

慢性病患者健康管理办事指南

一、法律法规和政策文件

国家基本公共卫生服务规范（第三版）

二、服务对象

辖区内 35 岁及以上常住居民中原发性高血压患者和 2 型糖尿病患者。

三、服务机构信息，包括名称、地点、服务时间

名称及地点：旌阳镇卫生院和所辖村卫生室，蔡家桥镇卫生院和所辖村卫生室，三溪镇卫生院和所辖村卫生室，兴隆镇卫生院和所辖村卫生室，云乐镇卫生院和所辖村卫生室，孙村镇卫生院和所辖村卫生室，白地镇卫生院和所辖村卫生室，版书镇卫生院和所辖村卫生室，俞村镇卫生院和所辖村卫生室，庙首镇卫生院和所辖村卫生室。

服务时间：周一至周日。

四、服务项目和内容

（一）筛查

对辖区内 35 岁及以上常住居民，每年为其免费测量一次血压（非同日三次测量）。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

对原发性高血压患者，每年要提供至少 4 次面对面的随访。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

（三）分类干预

（1）对血压控制满意（一般高血压患者血压降至 140/90 mmHg 以下； ≥ 65 岁老年高血压患者的血压降至 150/90 mmHg 以下，如果能耐受，可进一步降至 140/90 mmHg 以下；一般糖尿病或慢性肾脏病患者的血压目标可以在 140/90 mmHg 基础上再适当降低）；对血糖控制满意（空腹血糖值 $<7.0\text{mmol/L}$ ），无药物不良反应、无新发并发症或原有并发症无加重的患者，预约下一次随访时间。

（2）对第一次出现血压、血糖控制不满意，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、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。

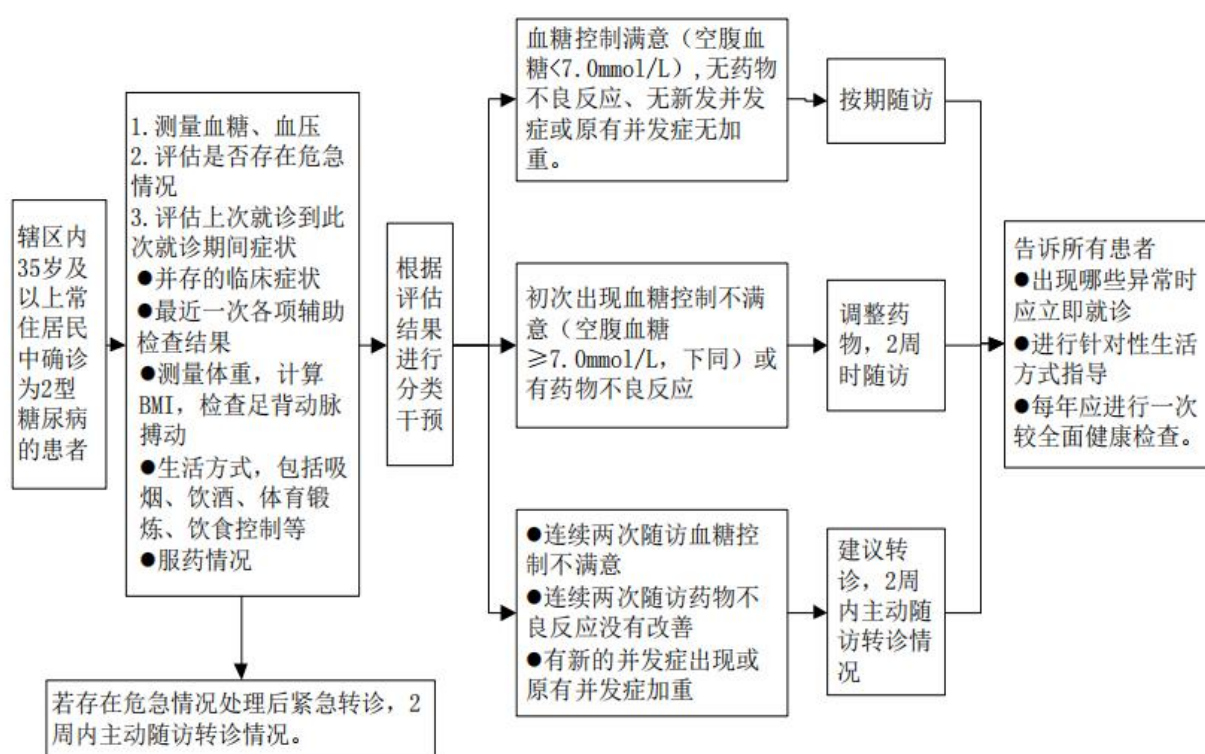
（4）对所有患者进行有针对性的健康教育，与患者一起制定生活方式改进目标并在下一次随访时评估进展。告诉患者出现哪些异常时应立即就诊。

(四) 健康体检

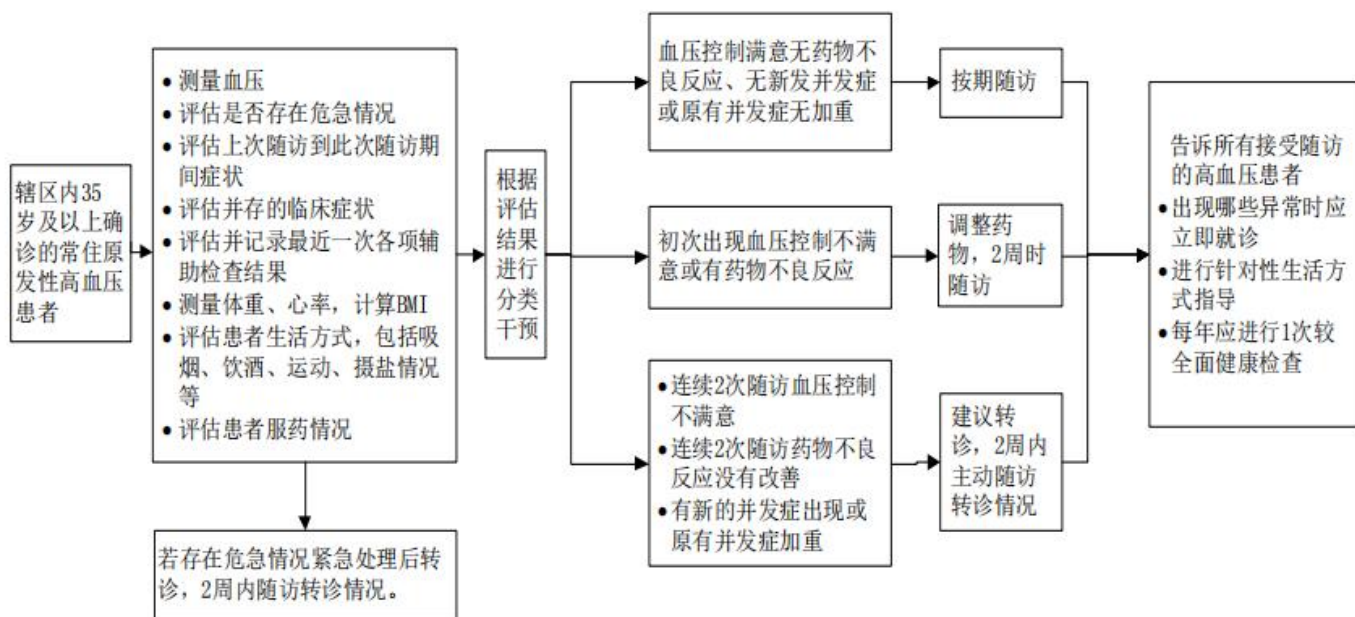
对原发性高血压患者、确诊 2 型糖尿病患者，每年进行 1 次较全面的健康检查，可与随访相结合。内容包括体温、脉搏、呼吸、血压、身高、体重、腰围、皮肤、浅表淋巴结、心脏、肺部、腹部等常规体格检查，并对口腔、视力、听力和运动功能等进行判断。具体内容参照《居民健康档案管理服务规范》健康体检表。

五、服务流程

糖尿病服务流程



高血压服务流程



六、服务要求

（一）高血压患者、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、2型糖尿病患者，掌握辖区内居民患病情况。

（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高血压

患者、2 型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。

七、投诉举报电话以及网上投诉渠道

投诉电话：0563-8604659；

网上投诉：旌德县人民政府网站——互动交流——县长信箱