# 2024年精神病管理工作计划免费文档 精神病管理工作计划(精选11篇)

来源：网络 作者：雨声轻语 更新时间：2024-04-23

*计划是一种灵活性和适应性的工具，也是一种组织和管理的工具。优秀的计划都具备一些什么特点呢？又该怎么写呢？下面是我给大家整理的计划范文，欢迎大家阅读分享借鉴，希望对大家能够有所帮助。精神病管理工作计划免费文档篇一为落实中共中央国务院《关于深化...*

计划是一种灵活性和适应性的工具，也是一种组织和管理的工具。优秀的计划都具备一些什么特点呢？又该怎么写呢？下面是我给大家整理的计划范文，欢迎大家阅读分享借鉴，希望对大家能够有所帮助。

**精神病管理工作计划免费文档篇一**

为落实中共中央国务院《关于深化医药卫生体制改革的实施意见》，把防治工作重点逐步转移到社区和基层，最大限度满足人民群众对精神卫生服务的需求。加强辖区精神卫生工作，对辖区内重型精神病进行登记管理，对居家患者进行治疗随访和康复指导，每季度对患者随访一次，20xx年城镇和农村重型精神病患者纳入管理的总数占总人数的60%和30%。特制定辖区精神卫生管理工作计划。

1．利用多种形式开展精神卫生知识的宣传教育工作，普及精神卫生知识，提高社区人群精神健康水平。在辖区人群中开展精神疾病的防治康复工作，对精神疾病做到早预防、早发现、早治疗。

2．准确掌握本地区总户数、人口、精神病人总数、发病率、患病率、重点病人数、疾病分类及精神病人的动态变化，包括疾病分期、治疗情况和去向，实行精神病人微机管理。

3．识别不良精神和心理行为问题，早期发现精神疾患病人，上报或转诊到本地区负责社区精神卫生的管理机构。

4．开展社区情感障碍的危机干预、精神疾病康复、心理卫生咨询、家庭病床及多种形式的医疗服务工作，方便患者就医。

5．指导全科医生、居委会和监护人开展精神疾病的康复治疗，向精神病患者或其监护人、近亲属传授康复方法，普及康复知识。

6．与公安、街道办事处等部门做好重大节日和会议期间重点精神病人的管理，防止肇事肇祸事件的发生。

7．为加强精神疾病管理，实行精神卫生工作统计报表工作制度。

8．登记填写完整、准确、字迹清楚，及时上报各种报表，如季度、年度报表及重点病人管理报表等。

9．本辖区精神病人出现动态变化时，及时在病人档案及随访表上做好记录，按病人档案管理制度规定及时上报。

10．统计资料与报表均以病人档案及随访表数据为准，做到登记表、档案资料与病人数相符，数字准确，不空项。

11．各村卫生室医生，要定期走访居委会，至少每1个月入户走访一次辖区登记在卡的精神病人，按要求填写“精神病患者随访记录”，及时掌握病人变化情况，见面率达到90%以上。

12．对新出院患者的第一次随访，确定疾病的分期，对患者及其家属进行康复治疗指导，完整填写随访记录。

13．对疾病期、波动期、人在户不在、户在人不在的精神病人及时随访，了解病人的病情变化、治疗情况、去向，并填写随访记录。

14．指导监护人督促患者按时服药、观察患者可能出现的药物副反应和精神症状，动员患者参加社区组织的康复活动。

15．随访期间发现生活困难、符合免费服药治疗标准的患者，要填写免费药物治疗申报登记表，并与有关部门协商，使患者能够享受免费药物治疗。

16．入户随访前应了解患者家庭的基本情况，提前与所在地区的居村委会干部联系，并通知患者家属，尤其对病情不稳定患者的随访要注意做好安全防护工作。

17．各类精神疾病分类明确，统计数字准确、清楚。患者档案以居委会为单位分类保管、使用。

18．为新发现、新发病的重性精神疾病患者及时建立档案立卡，并将有关情况上报区（县）精神卫生保健所（或主管当地社区精神卫生工作的机关单位）。

**精神病管理工作计划免费文档篇二**

2024年重性精神病管理工作计划

根据《国家基本公共卫生服务规范（2024年版）》和《重性精神疾病监管治疗项目技术指导方案（试行）》等相关规定，为确保我院重性精神病患者管理工作顺利开展，逐步建立综合预防和控制重性精神病患者危险行为的有效机制，确保重性精神病患者得到免费治疗，减轻精神病患者家庭负担，排查新发病患者，防止精神病患者造成不安全行为的发生，结合我院实际工作，制定本工作计划。

一、加强工作人员的培训：按照服务规范和指导方案的要求，做好村防保人员培训，制定培训工作计划，有计划有步骤地组织精神病防治专业人员、患者家属等相关人员培训，提高工作人员技术水平和管理能力，增强患者家属护理和技能，防止不安全行为的发生。

精神障碍、重性精神发育迟滞等。发病时，患者丧失对疾病的自知力或者对行为的控制力，并可能导致危害公共安全和他人人身安全的行为，长期患病者可以造成社会功能严重损害），并做初步筛查工作。收集没有明确重性精神病诊断，但有危险性倾向的人员信息，再建议其立即到专业机构诊断治疗的同时，上报上级精神病防治专业机构。

三、为精神病人建立健康档案、健康教育、康复指导。及时为每一名新发现患者建立健康档案。建档登记的内容包括患者及监护人姓名和联系方式等基本情况、患者精神疾病家族史、初次发病时间、既往诊断和治疗情况、既往主要症状、生活和劳动能力、目前症状、服药依从性、自知力、社会功能情况、康复措施、总体评价及后续治疗康复意见等。加强宣传，鼓励和帮助患者进行生活功能康复训练，指导患者参与社会活动，接受职业训练。与病人家属进行交流，发放精神病科普宣传资料，讲解精神病人护理知识，消除社会对精神疾病的歧视和误解。

确定重性精神病的患者建立健康档案，并做危险性评级。评级共分五级，对三级以上的患者重点管理，监督其及时服药、必要时住院治疗。

五、对精神病患者定期随访。对于纳入管理的患者，每年至少随访4次，每次随访的主要目的是提供精神卫生知识、用药和家庭护理技巧等方面的信息，督导患者服药，防止复发，及时发现疾病复发或加重的征兆，给予相应处置或转诊，并进行危机干预。对病情不稳定的患者，在现用药基础上按规定剂量范围进行调整，必要时与原主管医生联系或转诊至上级医院；对伴有躯体症状恶化或药物不良反应，应将患者转至上级医院。

六、重性精神病送药。由专业精神病医院确定患者服用药物，卫生院定期指导患者监护人，明确服药次数、数量按医嘱服药。每年至少四次给精神分裂病病人发药。

七、对危险疑似精神病患者管理。发现有危及他人生命安全或严重影响社会秩序的行为者为疑似精神疾病患者时，应立即拨打“110”向当地公安机关报警，由公安机关执行公务的人员送往长春市心理医院或者其它省内专业的精神卫生医疗机构明确诊断。如确定为精神病患者，进入精神病患者管理程序。

重性精神疾病管理实施方案

为贯彻落实《中共申央 国务院关于深化医药体制改革的意见》和《国务院关于印发医药卫生体制改革近期重点实施方案《2024年》，进一步促进公共卫生均等化服务顺利开展，做好重性精神疾病人员的管理治疗工作，结合我乡实际，特制定本实施方案。

一、工作目标

通过已建立的居民健康档案，掌握所建档案居民患重性精神疾病人员情况，在专业机构指导下对在家居住的重性精神疾病患者进行治疗随访和康复指导。

(一)对所有的重性精神疾病人员建立电子化管理信息档案;

(二)对重性精神疾病患者进行登记和管理，在专业机构指导下对在家居住的重性精神疾病患者进行定期随访和治疗。

(三)在专业机构指导下对在家居住的重性精神疾病患者进行康复指导，接受康复服务指导的重性精神疾病患者100%.(四)开展以倡导体质健康、心理健全为核心内容的居民健康生活方式的健康教育活动，提高居民心理健康知识和精神疾病预防知识知晓率。

二、工作范围和内容

(一)工作范围

在有专业指导下社区已建立电子居民健康档案的人群

中开展工作。逐步扩展至全办事处所有居民。

(二)工作内容

1、建立和完善当地重性精神疾病管理治疗队伍，负责管理治疗工作的指导检查、重性精神疾病的评估、管理治疗、随访、管理和相关资料收集整理。

2、建立重性精神疾病患者档案。依据己建立的居民健康档案，对有重性精神疾病的患者进行登记，并由精神科医生诊断复核和进行危险性评估。

3、提高相关人员的专业能力。对相关人员开展对在家居住的重性精神疾病患者社区管理知识和技术的培训，规范重性精神疾病的诊断和治疗标准，提高追踪随访重点病人的能力。

4、定期随访。在专业机构的指导下，对在家居住的重性精神疾病患者至少每季度随访1次，每次随访要询问病情、了解治疗情况，对用药、康复等进行健康指导;每季度对管理的患者进行1次评估。对患者的全年随访及管理率需达到100%，提供健康行为指导的比率达到100%。

5、开展宣传和健康教育。开展重性精神疾病管理治疗工作重要意义的宣传:加强精神疾病防治的健康教育促进居民对此项工作理解、支持和配合;通过大众化的信息手段，开展多种形式的精神卫生知识健康教育，倡导体质健康、心理健全的生活方式。

三、相关要求

参考中央补助地方公共卫生专项重性精神疾病管理治疗项目申对患者的登记、随访、治疗等方法和标准开展工作。

四、实施时间

自2024年起，依据建立居民健康档案工作的开展情况和专业机构条件情况，逐步完善相关工作，覆盖全乡100%的重性精神疾病患者。

五、工作评估和绩效考核

按照已建立的居民健康档案申重性精神疾病患者数，对管理治疗率、随访率等相关指标进行评估考核。

2024年月日

**精神病管理工作计划免费文档篇三**

为落实《促进基本公共卫生服务逐步均等化的意见》和《基本公共卫生服务实施方案》以及相关重大公共卫生服务项目要求，为确保我乡重性精神病、高血压、糖尿病患者管理项目顺利开展，逐步建立综合预防和控制重性精神病患者危险行为的有效机制。根据卫生部《重性精神疾病监管治疗项目办法》和《重性精神疾病监管治疗项目技术指导方案》等相关规定，结合实际，制定本计划。

一、目标

普及精神疾病、高血压、糖尿病防治知识，提高对重性精神疾病、高血压、糖尿病系统治疗的认识。

二，实施内容

1、培训：按照实施方案和技术规范要求，做好宣传。并做好入户访视工作，了解病人身体情况。收集没有明确重性精神病诊断，但有危险性倾向的人员信息，再建议其立即到专业机构诊断治疗的同时，上报上级精神病防治专业机构。

2、收集确诊病例资料。统计在档的重性精神病、高血压、糖尿病患者病例信息。

3、病情评估：为重性精神疾病、高血压、糖尿病患者建立健康档案：重性精神疾病、高血压、糖尿病患者在纳入管理的时候，检查患者的精神症状和身体疾病，为符合诊断的患者建立健康档案。建档登记的内容包括患者及监护人姓名和联系方式等基本情况、患者精神疾病家族史、初次发病时间、既往诊断和治疗情况、既往主要症状、生活和劳动能力、目前症状、服药依从性、自知力、社会功能情况、康复措施、总体评价及后续治疗康复意见等。

4、定期随访：对于纳入管理的患者，每年至少随访4次，每次随访的主要目的是提供精神卫生、用药和家庭护理理念等方面的信息，督导患者服药，防止复发，及时发现疾病复发或加重的征兆，给予相应处置或转诊，并进行危机干预。对病情不稳定的患者，在现用药基础上，必要时与原主管医生联系或转诊至上级医院；对伴有躯体症状恶化或药物不良反应，应将患者转至上级医院。

5、患者报告：发现有危及他人生命安全或严重影响社会秩序和形象行为者为疑似精神疾病患者时，应立即拨打“110”向当地公安机关报警，由公安机关执行公务的人员送往就近或者当地卫生行政部门指定的精神卫生医疗机构明确诊断。

6、健康教育、康复指导：加强宣传，鼓励和帮助患者进行生活功能康复训练，指导患者参与社会活动，接受职业训练。与病人家属进行交流，发放精神病科普宣传资料，讲解精神病人护理知识，消除社会对精神疾病的歧视和误解。

**精神病管理工作计划免费文档篇四**

为推进我乡的慢性病防控工作，落实《促进基本公共卫生服务逐步均等化的意见》和《基本公共卫生服务实施方案》以及相关重大公共卫生服务项目要求，为确保我乡重性精神病、高血压、糖尿病患者管理项目顺利开展，逐步建立综合预防和控制重性精神病患者危险行为的有效机制。根据卫生部《重性精神疾病监管治疗项目办法》和《重性精神疾病监管治疗项目技术指导方案》等相关规定，结合我乡的实际情况，制定本计划。

（一）功能完善的对重性精神病、高血压、糖尿病患者管理

（二）普及精神疾病、高血压、糖尿病防治知识，提高对重性精神疾病、高血压、糖尿病系统治疗的认识。

（二）实施内容

1、培训：按照实施方案和技术规范要求，做好宣传。并做好入户访视工作，了解病人身体情况。收集没有明确重性精神病诊断，但有危险性倾向的人员信息，再建议其立即到专业机构诊断治疗的.同时，上报上级精神病防治专业机构。

2、收集确诊病例资料。统计在档的重性精神病、高血压、糖尿病患者病例信息。

服药依从性、自知力、社会功能情况、康复措施、总体评价及后续治疗康复意见等。

4、定期随访：对于纳入管理的患者，每年至少随访4次，每次随访的主要目的是提供精神卫生、用药和家庭护理理念等方面的信息，督导患者服药，防止复发，及时发现疾病复发或加重的征兆，给予相应处置或转诊，并进行危机干预。5、加强精神病人的管理，在发现或者怀疑精神病人有可能对社会和他人造成伤害、财产损失的对其进行行动限制和行为干预，在病情较重时可通知当地派出所协助将其转入上级精神病治疗中心。

6、加强精神病人的健康教育、康复指导：加强宣传，鼓励和帮助患者进行生活功能康复训练，指导患者参与社会活动，接受职业训练。与病人家属进行交流，发放精神病科普宣传资料，讲解精神病人护理知识，消除社会对精神疾病的歧视和误解。

**精神病管理工作计划免费文档篇五**

1、加强一体化管理力度，建议上级主管部门加大执法力度，严厉打击非法行医，确保一体化顺利运行。

2、严格按上级要求办事，尽快实行药品零差价，保证卫生室市场竞争力。

3、进一步加强工作统筹协调，主要思路是围绕县局目标推

新农合工作稳步开展

我院能够严格执行《江苏省医疗服务收费标准》、《江苏省基本用药目录》等相关文件精神，严格执行新农合各项政策，公开价格，规范收费，既在诊断、治疗上尽量做到优质高效、安全，又在治疗费用上做到透明、合理，使患者得到真正实惠。没有一例弄虚作行为，合理用药，合理检查，不开大处方，不自立项目收费，不开搭车药，让老百姓真正体会到新农合这项惠民政策，为下一年的积极参合工作奠定了坚实的基础。

发掘中医药匮宝，造福广大百姓

1、为了继承和发扬中医药事业，我院在县卫生局的领导下，利用有限的卫生资源开展中医药工作，将中医药服务全面应用于社区基本公共卫生服务工作中，医院中医科科长……及宋集卫生室……二位中医师在开展社区和家庭医生服务的过程中，运用中医药知识，对所管理的重点人群进行健康教育，生活行为方式的指导，并能获得良好效果。截止20\_\_年6月30日，共发放中医健康教育处方和健康教育宣传资料计2024余份。

2、大力开展中医药适宜技术服务项目，惠及百姓。截止目前全科共接诊病人900余人次。疑难病患者较多，他们当中大部分患者的病情均有不同程度的减轻或改善有部份已痊愈，在治疗康复中没有发生不安全因素和不良反映。宋集卫生室……医师长年来一直坚持开展针灸、推拿、按摩、药熨等传统中医药技术为民解除疾患，受到当地百姓及上级有部门领导的认可与好评。

3、中医技术推广与指导相结合。定期对各卫生室举办中医药适宜技术推广培训和中医药知识强化培训，在诊疗过程中注重拔罐、针灸、推拿、药慰等中医外治疗法的应用;在推广中医药适宜技术的同时，中医科科长、执业中医师……能不定期对辖区村卫生站工作人员开展中医药业务技术辅导与指导，协助开展推广中医适宜技术的普及，深受老百姓的热烈欢迎。

4、在院长亲自指挥下，1-6月份多次下乡登门为老弱病残患者义诊达120余人次。在给患者诊断检查时认真、仔细如待亲人一样。用传统的中医药技术医治患者，用真诚的爱心来温暖患者，用美好的医德医风来感染患者，为我院赢得了百姓的良好口碑，受到广大干群的一致好评。

创建无烟医院

经过多次整顿和巩固，我院的环境卫生得到了明显的改善，根据县局精神和工作要求，医院向全体职工发出了禁烟倡议书，成立了控烟领导组，督查小组，明确职责，并制定了工作制度，在医院各科室设臵了禁烟标志，并对每位就诊患者做了吸烟有害健康的医学知识宣传与劝导工作，控烟工作取得了良好的效果。

人才培养及《三基三严》培训

1.上半年先后派出6名医护人员到上级医院及兄弟单位进修培训学习。培训归来后在临床上发挥了很大作用，取得了较好的效果。

2.按县局的安排部署，5月中旬我院派出一名全科医生脱产一年到县人民医院转岗培训学习。

3、1～6月份，全院医技人员按照年初培训计划，全部参加了《三基三严》培训及相关业务知识的培训，并圆满完成了学习计划任务。

存在不足之处

1、技术人才缺乏，技术力量簿弱，对医院业务的开展有一定的影响，对医院发展有所滞后。

2、少数职工事业意识淡漠，缺乏敬业精神、进取精神和竞争意识，对自身业务技术的学习和提高存在上进心不强。

3、医疗质量还有薄弱环节，在每次组织的例行检查中，多次发现病历与处方书写不规范等情况，有待改进。

4、人才结构不甚合理，人才梯队尚未形成，人才严重缺乏，专业技术人员的业务素质有待提高。

5、个别科室办事缺乏计划性，随意性较大，缺乏按规章制度办事的自觉性，在履行岗位职责上不尽人意。

6、上半年虽然没有发生医疗责任性事故，但医疗差错事故苗头尚存，如不引起重视，必将导致严重的后果。

7、精神科的医疗设备建设与群众的需求仍有较大差距，亟待添臵如下设备：脑功能治疗仪、脑电图地形图、脑干诱化电位仪、头颅多普勒、生物反馈治疗仪、计算机认知矫正治疗仪等。

8、债务较重：一是因建设精神病房及配套设施，基建欠款达336万元;二是民政局补助贫困精神病人的资金60多万尚未到位。原因分析：县财政资金紧张，所以这两笔款一直迟迟没有到位，严重影响医院的正常运转及发展。

下半年工作计划

1、进一步加强党员、干部职工思想政治理论学习和业务学习，开展政风行风评议活动和“雷锋车”组先进事迹公益广告宣传活动，强化素质教育，贯彻落实\_\_，以社会主义核心价值体系为基础，加强医院的对外宣传和文化建设，加强医院精神文明建设和行风建设，努力营造医院又好又快发展良好环境。

2、强化医疗质量管理。继续开展“三好一满意”服务活动、推进“平安医院”建设，严格各项规章制度，加强“三基三严”训练，不断充实科室技术力量，打造第四人民医院(精神卫生中心)品牌，形成“人人讲质量、科科抓质量、全院重质量”的良好氛围。

3、加快人才培养工作。鼓励职工以各种形式参加本专业学历教育、继续教育。积极引进人才。要尽快制定对护理人员的分级管理办法，继续加强学科带头人的培养，努力造就一支高素质、高技能的专业人才梯队，为医院医疗技术水平的提高打下坚实基础。

4、继续做好突发公共卫生事件和医疗急救工作，认真做好传染病的防控工作，加强医院感染控制，杜绝医院感染发生。继续坚持公立医院的公益性，为维护社会稳定发挥积极作用。

5、继续巩固和加强全县重性精神疾病管理与指导工作， 使这项工作实实在在落到实处。

过去的半年，我院在县局领导的关心和支持下，工作虽然取得了一定的成绩，但离县局要求还有很大差距，下一步的路还很长也很艰巨，我们全院上下一定会齐心协力，克服重重困难，有上级领导作坚强的后盾，有全体职工的通力合作，我们有信心、有决心、有能力一定圆满完成县局下达的20\_\_年全年各项工作目标任务，以更好、更快、更强的发展势头把我们精神卫生中心建设成环境温馨而优雅的花园式医院、宾馆式病房，为全县精神病患者这个特殊人群提供更优质的人性化服务，以便他们能早日康复，健康正常地融入社会。同时也为……县医疗卫生事业的发展注入新的活力!

**精神病管理工作计划免费文档篇六**

为进一步落实《基本公共卫生服务实施方案》以及相关重大公共卫生服务项目要求，为确保我乡重性精神病患者管理项目顺利开展，逐步建立综合预防和控制重性精神病患者危险行为的有效机制。根据卫生部《重性精神疾病管理治疗工作规范（20xx版）》，结合我乡实际，制定本年度工作计划。

（一）至20xx年底重性精神病患者管理率达90%。

（二）普及精神疾病防治知识，提高对重性精神疾病系统治疗的认识。

（一）、工作小组组长：杨克平

成员：殷敬保江益镇全体乡村医生

（二）、工作小组分工

工作小组成员全面负责全乡重性精神疾病患者档案建立及管理工作。

（一）范围：全乡范围内实施。

（二）实施内容

患者家属护理、村委会人员相关知识与技能。

2、信息收集：接受过重性精神病患者管理相关培训的专（兼）职人员对辖区人口进行调查，收集在医疗机构进行明确诊断的重性精神病患者信息（重性精神疾病主要包括精神分裂症、双向障碍、偏执性精神病、分裂情感障碍等。发病时，患者丧失对疾病的自知力或者对行为的控制力，并可能导致危害公共安全和他人人身安全的行为，长期患病者可以造成社会功能严重损害），并做初步筛查工作。收集没有明确重性精神病诊断，但有危险性倾向的人员信息，再建议其立即到专业机构诊断治疗的同时，上报上级精神病防治专业机构及县疾控中心。

3、收集确诊病例资料。卫生院每季度统计在档的重性精神病患者病例信息，汇总后上报县级精神病专业机构。

4、病情评估：为重性精神疾病患者建立健康档案：重性精神疾病患者在纳入管理的时候，由县级及以上专业医疗机构进行一次全面评估，检查患者的精神症状和躯体疾病，为符合诊断的患者建立健康档案。建档登记的内容包括患者及监护人姓名和联系方式等基本情况、患者精神疾病家族史、初次发病时间、既往诊断和治疗情况、既往主要症状、生活和劳动能力、目前症状、服药依从性、自知力、社会功能情况、康复措施、总体评价及后续治疗康复意见等。

予相应处臵或转诊，并进行危机干预。对病情不稳定的患者，必要时与原主管医生联系或转诊至上级医院；对伴有躯体症状恶化或药物不良反应，应将患者转至上级医院。

6、患者报告：发现有危及他人生命安全或严重影响社会秩序和形象行为者为疑似精神疾病患者时，应立即拨打“110”向当地公安机关报警，由公安机关执行公务的人员送往就近或者当地卫生行政部门指定的精神卫生医疗机构明确诊断。

7、健康教育、康复指导：加强宣传，鼓励和帮助患者进行生活功能康复训练，指导患者参与社会活动，接受职业训练。与病人家属进行交流，发放精神病科普宣传资料，讲解精神病人护理知识，消除社会对精神疾病的歧视和误解。

8、技术指导：接受市、县级专业技术指导组织对项目实施情况进行技术指导。

**精神病管理工作计划免费文档篇七**

为落实确保20\_\_年基本公共卫生服务重性精神病患者管理项目顺利开展，逐步建立综合预防和控制重性精神病患者危险行为的有效机制，结合我镇实际，制定工作计划。

一、项目目标

(一)全镇约49756人，开展重性精神病患者危险性评估，全部资料建档立卡，建立重点病人监控网络。基本建成覆盖全镇功能完善的重性精神病患者管理系统。管理的重性精神病患者人数达85%。

(二)实行分级随访，及时评估患者病情及功能状况，并要求随访患者数量不低于登记总数25%，由培训的管理员对有危险行为倾向患者进行每季度1次，共四次随访。

(三)对开展重性精神病管理的要求，精神病患者监护率达到95%， 显好率60%，社会参与率50%，肇事率下降到0。5%以下。

二、项目范围和内容

1、重点培训重性精神病人管理人员，镇对村级的培训工作。培训当地乡村医务人员管理社区危险行为病人的知识技术，提高评估病人行为危险性的水平，规范重性精神疾病的诊断和治疗，提高随访重点病人的能力。

2、人员筛查：接受过重性精神病患者管理相关培训的专(兼)职人员收集患者的信息，并做好初步筛查工作。

3、病情评估，为重性精神病患者建立健康档案：重性精神疾病(是指以精神分裂症为代表的，临床表现有幻觉、妄想、严重思维障碍等精神病性症状，且患者对其症状缺乏现实检验能力的一组精神疾病)患者在纳入管理的时候，除需要原承担治疗责任的专业医疗机构提供疾病档案信息外，还应进行一次全面评估，检查患者的精神症状和躯体疾病，为符合诊断的患者建立健康档案。建立登记的内容包括患者及监护人姓名和联系方式等基本情况、患者精神疾病家族史、初次发病时间、既往诊断和治疗情况、既往主要症状、生活和劳动能力、目前症状、服药依从性、自知力、社会功能情况、康复措施、总体评价及后续治疗康复意见等。

4、定期随访：对于纳入管理的患者，每年至少随访4次，每次随访的目的是提供精神卫生、用药和家庭护理理念等方面的信息，督导患者服药，防止复发，及时发现疾病复发或加重的征兆，给予相应处置或转诊，并进行危机干预。对病情不稳定的患者，在现有用药基础上按规定剂量范围进行调整，必要时与原主管医生联系或转诊至上级医院;对伴有躯体症状恶化或药物不良反应，应将患者转自上级医院。

5、及时发现和报告失访患者，死亡患者情况，填写失访(死亡)登记表，按年度填写上报。

**精神病管理工作计划免费文档篇八**

为落实《促进基本公共卫生服务逐步均等化的意见》和《基本公共卫生服务实施方案》以及相关重大公共卫生服务项目要求，为确保我村重性精神病患者管理项目顺利开展，逐步建立综合预防和控制重性精神病患者危险行为的有效机制。结合实际，制定本卫生室20xx年重性精神病管理工作计划计划。

（一）功能完善的对重性精神病患者管理。

（二）普及精神疾病防治知识，提高对重性精神疾病系统治疗的认识。

（一）范围：本村居民。

（二）实施内容

1、培训：按照实施方案和技术规范要求，做好宣传。并做好入户访视工作，了解病人身体情况。收集没有明确重性精神病诊断，但有危险性倾向的人员信息，再建议其立即到专业机构诊断治疗的同时，上报上级精神病防治专业机构和。

2、收集确诊病例资料。统计在档的重性精神病患者病例信息。

和治疗情况、既往主要症状、生活和劳动能力、目前症状、服药依从性、自知力、社会功能情况、康复措施、总体评价及后续治疗康复意见等。

4、定期随访：对于纳入管理的患者，每年至少随访4次，每次随访的主要目的是提供精神卫生、用药和家庭护理理念等方面的信息，督导患者服药，防止复发，及时发现疾病复发或加重的征兆，给予相应处置或转诊，并进行危机干预。对病情不稳定的患者，在现用药基础上，必要时与原主管医生联系或转诊至上级医院；对伴有躯体症状恶化或药物不良反应，应将患者转至上级医院。

5、患者报告：发现有危及他人生命安全或严重影响社会秩序和形象行为者为疑似精神疾病患者时，应立即拨打“110”向当地公安机关报警，由公安机关执行公务的人员送往就近或者当地卫生行政部门指定的精神卫生医疗机构明确诊断。

6、健康教育、康复指导：加强宣传，鼓励和帮助患者进行生活功能康复训练，指导患者参与社会活动，接受职业训练。与病人家属进行交流，发放精神病科普宣传资料，讲解精神病人护理知识，消除社会对精神疾病的歧视和误解。

卞桥镇 村卫生室

20xx年1月1日

**精神病管理工作计划免费文档篇九**

为落实国家《2024版基本公共卫生服务项目规范》和《2024年度赤山湖管委会基本公共卫生服务实施方案》要求，为确保重症精神病患者管理项目顺利开展，逐步建立综合防控措施，为重症精神病患者提供健康干预，有效降低危险行为，提高精神病患者与其家庭的生活质量，结合实际，制定本实施方案。

一、成立组织，加强领导：为加强对精神病患者的管理，我中心成立了重症精神病人管理小组，组长由中心主任戴双兵兼任，副主任丁常信副组长，成员有许发平、步海峰、李双根、郑霞、李叶根及各村医组成。领导小组全面负责重性精神疾病工作领导、检查、协调。许发平为专职管理员负责全镇重性精神疾病患者档案建立、日常访视、计算机数据维护工作实施。步海峰：具体协助重性精神疾病管理工作日常工作。

二、年度工作目标：建成功能完善的社区卫生服务中心重性精

神病患者管理系统，至2024年底重性精神病患者规范管理率达95%。普及精神疾病防治知识，提高对重性精神疾病系统治疗的认识。年度计划管理精神病人80多人，全部病人统一进行规范化档案管理，完成4次健康指导率95%以上，年度健康体检率达到95%。

三、主要工作内容

1、管理人员培训：按照实施方案和技术规范要求，做好精神病管理人员培训。制定培训工作计划，分期分批、有计划有步骤地组织精神病防治专业人员、患者家属等相关人员培训，提高工作人员技术水平和管理能力，增强患者家属护理、桂委会人员相关知识与技能。

2、为精神病人建立健康档案进行康复指导。及时为每一名新发现患者建立健康档案，建档登记的内容包括患者及监护人姓名和联系方式等基本情况、患者精神疾病家族史、初次发病时间、既往诊断和治疗情况、既往主要症状、生活和劳动能力、目前症状、服药依从性、自知力、社会功能情况、康复措施、总体评价及后续治疗康复意见等。加强宣传，鼓励和帮助患者进行生活功能康复训练，指导患者参与社会活动，接受职业训练。与病人家属进行交流，发放精神病科普宣传资料，讲解精神病人护理知识，消除社会对精神疾病的歧视和误解。

3、精神病人的发现：接受过重性精神病患者管理培训村医与中心医生通过合作医疗报销，网格化入户服务管理等方法，不定期对辖区人口进行调查，收集在医疗机构进行明确诊断的重性精神病患者信息，对发现新患者下列患者（重性精神疾病主要包括精神分裂症、双向障碍、偏执性精神病、分裂情感障碍、癫痫所致精神障碍、重性精神发育迟滞等。发病时，患者丧失对疾病的自知力或者对行为的控制力，并可能导致危害公共安全和他人人身安全的行为，长期患病者可以造成社会功能严重损害），并做初步筛查工作，明确的建立管理档案，纳入规范化管理。不明确诊断的重性精神病，但有危险性倾向的人员信息，再建议其立即到专业机构诊断治疗的同时，上报上级精神病防治专业机构。

药基础上按规定剂量范围进行调整，必要时与原主管医生联系或转诊至上级医院；对伴有躯体症状恶化或药物不良反应，应将患者转至上级医院。

5、健康教育、康复指导：加强宣传，鼓励和帮助患者进行生活功能康复训练，指导患者参与社会活动，接受职业训练。与病人家属进行交流，发放精神病科普宣传资料，讲解精神病人护理知识，消除社会对精神疾病的歧视和误解。

6、健康体检：根据精神病人病情，每年安排适当的时间为所有在册管理的精神病人提供一次免费的体检，体检内容主要是身高、体重和血压等一般项目，另根据需要，可以提供肝功能等检查，体检结束后及时告知体检结果，并提出针对性的健康干预措施。

赤山湖社区卫生服务中心

2024年10月19日

**精神病管理工作计划免费文档篇十**

年初拟定工作完成情况：

1、2月完成全院职工工作岗位调整工作。

2、5月完成全院职工住房公积金管理补缴工作。 3、5月配合主管局完成医院整体搬迁前期选址。 4、6月完成国家“686”项目管理治疗基本工作。 5、6月完成公共卫生重型精神病人督导检查工作。

存在的问题：

1、少数医护人员服务态度差、工作不主动，思想僵化。

2、住院部病房管理有待加强，因老式建筑已不适应当前管理要求，造成精神病人几次出走,已鉴定为d级危房。 3、4名精神科医生退休，超成医技力量严重缺乏。

4、党支部近几年内没有发展xxx员。

5、职工宿舍一直没有参加房改;

6、人事档案管理目前还在黔江区人事局未转回酉阳;

7、收治精神病人的资金拨付程序复杂，造成资金运转困难。

8、收治病人渠道不规范，相关部门配合不协调。

(9)领导班子建设及发展目标

班子建设、20\_\_年院领导班子为了规范管理，提高工作效率，充分发挥每位到班子成员的作用，进行了明确分工，工作继续开展“四好”创建工作、高举\_\_伟大旗帜，以提高班子整体素质和决策水平，增强党性和公仆意识，带头廉洁自律为目的，贯彻民主集中制为原则，真抓实干，保持讲实话、办实事、鼓实劲、求实效的工作作风，做到廉洁自律、依法行政，不贪赃枉法、玩忽职守，努力增强班子凝聚力、战斗力、示范力，院领导班子将率领全院职工为完成20\_\_下半年各项工作而努力。

**精神病管理工作计划免费文档篇十一**

为落实《促进基本公共卫生服务逐步均等化的意见》和《基本公共卫生服务实施方案》以及相关重大公共卫生服务项目要求，为确保我村重性精神病患者管理项目顺利开展，逐步建立综合预防和控制重性精神病患者危险行为的有效机制。结合实际，制定本卫生室20\_\_年重性精神病管理工作计划计划。

一、目标

(一)功能完善的对重性精神病患者管理。

(二)普及精神疾病防治知识，提高对重性精神疾病系统治疗的认识。

二、项目范围和内容

(一)范围：本村居民。

(二)实施内容

1、培训：按照实施方案和技术规范要求，做好宣传。并做好入户访视工作，了解病人身体情况。收集没有明确重性精神病诊断，但有危险性倾向的人员信息，再建议其立即到专业机构诊断治疗的同时，上报上级精神病防治专业机构和。

2、收集确诊病例资料。统计在档的重性精神病患者病例信息。

和治疗情况、既往主要症状、生活和劳动能力、目前症状、服药依从性、自知力、社会功能情况、康复措施、总体评价及后续治疗康复意见等。

4、定期随访：对于纳入管理的患者，每年至少随访4次，每次随访的主要目的是提供精神卫生、用药和家庭护理理念等方面的信息，督导患者服药，防止复发，及时发现疾病复发或加重的征兆，给予相应处置或转诊，并进行危机干预。对病情不稳定的患者，在现用药基础上，必要时与原主管医生联系或转诊至上级医院;对伴有躯体症状恶化或药物不良反应，应将患者转至上级医院。

5、患者报告：发现有危及他人生命安全或严重影响社会秩序和形象行为者为疑似精神疾病患者时，应立即拨打“110”向当地公安机关报警，由公安机关执行公务的人员送往就近或者当地卫生行政部门指定的精神卫生医疗机构明确诊断。

6、健康教育、康复指导：加强宣传，鼓励和帮助患者进行生活功能康复训练，指导患者参与社会活动，接受职业训练。与病人家属进行交流，发放精神病科普宣传资料，讲解精神病人护理知识，消除社会对精神疾病的歧视和误解。

卞桥镇 村卫生室

20\_\_年1月1日

本文档由028GTXX.CN范文网提供，海量范文请访问 https://www.028gtxx.cn