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

(ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ)»

|  |  |
| --- | --- |
| Студент  Специальность  Факультет  Курс, учебная группа №  Сроки прохождения практики |  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Руководитель практики

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

(подпись)

Руководитель практики

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

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

(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

(ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ)»

|  |  |
| --- | --- |
| Студент  Специальность  Факультет  Курс, учебная группа №  Сроки прохождения практики |  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Перечень практических навыков | Рекомендовано | | Освоено | |
| кол-во | уровень  освоения | кол-во  (всего) | уровень  освоения |
| 1. | Проведение санитарно-просветительной работы (санитарный бюллетень и/или брошюра (мотивационное пособие) | 1 | 3 |  |  |
| 2. | Опрос и осмотр пациента, индексная оценка состояния полости рта | 15 | 3 |  |  |
| 3. | Заполнение медицинской документации стоматологического пациента, составление индивидуальных планов лечебно-профилактических мероприятий | 15 | 3 |  |  |
| 4. | Обучение пациентов основам индивидуальной гигиены рта (индивидуальные беседы) | 15 | 3 |  |  |
| 5. | Проведение профессиональной гигиены полости рта | 15 | 3 |  |  |
| 6. | Выполнение инфильтрационной и/или проводниковой анестезии | 10 | 2,3 |  |  |

Приложение 3

к программе производственной

практики

**Министерство здравоохранения Республики Беларусь**

База практики

Название организации здравоохранения

**Отзыв**

о прохождении производственной практики

«ВРАЧЕБНАЯ ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ

(ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ)»

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)*