

Учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет»

ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ (чек-лист)

для контроля практических навыков по учебной дисциплине
«Детские инфекционные болезни»
по специальности 1-79 01 02 «Педиатрия»

ФИО студента _____

Факультет _____ Группа _____ Курс _____

Практический навык (раздел практических навыков):

Определение синдрома экзантемы

№ п/п	Параметр выполнения действия	Отметка в баллах
1	Оцените клинико-anamnestические данные (возраст, наличие общеинфекционного синдрома, цикличность течения заболевания, аллергологический анамнез, сведения о принимаемых медикаментах)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0,5 <input type="checkbox"/> 1
2	Оцените эпидемиологические данные (случаи заболевания в окружении пациента, сведения о путешествиях, сведения об укусах насекомых, присасывании клещей, сведения о контактах с животными, сведения о проведенных профилактических прививках)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0,5 <input type="checkbox"/> 1
3	Оцените сыпь (время появления, последовательность распространения сыпи, характер элементов сыпи, цвет и размер поражения(й), количество и расположение элементов сыпи, исчезает ли сыпь при надавливании, сопровождается ли сыпь зудом, состояние кожи, свободной от сыпи, динамику элементов сыпи)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0,5 <input type="checkbox"/> 1
4	Оцените состояние видимых слизистых оболочек (полости рта, конъюнктив, наружных половых органов)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0,5 <input type="checkbox"/> 1
5	Оцените состояние периферических лимфоузлов	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0,5 <input type="checkbox"/> 1
6	Определите наличие/отсутствие респираторного синдрома	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0,5 <input type="checkbox"/> 1
7	Определите наличие/отсутствие диарейного синдрома	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0,5 <input type="checkbox"/> 1
8	Определите наличие/отсутствие суставного синдрома	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0,5 <input type="checkbox"/> 1
9	Определите наличие/отсутствие менингеального синдрома	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0,5 <input type="checkbox"/> 1
10	Определите наличие/отсутствие гепато-спленомегалии, желтухи	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0,5 <input type="checkbox"/> 1
	Итоговая отметка по 10-ти балльной шкале	

Преподаватель
Дата _____

И.О.Фамилия