**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 ортопедической стоматологии

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

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

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

Руководитель практики

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

*(подпись) (Ф.И.О.)*

Руководитель практики от кафедры

*(название)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(подпись) (Ф.И.О.)*

20\_\_\_\_

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Содержание выполненной работы  | Количество (в день) | Уровень освоения |
| Сбор жалоб, анамнеза жизни и анамнеза заболевания пациента |  |  |
| Оценка тканей периодонта |  |  |
| Оценка степени открывания полости рта и прикуса |  |  |
| Оценка состояния зубов: степень поражения |  |  |
| Оценка состояния зубов: подвижность |  |  |
| Оформление амбулаторной стоматологической карты |  |  |
| Составление индивидуального плана лечебно-диагностических и профилактических мероприятий |  |  |
| Индивидуальная мотивация по факторам риска развития стоматологических заболеваний |  |  |
| Оформление амбулаторной стоматологической карты |  |  |
| Препарирование зубов под коронки |  |  |
| Снятие оттисков стандартной ложкой |  |  |
| Определение и фиксация центральной окклюзии |  |  |
| Припасовка коронок |  |  |
| Фиксация одиночных коронок |  |  |
| Фиксация мостовидных протезов |  |  |
| Проверка конструкций съёмных протезов |  |  |
| Припасовка и наложение съемных пластиночных протезов |  |  |
| Изготовление индивидуальных ложек |  |  |
| Снято оттисков индивидуальной ложкой |  |  |
| Определение центральной окклюзии |  |  |
| Проверка конструкции съемных пластиночных протезов при полном отсутствии зубов |  |  |
| Припасовка и наложение съемных пластиночных протезов при полном отсутствии зубов |  |  |
| Припасовка каркасов бюгельных протезов |  |  |
| Припасовка и сдача бюгельных протезов |  |  |
| Коррекция съемных протезов |  |  |
| Другие виды работ (штифтовые конструкции, полукоронки, вкладки) |  |  |
| Санитарно-просветительная работа |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Дополнительная работа:** |
| *Перечисляются только выполненные студентом дополнительные виды работы с указанием степени участия: эпикризы, обоснования диагноза, проведение санитарно-просветительских бесед с пациентами, расчеты, справочные таблицы и др.*  |

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

*(подпись)*

Непосредственный руководитель

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

 *(подпись)*