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 детской терапевтической стоматологии

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

|  |  |
| --- | --- |
| Факультет |  |
| Курс |  |
| Академическая группа № |  |

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

Руководитель практики

от организации здравоохранения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  *(подпись) (Ф.И.О.)*

Руководитель практики от кафедры

стоматологии детского возраста

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

 *(подпись) (Ф.И.О.)*

20\_\_

**День 1. Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Время\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Содержание выполненной работы | Кол-во (в день) | Уровеньосвоения |
| Организация приема пациента |  |  |
| Сбор жалоб и анамнеза, анализ рациона и режим питания |  |  |
| Оценка функций ЧЛО |  |  |
| Оценка состояния СОПР |  |  |
| Оценка прикуса |  |  |
| Оценка состояния зубов: | КПУЗ |  |  |
| УИК |
| Определение гигиены полости рта: | OHI-S |  |  |
| PLI |
| Оценка тканей периодонта (КПИ, GI) |  |  |
| Дополнительные методы диагностики  |  |  |
| Заполнение медицинской документации |  |  |
| Составление индивидуального плана лечебно-профилактических мероприятий |  |  |
| Индивидуальная мотивация по факторам риска развития стоматологических заболеваний |  |  |
| Подбор средств и предметов домашней гигиены |  |  |
| Обучение методу чистки зубов на модели | стандартным |  |  |
| Марталлера |
| KAI |
| Проведение контролируемой чистки зубов |  |  |
| Обучение флоссингу зубов  |  |  |
| Проведение профессиональной гигиены |  |  |
| Проведение неинвазивной герметизации фиссур зубов |  |  |
| Проведение инвазивной герметизации фиссур зубов |  |  |
| Проведение местных профилактических мероприятий (аппликации гелей, лаков) |  |  |
| Проведение аппликационной анестезии |  |  |
| Проведение инфильтрационной и проводниковой анестезии для лечения твёрдых тканей зубов |  |  |
| Препарирование кариозных полостей временных и постоянных зубов с незаконченным формированием корней |  |  |
| Восстановление дефектов твердых тканей |  |  |
| Проведение отдельных этапов эндодонтического лечения временных и постоянных зубов с незаконченным формированием корней зубов |  |  |
| **Дополнительная работа:**  |
| Формы и виды работы | Лечение |
| *В графе «формы и виды работ» отмечают­:**Жалобы, с которыми обратился пациент;**Клиника (St. lос) заболевания с обязательны­ми индексными методами обследования (КПУ, КПУ+кпу, кпу (развернутая формула), OHI-S или PLI (развернутая формула), КПИ (развернутая формула));**диагноз заболевания по классификации МКБ­10* | *Лечение диагностируемого заболевания с учётом мотивации, и обучением индивидуальной гигиене полости рта пациента.* |
|  |  |

 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 детской терапевтической стоматологии в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

в период с \_\_\_\_\_\_\_20 по \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Практические навыки | Рекомендовано | Освоено |
| Кол-во | уровеньосвоения | Кол-во(всего) | уровеньосвоения |
| 1. | Организация приема пациента | 15 | 3 |  |  |
| 2. | Сбор жалоб и анамнеза, анализ рациона и режим питания | 15 | 3 |  |  |
| 3. | Оценка функций ЧЛО | 15 | 3 |  |  |
| 4. | Оценка состояния СОПР | 15 | 3 |  |  |
| 5. | Оценка прикуса | 15 | 2 |  |  |
| 6. | Оценка состояния зубов: | КПУЗ | 1515 | 33 |  |  |
| УИК |
| 7. | Определение гигиены полости рта: | OHI-S | 15 | 3 |  |  |
| PLI |
| 8. | Оценка тканей периодонта (КПИ, GI) | 10 | 3 |  |  |
| 9. | Дополнительные методы диагностики | 5 | 2 |  |  |
| 10. | Заполнение медицинской документации | 15 | 2 |  |  |
| 11. | Составление индивидуального плана лечебно-профилактических мероприятий | 15 | 3 |  |  |
| 12. | Индивидуальная мотивация по факторам риска развития стоматологических заболеваний | 15 | 3 |  |  |
| 13. | Подбор средств и предметов домашней гигиены | 15 | 3 |  |  |
| 14. | Обучение методу чистки зубов на модели | стандартным | 15 | 3 |  |  |
| Марталлера |
| KAI |
| 15. | Проведение контролируемой чистки зубов | 2 | 3 |  |  |
| 16. | Обучение флоссингу зубов | 4 | 3 |  |  |
| 17 | Проведение профессиональной гигиены | 10 | 2-3 |  |  |
| 18. | Проведение неинвазивной герметизации фиссур зубов | 4 | 2-3 |  |  |
| 19. | Проведение инвазивной герметизации фиссур зубов | 2 | 2 |  |  |
| 20. | Проведение местных профилактических мероприятий (аппликации гелей, лаков) | 10 | 3 |  |  |
| 21. | Проведение аппликационной анестезии | 2 | 2-3 |  |  |
| 22. | Проведение инфильтрационной и проводниковой анестезии для лечения твёрдых тканей зубов | 3 | 1-2 |  |  |
| 23. | Препарирование кариозных полостей временных и постоянных зубов с незаконченным формированием корней | 15 | 2-3 |  |  |
| 24 | Восстановление дефектов твердых тканей | 15 | 2-3 |  |  |
| 25 | Проведение отдельных этапов эндодонтического лечения временных и постоянных зубов с незаконченным формированием корней зубов | 3 | 2 |  |  |
|  | Дополнительная работа: |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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

 *(подпись) И.О.Фамилия*

Общий руководитель

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

 *(подпись) И.О.Фамилия*

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

практики от УЗ

 И.О. Фамилия

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

С характеристикой

ознакомлен(а) И.О.Фамилия

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