Приложение 1

к программе производственной практики

**Министерство здравоохранения Республики Беларусь**

Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»

Учреждение здравоохранения

Название

УТВЕРЖДАЮ

Главный врач

И.О.Фамилия

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_\_

м.п.

**Дневник**

производственной врачебной поликлинической практики по терапевтической стоматологии

|  |
| --- |
|  |
| *(Фамилия, имя, отчество)* |

|  |  |
| --- | --- |
| Факультет |  |
| Курс |  |
| Учебная группа № |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Организация здравоохранения |  |
|  | *(название учреждения здравоохранения)* |

Руководитель практики

от организации здравоохранения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(Фамшшя И.О.)*

Руководитель практики от кафедры

консервативной стоматологии

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фамшшя И.О.)*

202\_

**День 1. Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Время \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Содержание выполненной работы** | **Количество (в день)** | **Уровень освоения** |
| Проведение санитарно-просветительной работы (санитарный бюллетень и / или брошюра (мотивационное пособие)) |  |  |
| Опрос и осмотр пациента, индексная оценка состояния полости рта |  |  |
| Заполнение медицинской документации стоматологического пациента, составление индивидуальных планов лечебно-профилактических мероприятий |  |  |
| Обучение пациентов основам индивидуальной гигиены полости рта (индивидуальные беседы) |  |  |
| Проведение профессиональной гигиены полости рта |  |  |
| Выполнение инфильтрационной и / или проводниковой анестезии |  |  |
| Препарирование кариозных полостей I, II, V классов и некариозных поражений |  |  |
| Пломбирование кариозных полостей I, II, V классов и некариозных поражений |  |  |
| Проведение отдельных этапов эндодонтического лечения однокорневых зубов |  |  |
| Определение рабочей длины корневого канала |  |  |
| Механическая обработка корневого канала методом «Step-back» или «Crown-down» |  |  |
| Оценка качества реставраций |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Дополнительная работа:** | | | |
| Дата | | Формы и виды работы | Всего |
| *Отмечается дата фактического посещения пациентом врача* | | *ФИО – пациента и его возраст.*  *Жалобы, с которыми обратился пациент.*  *Клиническая картина заболевания (St. loc.).*  *Результаты исследований (с обязательными индексными методами обследования (КПУ, OHI-S, КПИ)).*  *Диагноз заболевания по классификации МКБ-10.*  *План лечения.*  *Лечение.*  *Стоматологическое просвещение с указанием методов и средств, используемых для мотивации и обучения индивидуальной гигиене полости рта пациента.* | *Перечисляются только выполненные студентом виды работы с указанием формы участия (наблюдал / ассистировал, выполнял самостоятельно). Желательна собственная оценка студентом текущего результата (уровня) практической подготовки.* |

Студент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись)*

Непосредственный руководитель

практики от УЗ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись)*

Приложение 2

к программе производственной практики

**Министерство здравоохранения Республики Беларусь**

Учреждение здравоохранения

«Название»

УТВЕРЖДАЮ

Главный врач

И.О.Фамилия

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_\_

м.п.

Отчет студента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ФИО)*

о производственной врачебной поликлинической практике по терапевтической стоматологии в

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(название учреждения здравоохранения в соответствии с государственным реестром)*

в период с 20 по 20\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Практические навыки** | **Рекомендовано** | | **Освоено** | |
| кол-во | уровень  освоения | кол-во  (всего) | уровень  освоения |
| 1 | Проведение санитарно-просветительной работы (санитарный бюллетень и / или брошюра (мотивационное пособие)) | 1 | 3 |  |  |
| 2 | Опрос и осмотр пациента, индексная оценка состояния полости рта | 15 | 3 |  |  |
| 3 | Заполнение медицинской документации стоматологического пациента, составление индивидуальных планов лечебно-профилактических мероприятий | 15 | 3 |  |  |
| 4 | Обучение пациентов основам индивидуальной гигиены полости рта (индивидуальные беседы) | 15 | 3 |  |  |
| 5 | Проведение профессиональной гигиены полости рта | 15 | 3 |  |  |
| 6 | Выполнение инфильтрационной и / или проводниковой анестезии | 10 | 2, 3 |  |  |
| 7 | Препарирование кариозных полостей I, II, V классов и некариозных поражений | 10 | 3 |  |  |
| 8 | Пломбирование кариозных полостей I, II, V классов и некариозных поражений | 10 | 3 |  |  |
| 9 | Проведение отдельных этапов эндодонтического лечения однокорневых зубов | 5 | 2, 3 |  |  |
| 10 | Определение рабочей длины корневого канала | 5 | 2, 3 |  |  |
| 11 | Механическая обработка корневого канала методом «Step-back» или «Crown-down» | 5 | 2, 3 |  |  |
| 12 | Оценка качества реставраций | 10 | 3 |  |  |

Приложением к отчёту является санитарно-просветительная работа по теме «*Название….*»

Студент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись)*

Общий руководитель

практики от УЗ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись)*

Приложение 3

к программе производственной практики

**Министерство здравоохранения Республики Беларусь**

Учреждение здравоохранения

«Название»

УТВЕРЖДАЮ

Главный врач

И.О.Фамилия

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_\_

м.п.

**Характеристика**

на студента

*(Фамилия, имя отчество)*

В характеристике следует отразить деловые качества студента-практиканта, способность к приобретению профессиональных умений. Указать наличие и результаты развития личных качеств, необходимых для профессии. Дать общую оценку результатам выполнения программы практики и достигнутого уровня практической подготовки. Охарактеризовать взаимоотношения с коллективом, знание и выполнение норм медицинской этики и деонтологии. В заключение следует дать рекомендации по допуску студента к текущей аттестации по производственной практике, предложения университету по улучшению качества теоретической подготовки, предшествующей направлению студента на практику.

Непосредственный руководитель производственной практики от УЗ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ И.О. Фамилия

(подпись)

\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_

С характеристикой

ознакомлен(а) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ И.О.Фамилия

(подпись)

\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_