

重庆市大渡口区 高血压患者健康管理服务指南

一、办理依据

《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》（国卫基层发〔2017〕13号）、《关于做好2018年国家基本公共卫生服务项目工作的通知》（国卫基层发〔2018〕18号）、《关于做好2019年国家基本公共卫生服务项目工作的通知》（国卫基层发〔2019〕52号）

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。

三、承办机构

名称	地址	电话	服务时间
大渡口区春晖路街道社区卫生服务中心	大渡口区春晖路16号	023-68950393	周一至周五 8:30-12:00; 14:30-17:30
大渡口区茄子溪街道社区卫生服务中心	大渡口区茄子溪新街246号	023-89125188	周一至周五 8:30-12:00; 14:30-17:30
大渡口区新山村街道社区卫生服务中心	大渡口区钢花路94号	023-68939259	周一至周五 8:30-12:00; 14:30-17:30
大渡口区九宫庙街道社区卫生服务中心	大渡口区钢花路785号	023-68871180	周一至周五 8:30-12:00; 14:30-17:30
大渡口区跃进村街道社区卫生服务中心	大渡口区革新村特1号	023-68923199	周一至周五 8:30-12:00; 14:30-17:30
大渡口区跳磴镇卫生院	大渡口区石林大道2附53号	023-68561120	周一至周五 8:30-12:00; 14:30-17:30

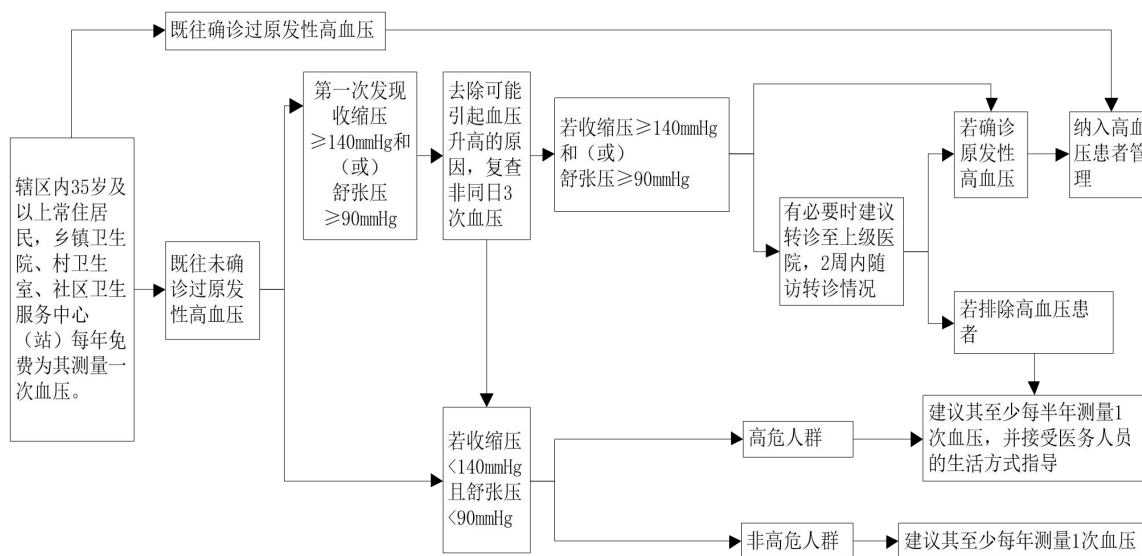
四、服务内容：

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）。对原发性高血压患者，每年提供至少4次面对面的随访。根据血压控制情况开展分类干预。

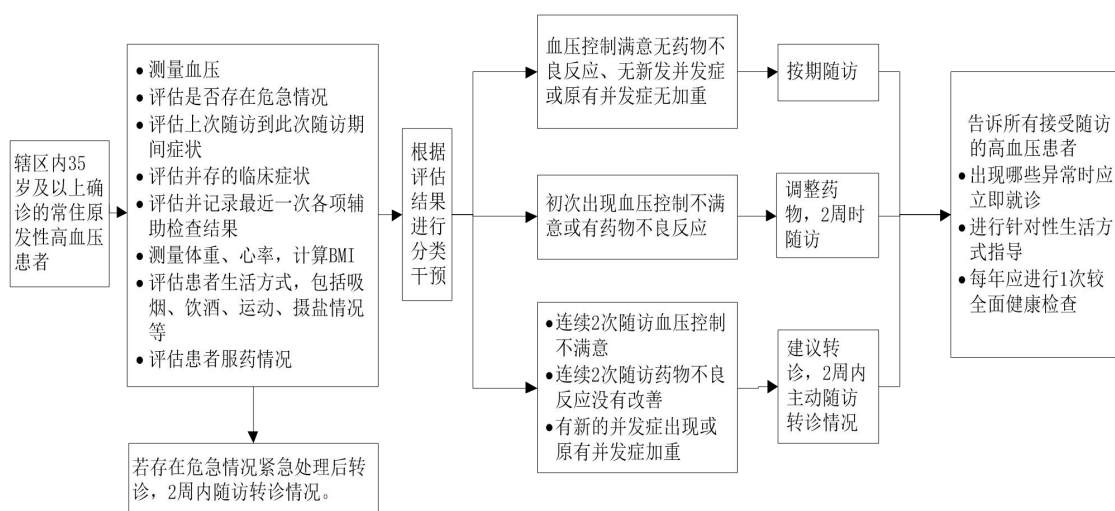
对原发性高血压患者，每年进行1次较全面的健康检查，可与随访相结合，内容包括体温、脉搏、呼吸、血压、身高、体重、腰围、皮肤、浅表淋巴结、心脏、肺部、腹部等常规体格检查，并对口腔、视力、听力和运动功能等进行判断。具体内容参照《居民健康档案管理服务规范》健康体检表。

五、服务流程

(一) 高血压筛查流程图



(二) 高血压患者随访流程图



六、服务要求

1.高血压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，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。

2.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。

3.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。

4.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健康管理服务。

5.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。

6.每次提供服务后及时将相关信息记入患者的健康档案。

重庆市大渡口区

2型糖尿病患者健康管理服务指南

一、办理依据

《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》（国卫基层发〔2017〕13号）、《关于做好2018年国家基本公共卫生服务项目工作的通知》（国卫基层发〔2018〕18号）、《关于做好2019年国家基本公共卫生服务项目工作的通知》（国卫基层发〔2019〕52号）

二、服务对象

辖区内35岁及以上常住居民中2型糖尿病患者。

三、承办机构

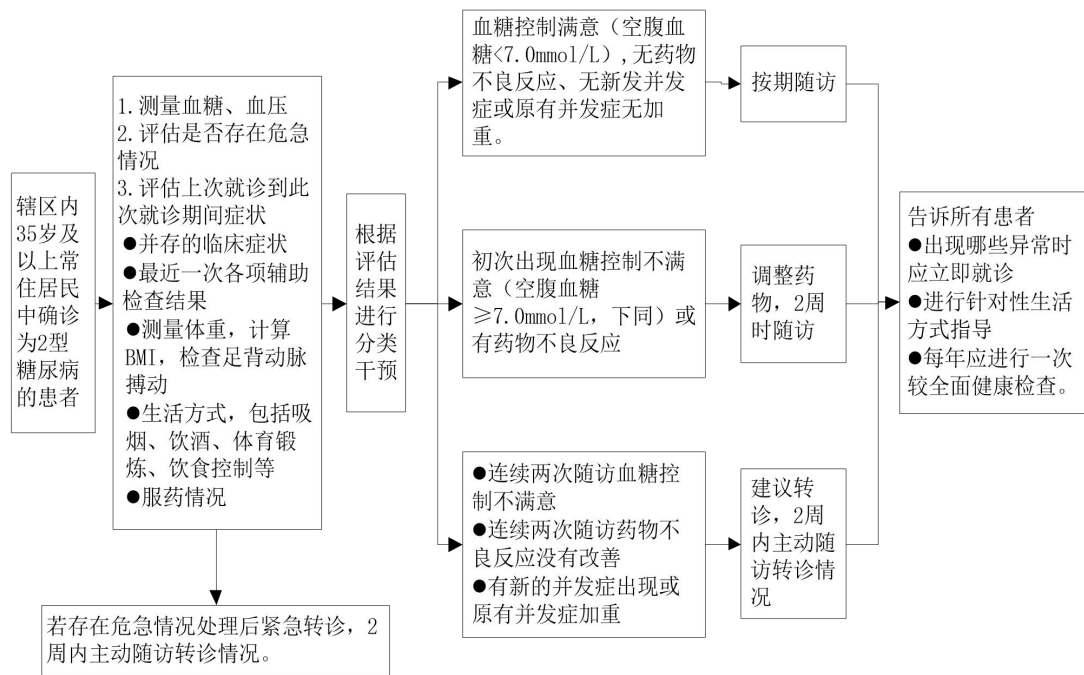
名称	地址	电话	服务时间
大渡口区春晖路街道社区卫生服务中心	重庆市大渡口区春晖路16号	023-68950393	周一至周五 8:30-12:00; 14:00-17:30
大渡口区茄子溪街道社区卫生服务中心（建胜镇卫生院）	重庆市大渡口区茄子溪新街246号	023-89125188	周一至周五 8:30-12:00; 14:00-17:30
大渡口区新山村街道社区卫生服务中心（八桥镇卫生院）	重庆市大渡口区钢花路94号	023-68939259	周一至周五 8:30-12:00; 14:00-17:30
大渡口区九宫庙街道社区卫生服务中心	重庆市大渡口区钢花路785号	023-68871180	周一至周五 8:30-12:00; 14:00-17:30
大渡口区跃进村街道社区卫生服务中心	重庆市大渡口区革新村特1号	023-68923199	周一至周五 8:30-12:00; 14:00-17:30
大渡口区跳磴镇卫生院	大渡口区石林大道2附53号	023-68561120	周一至周五 8:30-12:00; 14:00-17:30

四、服务内容

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。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，根据血糖控制情况开展分类干预。对确诊的2型糖尿病患者，每年进行1次较全面的健康体检，体检可与随访相结合，内容包括体温、脉搏、呼吸、血压、空腹血糖、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



六、服务要求

1.2 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，对未能按照健康管理要求接受随访的患者，镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心（站）应主动与患者联系，保证管理的连续性。

2.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。

3.镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心（站）要通过本地区社区卫生诊断和门诊服务等途径筛查和发现2型糖尿病患者，掌握辖区内居民2型糖尿病的患病情况。

4.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2型糖尿病患者健康管理服务。

5.加强宣传，告知服务内容，使更多的患者愿意接受服务。

6.每次提供服务后及时将相关信息记入患者的健康档案。