Приложение 1

к программе производственной

практики

**Министерство здравоохранения Республики Беларусь**

 Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»

 База практики

Название организации здравоохранения

**Дневник**

прохождения производственной практики

«ВРАЧЕБНАЯ ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ»

|  |  |
| --- | --- |
| СтудентСпециальностьФакультетКурс, учебная группа №Сроки прохождения практики |  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Руководитель практики

от организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О.)

(подпись)

Руководитель практики

от кафедры *(название)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

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

 (подпись)

|  |
| --- |
| **Дополнительная работа:** |
| *Перечисляются только выполненные студентом дополнительные виды работы с указанием степени участия.* |

Студент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_И.О.Фамилия

*(подпись)*

Руководитель практики

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

*(название организации)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_И.О.Фамилия

*(подпись*

Приложение 2

к программе производственной

практики

**Министерство здравоохранения Республики Беларусь**

Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»

 База практики

Название организации здравоохранения

УТВЕРЖДАЮ

Руководитель базы

практики/

Главный врач (директор)

И.О.Фамилия

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

м.п

**Отчет**

о выполнении программы производственной практики

«ВРАЧЕБНАЯ ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ»

|  |  |
| --- | --- |
| СтудентСпециальностьФакультетКурс, учебная группа №Сроки прохождения практики |  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Перечень практических навыков | Рекомендовано | Освоено |
| кол-во | уровеньосвоения | кол-во(всего) | уровеньосвоения |
| 1. | Опрос и физикальное обследование пациента | 170 | 3 |  |  |
| 2. | Составление плана обследования пациента в амбулаторных условиях | 170 | 3 |  |  |
| 3. | Интерпретация результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики | 170 | 3 |  |  |
| 4. | Формулирование клинического диагноза | 170 | 3 |  |  |
| 5. | Составление индивидуального плана лечения и профилактики | 170 | 3 |  |  |
| 6. | Составление плана диспансерного наблюдения | 20 | 3 |  |  |
| 7. | Оформдление формы № 025/у-07 – медицинская карта амбулаторного больного | 10 | 3 |  |  |
| 8. | Оформление форм № 025-3/у-07 – ведомость учета посещений, заболеваний и пролеченных больных врачом в амбулаторно-поликлинических организациях | 20 | 3 |  |  |
| 9. | Оформление формы №131/у-ДВ – карта учета прохождения диспансеризации пациентов старше 18 лет | 20 | 3 |  |  |
| 10. | Оформление формы №058/у – экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом отравлении, осложнении после прививок  | 10 | 3 |  |  |

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

 *(подпись) Ф.И.О*

Руководитель практики

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

 *(подпись) Ф.И.О*

Приложение 3

к программе производственной

практики

**Министерство здравоохранения Республики Беларусь**

 База практики

Название организации здравоохранения

**Отзыв**

о прохождении производственной практики

«ВРАЧЕБНАЯ ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ»

студентом

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

*(ФИО)*

В отзыве отражаются деловые качества студента-практиканта, способность к приобретению профессиональных умений, указываются наличие и результаты развития личных качеств, необходимых для профессии, дается общая оценка результатам выполнения программы практики и достигнутого уровня практической подготовки. Характеризуются взаимоотношения с коллективом, знание и выполнение норм медицинской этики и деонтологии. В заключение даются рекомендации по допуску студента к дифференцированному зачету по производственной практике, предложения университету по улучшению качества теоретической подготовки, предшествующей направлению студента на практику.

Руководитель

практики от организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ И.О.Фамилия

\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ (подпись)

С отзывом о прохождении

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

\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ (*подпись)*