



健康成都·基卫风采

指导单位：成都市卫生健康委员会 主办单位：华西社区报 川观社区发布 封面社区频道

对患者多留心耐心 让医患关系更暖心

成都家庭医生风采录

“王姐姐，我的药快吃完了，等会儿我把近期的血糖、血压(值)发给你，你还是把配好的药帮我快递到广州哈，谢谢了！”3月30日的午休时间，成都市双流区黄水镇卫生院的家庭医生王红艳正准备外出，为她在外地打工的签约病人邮寄药品。“我有不少签约病人在外地打工，一年半载都回不来一次，家里也没有亲戚朋友，所以只要他们药吃完了，都会给我发微信，托我把开好的药品快递过去。”

温暖、热心，是王红艳给人留下的第一印象，在长久的相处过程中，很多居民已经把这位亲切的家庭医生当作了朋友、亲人。工作了16年的她，也一直在用耐心、细心回馈每一位签约居民。



为居民测量血压。

对患者多留心 成功“圈粉”首诊病人

对于首次到访的患者，王红艳也依然热心。3月27日上午，一位长期居住在成都市区的黄水镇居民，因回老家时，忘记携带降压药和降血糖药，便顺路到黄水镇卫生院购买。当天，正逢王红艳周末值班，了解到这位病人并没有签约家庭医生服务，而导致很多健康

福利没有享受到后，王红艳耐心讲解：“叔叔，你这种‘三高’患者是可以考虑签约一位家庭医生的，不仅随时可以进行免费健康咨询，每年还可以享受免费体检一次，能省不少钱！”虽然当天正值周末，卫生院不能做体检，但王红艳考虑到老人回一趟黄水不容易，专门为他开了“小灶”，做了一系列检查。“我从没碰到过这么热心和温暖的医生，我以后在你这里签

约了！”

第一次到访就被王红艳“圈粉”的患者还不少。大家让王红艳传授“秘籍”，她只说了四个字：将心比心。“我们每个人都有亲人、朋友，我们也都希望当他们去医院看病时，接受到更好的服务。医患关系才会更加融洽，居民才会更加信赖我们。”

创新家庭医生签约项目 个性化定制惠及居民

“越来越多的居民享受到了家庭医生提供的贴心服务，我们也从逐年递增的家医签约率中明显感受到，他们对家门口的卫生院信任感、认可度越来越强。”双流区黄水镇卫生院院长周莉琼介绍，为了让辖区居民享受到更高质量的医疗服务，今年1月，卫生院针对高血压、糖尿病及其他慢性病患者，推

出了个性化惠民健康管理服务包，其中，包含了健康状况评估、医技检查和健康指导三个服务项目，除了医技检查中的动态血压监测和颈动脉彩超需要收费外，健康状况评估、健康指导、耳针(双耳)等项目都是免费提供给签约人群的。69岁慢性病患者王兴全说：“这个服务包才219元，但是提供的服务价值远远超过了这个数，我觉得很划算。”

家庭医生签约项目既要惠民，也要创新。今年，黄水镇卫生院不仅在妇科门诊的基础上，增设了更年期保健门诊，还在王红艳所在的特殊门诊基础上，开设了营养门诊，建立了“3+2”慢性病干预中心，主要为慢性病患者进行营养状况评价、营养诊断、营养治疗以及营养咨询，提供科学的营养指导和饮食建议。王红艳说：“现在，很多人都意识到了‘吃’的重要性，但是不知道怎么吃，营养门诊就是专门教慢病患者科学饮食的。”

华西社区传媒记者 李思佳
黄水镇卫生院供图

这个家医团队 守护着19万居民健康

成都家庭医生风采录

日前，成都市卫健委组织评选的成都市第二届优秀家庭医生团队名单揭晓，邛崃市临邛社区卫生服务中心获评为优秀基层医疗机构。“中心始终把家庭医生签约服务工作，作为提高基层医疗卫生机构服务效率和服务质量的有效方式，通过建立科学合理的保障机制和扎实有效的服务，守护百姓健康。”邛崃市临邛社区卫生服务中心主任周国平说。

居民认可 家庭医生签约呈快速增长

近日，记者来到临邛社区卫生服务中心。当天中午1时许，位于综合楼一楼的家庭医生签约服务工作站，几位就诊居民正在进行家庭医生签约。“我患有高血压，听说签约了家庭医生，今后过来看病要方便很多，再也不用那么折腾了。”家住文君街道文君井社区的冯阿姨对记者说道。

在大楼1、2层的家庭医生诊室，医生与护士都十分忙碌，他们正在为每一位慢病患者悉心问



临邛社区卫生服务中心。

诊。临邛街道文星社区居民梁大爷在做完血糖、体格等检查后，对医生护士的耐心赞许有加：“我上个月签约了家庭医生，这已是第3次来这儿了，每次看病体验都很好。每次医生护士都很耐心地叮嘱我要正确服药，要适量运动，他们的细心负责让我很感动、很安心。”

“长期以来，我们为辖区慢病居民就医诊疗提供便捷且惠民的服务，受到居民们的普遍认可。”该中心家庭医生管理办公室主任刘杰说，“在家庭医生慢

病管理团队的努力下，辖区居民的健康意识在不断提高，中心慢病特殊门诊签约也呈现快速增长的趋势，目前已办理慢病特殊门诊病人已超过4000人。”

升级改造 家医系统优化质量

据了解，目前临邛社区卫生服务中心服务范围覆盖邛崃市临邛街道、文君街道的25个行政村和23个城市社区，肩负着19.1万辖区百姓的基本医疗保障。

2020年以前，该中心

先后成立了16支家庭医生团队。截至2020年底，该中心管理原发性高血压11588人，其中规范化管理7722人；管理2型糖尿病患者共4621人，其中规范化管理3077人。“管理慢病人数如此之多，而我们的家庭医生团队人员却相当有限，只有103人！”刘杰坦言，由于人员实在太少，很长一段时间里，中心家庭医生签约不太理想。

转机出现在2020年最后一个季度。当年11月，该中心启动家庭医生签约系统，对慢病患者开始规范化管理，同时对家庭医生团队进行重组，“将原有16个家庭医生团队，重组为6个慢病管理团队、1个孕产妇健康管理团队、1个儿童健康管理团队，为更精准服务辖区居民提供组织保障。”刘杰介绍说，家庭医生诊室均配备1名医生+1名医助，为慢病患者提供更周全的诊疗服务。

对家庭医生及医助进行家医签约系统使用培训，并对家庭医生诊室进行升级改造，增加电子身

高体重仪、电子血压计、血糖仪等检查设备。“2020年11月13日，中心正式利用家医签约系统开展签约工作，签约模式为一医一助，在就医的同时更真实的完成公卫相关的随访以及健康指导，同时记录每一次的就诊记录，各项辅助检查结果。”刘杰说道。

健康管理 促进基本医疗与公卫融合

“家庭医生签约服务是转变居民健康生活方式、提高居民健康素养的有效途径，是控制慢性病发生、发展的重要手段。”临邛社区卫生服务中心主任周国平表示，接下来，中心将进一步提升医生利用家医系统能力，完善签约患者检验检查，利用数据驱动提升管理质量。同时，家庭医生团队定期或不定期下村、下社区开展服务，让广大辖区群众享受到了更为便捷、贴心、连续、综合的基本医疗卫生服务。“继续对家庭访视的慢病进行签约并录入家医系统进行健康管理，在家医系统与公卫系统连通后，把家医系统的随访、体检的数据同步到公卫系统中，促进实现基本医疗与公卫进一步融合。”

华西社区传媒记者 朱佳慧
临邛社卫中心供图