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) | Уровень  освоения |
| 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 | уровень  освоения | Кол-во  (всего) | уровень  освоения |
| 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 | | 15  15 | 3  3 |  |  |
| 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\_\_\_