各县市区确定一家县市区级公立医疗机构为DPCC市级、县级中心。并按照DPCC市级、县级中心关于人员、场地、设备、网络及软件的标准要求进行规范化建设。

### （二）完善防治模式

依托全省DPCC信息\*台，以市、县市区级公立医疗机构为市、县市区级中心，向下辐射乡镇卫生院（社区卫生服务中心）及村卫生室（社区卫生服务站）等基层糖尿病专病门诊（血糖监测点）。建立基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗模式，以促进优质医疗资源下沉为重点，推动医疗资源合理配置和纵向流动。实现岳阳市域“全人群、全病程”糖尿病标准化防控管理。

### （三）规范防治流程

各县市区要以糖尿病患者为中心，建立分级诊疗、上下联动的医疗团队协作管理机制。对糖尿病患者进行风险评估和危险因素分层。为糖尿病患者提供家庭医生签约服务，规范开展糖尿病患者健康咨询和跟踪服务。血糖监测点（村卫生室、社区卫生服务站）主要负责人群筛查、疑似转诊、规律随访及健康指导和教育等。糖尿病专病门诊（乡镇卫生院、社区卫生服务中心）主要负责诊断、并发症筛查、初步治疗方案制定、远程会诊和重症转诊、规律随访及健康指导和教育等。市级、县级防控中心主要负责综合代谢评估、筛查并发症、综合治疗方案制定、远程会诊和重症转诊、规律随访及健康指导和教育。

### （四）落实医保\*\*

各县市区要严格落实城乡居民糖尿病门诊用药保障\*\*和门诊慢特病\*\*。已参加城乡居民基本医疗保险经筛查发现的糖尿病患者，不再进行“两病”门诊用药资格\*\*和审核，及时纳入基本医疗保险门诊医疗保障范围。经确诊同时患有高血压、糖尿病，并同时使用降血压、降血糖药品的，可按照湘医保发〔20xx〕34号文件规定的标准，同时享受高血压、糖尿病门诊用药专项保障\*\*；符合特殊疾病门诊纳入标准的，及时按规定办理特殊门诊医保手续。

### （五）强化药品供应保障

各县市区要按照糖尿病门诊诊疗规范，优先采购和配备使用国家带量采购中选药品、医保甲类药品和基本药物。督



促配送企业落实糖尿病药品配送服务，切实解决药品保障供应不足问题。

#### （六）提升医防服务能力

按照全省\*\*的糖尿病诊治和健康管理教材，开展对县域糖尿病专病门诊和血糖监测点工作人员的同质化培训和糖尿病医防知识在线考试，不断提升诊疗能力。开展糖尿病专病门诊和血糖监测点医疗质量感染防控与合理用药的\*\*检查，对存在的问题及时提出改进意见，并督促整改到位。

#### （七）提\*\*康素养水\*

各县市区要不断创新健康教育工作方式，开展糖尿病防治知识“进学校、进机关、进社区、进农村、进家庭”活动。利用糖尿病专病门诊患教室，播放患教视频、发放科普患教宣传资料和糖尿病教育食材磨具，切实提高糖尿病患者和普通居民健康意识及管理能力。

#### （八）开展项目绩效评价

各县市区结合工作实际，全力\*\*落实DPCC各级中心糖尿病医联体建设、药品保障和医保支撑、互联网医健康、基层服务能力建设、跟踪与健康咨询服务。开展县域内糖尿病并发症评审，并对常见并发症进行汇总。制定公共卫生服务项目绩效管理方案时结合糖尿病医防融合规范管理内容进行实施，全面优化购买服务办法，\*\*开展效果评价，推动项目可持续发展。

### 四、\*\*实施

#### （一）加强\*\*\*\*

各县市区要成立糖尿病医防融合工作专班，细化责任分工，明确实施计划，制定工作方案。加强过程管理，掌握工作进度，开展督导培训，强化绩效评估，确保工作取得实效。

#### （二）落实工作职责

卫生健康部门负责指导医疗卫生机构前移糖尿病防治关口，开展个性化诊治和应急性救治，实施全生命周期健康管理。医疗保障部门负责药品保障，推进医保支付方式\*\*，发挥医保\*\*在糖尿病防治过程中的支撑引领作用。

#### （三）加强督导培训

各县市区要不断完善工作方案和\*\*，充分整合基本公卫和基本医疗服务、优质服务基层行、医联体及医共体建设、高血压医防融合、DPCC等工作，引导基层医疗卫生机构规范开展筛查、诊疗、随访和转诊工作，依托DPCC市级和县（市、区）级中心专家委员会资源，切实加强工作督导和培训，确保糖尿病防控中心和糖尿病门诊建设标准化、同质化。

#### （五）做好\*\*宣传

各县市区要充分做好\*\*宣传，通过广播、电视、报纸、微信、微视频等媒介及发放宣传资料、播放宣传片、举办健康知识讲座等方式进行广泛宣传，引导群众积极参与糖尿病医防融合工作。要大力宣传糖尿病医防融合工作先进典型，提高社会认可度和\*\*度。

更多 总结范文 请访问 <https://xiaorob.com/zongjie/fanwen/>

文章生成PDF付费下载功能，由[ECMS帝国之家](#)开发