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 (ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ И

ХИРУРГИЧЕСКАЯ 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\_\_

**Отчет**

о выполнении программы производственной практики

«ВРАЧЕБНАЯ (ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ И

ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ)»

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | Практические  навыки | Рекомендовано | | Освоено | |
| Кол-во | Уровень освоения | Кол-во | Уровень освоения |
| 1 | Сбор жалоб, анамнеза жизни и анамнеза заболевания пациента | 40 | 3 |  |  |
| 2 | Оценка функций органов и систем челюстно-лицевой области | 40 | 3 |  |  |
| 3 | Оценка состояния и цвета кожных покровов лица и шеи | 40 | 3 |  |  |
| 4 | Оценка тканей периодонта | 40 | 3 |  |  |
| 5 | Оценка степени открывания полости рта и прикуса | 40 | 3 |  |  |
| 6 | Оценка состояния зубов: степень поражения | 40 | 3 |  |  |
| 7 | Оценка состояния зубов: подвижность | 40 | 3 |  |  |
| 8 | Определение состояния лимфатического аппарата: лимфатические узлы проекции очага поражения | 20 | 3 |  |  |
| 9 | Определение состояния лимфатического аппарата: лимфатические узлы измененные | 2 | 3 |  |  |
| 10 | Оформление амбулаторной стоматологической карты | 40 | 3 |  |  |

Приложение 3

к программе производственной

практики

**Министерство здравоохранения Республики Беларусь**

База практики

Название организации здравоохранения

**Отзыв**

о прохождении производственной практики

«ВРАЧЕБНАЯ (ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ И

ХИРУРГИЧЕСКАЯ 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)*