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 (ДЕТСКАЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ И ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ)»

|  |  |
| --- | --- |
| СтудентСпециальностьФакультетКурс, 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 (ДЕТСКАЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ И ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ)»

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Перечень практических навыков | Рекомендовано | Освоено |
| кол-во | уровеньосвоения | кол-во(всего) | уровеньосвоения |
| 1. | Сбор жалоб и анамнеза | 10 | 3 |  |  |
| 2. | Анализ рациона и режим питания | 10 | 3 |  |  |
| 3. | Оценка функций ЧЛО | 10 | 3 |  |  |
| 4. | Оценка состояния СОПР | 10 | 3 |  |  |
| 5. | Оценка тканей периодонта | 10 | 3 |  |  |
| 6. | Оценка прикуса | 10 | 2 |  |  |
| 7. | Оценка состояния зубов: КПУЗ | 10 | 3 |  |  |
|  |  УИК | 10 | 3 |  |  |
| 8. | Определение гигиены полости рта: OHI-S | 10 | 3 |  |  |
|  |  PLI | 10 | 3 |  |  |
| 9. | Оформление стоматологической карты | 10 | 2 |  |  |
| 10. | Составление индивидуального плана лечебно-профилактических мероприятий | 10 | 3 |  |  |

Приложение 3

к программе производственной

практики

**Министерство здравоохранения Республики Беларусь**

 База практики

Название организации здравоохранения

**Отзыв**

о прохождении производственной практики

«ВРАЧЕБНАЯ (ДЕТСКАЯ 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)*