## ИНСТРУКЦИЯ ПО ПРОХОЖДЕНИЮ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ

**ПМ.04 Профилактическая деятельность**

**Специальность 31.02.01 Лечебное дело**

**Уважаемые студенты!**

Производственная практика проводится в детской поликлинике (1 неделя) и во взрослой поликлинике (1 неделя) – 72 часа.

К производственной практике допускаются обучающиеся, имеющие действующие медицинские книжки. Перед прохождением практики на сайте колледжа необходимо взять пакет документов: дневник по производственной практике, лист учёта выполненных работ (цифровой отчет), аттестационный лист и отзыв о прохождении практики, карту диспансеризации (ф 030-Ду), карту профилактических прививок (ф 063/у).

Производственная практика реализуется под непосредственным контролем руководителя практики от медицинской организации и контролем методического руководителя от колледжа.

Перед тем, как приступить к практике, в лечебном учреждении необходимо пройти инструктаж по технике безопасности (по охране труда, пожарной и инфекционной безопасности).

В период прохождение практики студент должен соблюдать трудовую дисциплину, демонстрировать приобретенные умения и навыки диагностического обследования пациентов с различными заболеваниями, клинического мышления в постановке предварительного диагноза, интерпретации результатов обследования.

**За время прохождения практики студент заполняет следующие документы:**

1. Дневник заполняется только в рукописном варианте на месте прохождения практики и обязательно в конце каждого дня подписывается у непосредственного руководителя практики от организации с выставлением оценки. Итоговая оценка за ведение дневника выставляется руководителя практики от колледжа на дифференцированном зачете.

В первый день практики в дневнике необходимо коротко описать структуру лечебного учреждения и отделения, в котором будет проходить практика. Ежедневно студенту необходимо указать в дневнике:

* Время и место практики (отделение диспансеризации, кабинет профилактики, кабинет Здорового ребенка, кабинет школьного врача и др.);
* Объем выполненной работы (коротко): название и количество проведенных манипуляций согласно перечню, в листе манипуляций, количество обследуемых пациентов. Манипуляции, не встречающиеся в перечне выполненных работ описать в дневнике по практике и внести в манипуляционный лист.
* Выписывание бланков направлений на обследования, интерпретация лабораторно-инструментальных методов обследования пациента.
* Образец заполнения дневника представлен в конце документа.

1. Лист учёта выполненных работ по производственной практике (цифровой отчет), в котором ежедневно отмечаются цифрами количество выполненных манипуляций. В конце производственной практики подводится итог по каждой манипуляции. Количество и вид манипуляций в листе учёта выполненных работ за каждый день должны совпадать с таковыми в дневнике. В конце практики необходимо подписать этот документ у руководителя практики от организации.
2. Карта диспансеризации несовершеннолетнего (ф-№ 030-Д/с/у-13), заполненную на пациента.
3. Контрольная карта диспансерного наблюдения (форма №030/у), заполненная на пациента
4. Карта профилактических прививок (ф 063/у), заполненная на пациента

В конце практики студент обязательно должен взять **аттестационный лист и отзыв**, подписанные руководителем практики от медицинской организации и заверенные круглой печатью лечебного учреждения.

Областное государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение

«Томский базовый медицинский колледж»

**ДНЕВНИК**

**производственной практики**

ПМ. 04 Профилактическая деятельность

Специальность 31.02.01 Лечебное дело

|  |
| --- |
| ФИО студента |
| Группа |
| База практики |
| ФИО методического руководителя |
| Оценка Подпись |
| Дата |

**М.П.**

20\_\_\_ г.

**ГРАФИК ПРОХОЖДЕНИЯ ПРАКТИКИ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Сроки** | | **Количество** | | **Место практики** | **Примечание** |
| **прибытия** | **окончания** | **дней** | **часов** |
| Отделение профилактики или участок поликлиники, обслуживающей взрослое население | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
| Педиатрический участок или дошкольно - школьное отделение детской поликлиники | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |

**ИНСТРУКТАЖ ПО ТЕХНИКЕ БЕЗОПАСНОСТИ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Провел** | | | **Прослушал** | | |
| **Ф.И.О.** | **должность** | **роспись** | **Ф.И.О.** | **должность** | **роспись** |
| Отделение профилактики или участок поликлиники, обслуживающей взрослое население | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Педиатрический участок или дошкольно - школьное отделение детской поликлиники | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Дата Время** | **Содержание и объём выполненных работ** | **Оценка**  **Подпись** |
| *14.01.19г.*  8.00-14.00 | Производственная практика проходит на базе поликлинического подразделения ОГАУЗ «ГБ №3», в кабинете профилактике.  Структура поликлиники: регистратура, терапевтические участки, кабинет доврачебного приема, кабинета узких специалистов, процедурный кабинет, кабинет функциональной диагностики, ЭКГ-диагностики, клиническая лаборатория и т.д.  Структура отделения профилактики, график работы специалистов в этом отделении, маршрутизация пациентов, прибывших на диспансеризацию: *(описываются только в первый день производственной практики).*  **Работа в кабинете профилактики:**  1.Выполняла манипуляции:  - антропометрия с расчетом ИМТ, измерение окружности талии -5;  - измерение АД, пульса – 5  - определение относительного и абсолютного сердечно-сосудистого риска - 3  - Оценка когнитивных функций с использованием теста Мини-Ког -1  2. Осуществляла подготовку пациентов к лабораторным и инструментальным методам исследования:  - УЗИ органов брюшной полости (объясняла, как правильно подготовиться к исследованию) – 1  - Консультировала пациента с риском (указать проблемы) по вопросам ЗОЖ – 1*.* Даны рекомендации (коротко)  3.Заполняла медицинскую документацию:  *(перечислить заполненные медицинские формы и их количество).*  4. и т.д. | подпись |
| *17.01.19г*  8.00-14.00 | **Работа в прививочном кабинете:**  Описать хранение вакцин, контроль и учет вакцин, планирование вакцинации. *(описываются только в первый день).*  1. Количество выполненных манипуляций – 10  2. Заполнял(а) документацию *(перечислить какую):* |  |

**ЗАМЕЧАНИЯ РУКОВОДИТЕЛЯ ПРАКТИКИ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Дата** | **Замечания** | **Роспись** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Дата время** | **Содержание и объём выполненных работ** | **Оценка**  **Роспись** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**ЛИСТ УЧЁТА ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ**

ПМ. 04 Профилактическая деятельность

Специальность 31.02.01 Лечебное дело

Ф.И.О. студента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ группа \_\_\_\_\_\_\_ курс \_\_\_\_\_\_ учебный год 20\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Перечень медицинских услуг | Дата практики / кол-во | | | | | | | | | | | | Всего |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. | **Выявление факторов риска** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.1 | Определение пульса, ЧДД, А/Д |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2 | Проведение антропометрии |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.3 | Расчет индекса массы тела |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.4 | Измерение окружности талии |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.5 | Снятие и диагностика ЭКГ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.6 | Определение относительного и абсолютного сердечно-сосудистого риска |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.7 | Определение уровня физического и нервно-психического развития |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.8 | Оценка когнитивных функций с использованием теста Мини-Ког |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.9 | Проведение глюкометрии |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.10 | Проведение пульсоксиметрии |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.11 | Определение факторов риска хронических неинфекционных заболеваний |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | **Специфическая профилактика** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.1 | планирование вакцинопрофилактики |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.2 | Постановка вакцин |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | **Работа с население** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - | составление плана просветительских мероприятий |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - | составление бесед, памяток и буклетов по профилактике факторов риска хронических неинфекционных заболеваний |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - | консультирование различных групп населения по вопросам ЗОЖ и коррекции факторов риска |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | **Обучение пациента:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.1 | измерению АД, глюкометрии, |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.2 | уходу за стопами, диетическому питанию (столы) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.3 | пикфлуометрии, использованию небулайзера и карманного ингалятора |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** | **Заполнение медицинской документации** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.1 | карту диспансеризации (ф 030-Ду) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.2 | карту профилактических прививок (ф 063/у) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Манипуляции, не встречающиеся в перечне выполненных работ описать в дневнике по практике.

**Отделение профилактики или участок поликлиники, обслуживающей взрослое население**

Ф.И.О. и подпись руководителя практики от организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. и подпись руководителя практики от колледжа руководителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ М.П.

**Педиатрический участок или дошкольно - школьное отделение детской поликлиники**

Ф.И.О. и подпись руководителя практики от организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. и подпись руководителя практики от колледжа руководителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ М.П.

## Ф -№063/у

|  |  |
| --- | --- |
| **Министерство здравоохранения Российской Федерации** | [**Форма № 063/у**](https://blanker.ru/doc/forma-063u) |
|  |  |
| наименование учреждения |  |

**КАРТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК**

**Взят на учёт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Наименование детского учреждения (для организованных детей)**

дата

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**2. Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 3. Домашний адрес: населённый пункт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**улица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дом № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ корпус \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **Прививка против туберкулеза (БЦЖ)** | | | | | |  | **2** | **Туберкулезные пробы** | |
| **Возраст** | | **Дата** | **Доза** | **Серия** | **Результат** | **Подпись** |  | **Дата** | | **Результат** |
|  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3** | **Реакция Манту** | | | | | | | | | | | | |
| **№**  **п/п** | **Дата** | **Возраст** | **Серия** | **Доза** | **Резуль-тат** | **Подпись** | **№**  **п/п** | **Дата** | **Возраст** | **Серия** | **Доза** | **Резуль-тат** | **Подпись** |
| **1** |  |  |  |  |  |  | **10** |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  | **11** |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  | **12** |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  | **13** |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  | **14** |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  | **15** |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  | **16** |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  | **17** |  |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |  | **18** |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4** | **Прививки против полиомиелита** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Вид**  **иммунизации** | | | | **Вакцинация** | | | | | | | | | **Ревакцинация (плановая)** | | | | | | | | | | | **Ревакцинация (туровая)** | | | | | | | |
| **I** | **II** | | | **III** | | | | | **I** | | | | | **II** | | | | | **III** | **I** | | **II** | | | **III** | | **IV** |
| **Дата** | | | |  |  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  |  | |  | | |  | |  |
| **Возраст** | | | |  |  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  |  | |  | | |  | |  |
| **Серия** | | | |  |  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  |  | |  | | |  | |  |
| **Доза** | | | |  |  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  |  | |  | | |  | |  |
| **Реакция** | | | |  |  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  |  | |  | | |  | |  |
| **Подпись** | | | |  |  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  |  | |  | | |  | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **5** | **Прививки против дифтерии, коклюша, столбняка** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Вид**  **иммунизации** | | | **Дата** | | | **Возраст** | | | **Серия** | | | | | **Доза** | | | | | **Наименование препарата \*** | | | | | **Реакция** | | | | | | **Подпись** | |
| **Общая (Т)** | | | **Местная** | | |
| **Вакци-нация** | | **I** |  | | |  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |  | | |  | |
| **II** |  | | |  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |  | | |  | |
| **III** |  | | |  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |  | | |  | |
| **Ревакци-нация** | | **I** |  | | |  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |  | | |  | |
| **II** |  | | |  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |  | | |  | |
| **III** |  | | |  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |  | | |  | |
| **IV** |  | | |  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |  | | |  | |
| **V** |  | | |  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |  | | |  | |
|  | | |  | |  | | | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | |  | |
| **6** | **Прививки против паротита** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Вид**  **иммунизации** | | | | **Дата** | | | **Возраст** | | | | | **Серия** | | | | | **Доза** | | | | **Реакция** | | | | | | | | | **Подпись** | |
| **Общая (Т)** | | | | **Местная** | | | | |
| **Вакцинация** | | | |  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | |
| **Ревакцинация** | | | |  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | |  | |  | | | | | |  | |  | |
| **\*Препарат обозначить буквами: АКДС – адсорбированная, коклюшно – дифтерийно – столбнячная вакцина, АДС – адсорбированный дифтерийно – столбнячный анатоксин, АДС – М – анатоксин – адсорбированный дифтерийно – столбнячный анатоксин с уменьшенным содержанием антигенов, АД – адсорбированный дифтерийный анатоксин, АС – адсорбированный столбнячный анатоксин, К – коклюшная вакцина** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **7** | **Прививки против кори** | | | | | | | | |
| **Вид иммунизации** | | | **Дата** | **Возраст** | **Серия** | **Доза** | **Реакция** | | **Подпись** |
| **Общая (Т)** | **Местная** |
| **Вакцинация** | | |  |  |  |  |  |  |  |
| **Ревакцинация** | | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** | **Прививки против гепатита «В»** | | | | | | | | |
| **Вид иммунизации** | | | **Дата** | **Возраст** | **Серия** | **Доза** | **Реакция** | | **Подпись** |
| **Общая** | **Местная** |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |
| **9** | **Прививки против краснухи** | | | | | | | | |
| **Вид иммунизации** | | | **Дата** | **Возраст** | **Серия** | **Доза** | **Реакция** | | **Подпись** |
| **Общая** | **Местная** |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |  |
| **10** | **Введение гаммаглобулина (по показаниям)** | | | | | | | | |
| **Дата** | | **Причина** | | | | **Серия** | **Доза** | **Реакция** | **Подпись** |
|  | |  | | | |  |  |  |  |
|  | |  | | | |  |  |  |  |
|  | |  | | | |  |  |  |  |
|  | |  | | | |  |  |  |  |
|  | |  | | | |  |  |  |  |
|  | |  | | | |  |  |  |  |
|  | |  | | | |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **11** | **Прочие прививки** | | | | | | |
| **Название** | |  |  |  |  |  |  |
| **Дата** | |  |  |  |  |  |  |
| **Возраст** | |  |  |  |  |  |  |
| **Серия** | |  |  |  |  |  |  |
| **Доза** | |  |  |  |  |  |  |
| **Способ введения** | |  |  |  |  |  |  |
| **Реакция** | |  |  |  |  |  |  |
| **Подпись** | |  |  |  |  |  |  |
|  |  | | | | | | |
| **Отводы от прививок** | | | | | | | |
| **Название прививки** | | **Дата** | **Причина** | | | **Срок отвода** | **Подпись** |
|  | |  |  | | |  |  |
|  | |  |  | | |  |  |
|  | |  |  | | |  |  |
|  | |  |  | | |  |  |
|  | |  |  | | |  |  |
|  | |  |  | | |  |  |
|  | |  |  | | |  |  |
|  | |  |  | | |  |  |
|  | |  |  | | |  |  |
|  | |  |  | | |  |  |
|  | |  |  | | |  |  |
|  | |  |  | | |  |  |
|  | |  |  | | |  |  |
|  | |  |  | | |  |  |
|  | |  |  | | |  |  |
|  | |  |  | | |  |  |
|  | |  |  | | |  |  |
|  | |  |  | | |  |  |

## форма № 030/у

Приложение № 5

к приказу Минздрава России

от 15 декабря 2014 г. № 834н

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование медицинской организации | | Код формы по ОКУД |  | |
|  | | Код организации по ОКПО | |  |
|  | | Медицинская документация | | |
| Адрес |  | Учетная форма № 030/у | | |

**КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА**

|  |  |
| --- | --- |
| **ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ №** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Диагноз заболевания, по поводу которого пациент подлежит диспансерному наблюдению: | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | код по МКБ-10 | |  |
| 2. Дата заполнения карты: число | | |  | месяц |  | | | год | |  |
| 3. Специальность врача |  | | | | | 4. ФИО врача | | |  | | | | | |
| 5. Дата установления диагноза | |  | | | | | 6. Диагноз установлен: впервые — 1, повторно — 2. | | | | | | | |

7. Заболевание выявлено при: обращении за лечением — 1, профилактическом осмотре — 2.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 8. Дата начала диспансерного наблюдения |  | 9. Дата прекращения диспансерного наблюдения |  |

10. Причины прекращения диспансерного наблюдения: выздоровление — 1, выбытие из района обслуживания — 2, смерть — 3.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 11. Фамилия, имя, отчество пациента | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12. Пол: муж. — 1, жен. — 2 13. Дата рождения: число | | | | | | | | | | |  | месяц | |  | | | | год | |  |
| 14. Место регистрации: субъект Российской Федерации | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| район |  | | | город | |  | | | | | | | населенный пункт | | | |  | | | | |
| улица | |  | | | | | | дом | |  | | квартира | | |  | тел. | | |  | | |
| 15. Код категории льготы | | |  | | | |

16. Контроль посещений:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Даты посещений | | | | | | | |
| Назначено явиться |  |  |  |  |  |  |  |
| Явился(лась) |  |  |  |  |  |  |  |

оборотная сторона ф. № 030/у

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Даты посещений | | | | | | | |
| Назначено явиться |  |  |  |  |  |  |  |
| Явился(лась) |  |  |  |  |  |  |  |

17. Сведения об изменении диагноза

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Формулировка диагноза | Код по МКБ-10 | ФИО врача |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 18. Сопутствующие заболевания |  |
|  | |

19. Лечебно-профилактические мероприятия

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Мероприятия | Дата  начала | Дата  окончания | Отметка  о выполнении | ФИО врача |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

## форма № 030-Д/с/у-13

Приложение № 2

к приказу Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 15 февраля 2013 г. № 72н

Медицинская документация

Учетная форма № 030-Д/с/у-13

**Карта диспансеризации несовершеннолетнего**

1. Полное наименование стационарного учреждения

|  |  |
| --- | --- |
|  | . |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1.1. Прежнее наименование (в случае его изменения): |  | |
|  | | . |

1.2. Ведомственная принадлежность: органы здравоохранения, образования, социальной защиты, другое (нужное подчеркнуть).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1.3. Юридический адрес стационарного учреждения: |  | |
|  | | . |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2. Фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего: |  | |
|  | | . |

2.1. Пол: муж./жен. (нужное подчеркнуть)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2.2. Дата рождения: |  | . |

2.3. Категория учета ребенка, находящегося в тяжелой жизненной ситуации: ребенок-сирота; ребенок, оставшийся без попечения родителей; ребенок, находящийся в трудной жизненной ситуации, нет категории (нужное подчеркнуть).

2.4. На момент проведения диспансеризации находится в стационарном учреждении, под опекой, попечительством, передан в приемную семью, передан в патронатную семью, усыновлен (удочерена), другое (нужное подчеркнуть).

3. Полис обязательного медицинского страхования:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| серия |  | № |  | . |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Страховая медицинская организация: |  | . |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Страховой номер индивидуального лицевого счета |  | . |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 4. Дата поступления в стационарное учреждение: |  | . |

5. Причина выбытия из стационарного учреждения: опека, попечительство, усыновление (удочерение), передан в приемную семью, передан в патронатную семью, выбыл в другое стационарное учреждение, выбыл по возрасту, смерть, другое (нужное подчеркнуть).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 5.1. Дата выбытия: |  | . |

6. Отсутствует на момент проведения диспансеризации:

|  |  |
| --- | --- |
|  | (указать причину). |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 7. Адрес места жительства: |  | |
|  | | . |

8. Полное наименование медицинской организации, выбранной несовершеннолетним (его родителем или иным законным представителем) для получения первичной медико-санитарной

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| помощи: |  | |
|  | | . |

9. Юридический адрес медицинской организации, выбранной несовершеннолетним (его родителем или иным законным представителем) для получения первичной медико-санитарной

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| помощи: |  | |
|  | | . |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 10. Дата начала диспансеризации: |  | . |

11. Полное наименование и юридический адрес медицинской организации, проводившей

|  |  |
| --- | --- |
| диспансеризацию: |  |

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | . |

|  |  |
| --- | --- |
| 12. Оценка физического развития с учетом возраста на момент диспансеризации: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| (число дней) |  | (месяцев) |  | лет. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 12.1. Для детей в возрасте 0—4 лет: масса (кг) |  | ; рост (см) |  | ; окружность |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| головы (см) |  | ; физическое развитие нормальное, с отклонениями (дефицит массы тела, |

избыток массы тела, низкий рост, высокий рост — нужное подчеркнуть).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 12.2. Для детей в возрасте 5—17 лет включительно: масса (кг) |  | ; рост (см) |  | ; |

нормальное, с отклонениями (дефицит массы тела, избыток массы тела, низкий рост, высокий рост — нужное подчеркнуть).

13. Оценка психического развития (состояния):

13.1. Для детей в возрасте 0—4 лет:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| познавательная функция (возраст развития) |  | ; |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| моторная функция (возраст развития) |  | ; |

эмоциональная и социальная (контакт с окружающим миром) функции (возраст развития)

|  |  |
| --- | --- |
|  | ; |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| предречевое и речевое развитие (возраст развития) |  | . |

13.2. Для детей в возрасте 5—17 лет:

13.2.1. Психомоторная сфера: (норма, отклонение) (нужное подчеркнуть).

13.2.2. Интеллект: (норма, отклонение) (нужное подчеркнуть).

13.2.3. Эмоционально-вегетативная сфера: (норма, отклонение) (нужное подчеркнуть).

14. Оценка полового развития (с 10 лет):

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 14.1. Половая формула мальчика: Р |  | Ах |  | Fa |  | . |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 14.2. Половая формула девочки: Р |  | Ах |  | Ма |  | Me |  | ; |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| характеристика менструальной функции: menarhe (лет, месяцев) |  | ; |

menses (характеристика): регулярные, нерегулярные, обильные, умеренные, скудные, болезненные и безболезненные (нужное подчеркнуть).

15. Состояние здоровья до проведения диспансеризации:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 15.1. Практически здоров |  | (код по МКБ[[1]](#footnote-1)). |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 15.2. Диагноз |  | (код по МКБ). |

15.2.1. Диспансерное наблюдение: установлено ранее, установлено впервые, не установлено (нужное подчеркнуть);

15.2.2. Лечение было назначено: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть); в муниципальных медицинских организациях, в государственных медицинских организациях субъекта Российской Федерации, в федеральных медицинских организациях, частных медицинских организациях (нужное подчеркнуть).

15.2.3. Лечение было выполнено: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть); в муниципальных медицинских организациях, в государственных медицинских организациях субъекта Российской Федерации, в федеральных медицинских организациях, частных медицинских организациях (нужное подчеркнуть).

15.2.4. Медицинская реабилитация и (или) санаторно-курортное лечение были назначены: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть); в муниципальных медицинских организациях, в государственных медицинских организациях субъекта Российской Федерации, в федеральных медицинских организациях, частных медицинских организациях, санаторно-курортных организациях (нужное подчеркнуть).

15.2.5. Медицинская реабилитация и (или) санаторно-курортное лечение были выполнены: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть); в муниципальных медицинских организациях, в государственных медицинских организациях субъекта Российской Федерации, в федеральных медицинских организациях, частных медицинских организациях, санаторно-курортных организациях (нужное подчеркнуть).

15.2.6. Высокотехнологичная медицинская помощь была рекомендована: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: оказана, не оказана (нужное подчеркнуть).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 15.3. Диагноз |  | (код по МКБ). |

15.3.1. Диспансерное наблюдение: установлено ранее, установлено впервые, не установлено (нужное подчеркнуть);

15.3.2. Лечение было назначено: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть); в муниципальных медицинских организациях, в государственных медицинских организациях субъекта Российской Федерации, в федеральных медицинских организациях, частных медицинских организациях (нужное подчеркнуть).

15.3.3. Лечение было выполнено: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть); в муниципальных медицинских организациях, в государственных медицинских организациях субъекта Российской Федерации, в федеральных медицинских организациях, частных медицинских организациях (нужное подчеркнуть).

15.3.4. Медицинская реабилитация и (или) санаторно-курортное лечение были назначены: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть); в муниципальных медицинских организациях, в государственных медицинских организациях субъекта Российской Федерации, в федеральных медицинских организациях, частных медицинских организациях, санаторно-курортных организациях (нужное подчеркнуть).

15.3.5. Медицинская реабилитация и (или) санаторно-курортное лечение были выполнены: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть); в муниципальных медицинских организациях, в государственных медицинских организациях субъекта Российской Федерации, в федеральных медицинских организациях, частных медицинских организациях, санаторно-курортных организациях (нужное подчеркнуть).

15.3.6. Высокотехнологичная медицинская помощь была рекомендована: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: оказана, не оказана (нужное подчеркнуть).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 15.4. Диагноз |  | (код по МКБ). |

15.4.1. Диспансерное наблюдение: установлено ранее, установлено впервые, не установлено (нужное подчеркнуть);

15.4.2. Лечение было назначено: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть); в муниципальных медицинских организациях, в государственных медицинских организациях субъекта Российской Федерации, в федеральных медицинских организациях, частных медицинских организациях (нужное подчеркнуть).

15.4.3. Лечение было выполнено: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть); в муниципальных медицинских организациях, в государственных медицинских организациях субъекта Российской Федерации, в федеральных медицинских организациях, частных медицинских организациях (нужное подчеркнуть).

15.4.4. Медицинская реабилитация и (или) санаторно-курортное лечение были назначены: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть); в муниципальных медицинских организациях, в государственных медицинских организациях субъекта Российской Федерации, в федеральных медицинских организациях, частных медицинских организациях, санаторно-курортных организациях (нужное подчеркнуть).

15.4.5. Медицинская реабилитация и (или) санаторно-курортное лечение были выполнены: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть); в муниципальных медицинских организациях, в государственных медицинских организациях субъекта Российской Федерации, в федеральных медицинских организациях, частных медицинских организациях, санаторно-курортных организациях (нужное подчеркнуть).

15.4.6. Высокотехнологичная медицинская помощь была рекомендована: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: оказана, не оказана (нужное подчеркнуть).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 15.5. Диагноз |  | (код по МКБ). |

15.5.1. Диспансерное наблюдение: установлено ранее, установлено впервые, не установлено (нужное подчеркнуть);

15.5.2. Лечение было назначено: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть); в муниципальных медицинских организациях, в государственных медицинских организациях субъекта Российской Федерации, в федеральных медицинских организациях, частных медицинских организациях (нужное подчеркнуть).

15.5.3. Лечение было выполнено: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть); в муниципальных медицинских организациях, в государственных медицинских организациях субъекта Российской Федерации, в федеральных медицинских организациях, частных медицинских организациях (нужное подчеркнуть).

15.5.4. Медицинская реабилитация и (или) санаторно-курортное лечение были назначены: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть); в муниципальных медицинских организациях, в государственных медицинских организациях субъекта Российской Федерации, в федеральных медицинских организациях, частных медицинских организациях, санаторно-курортных организациях (нужное подчеркнуть).

15.5.5. Медицинская реабилитация и (или) санаторно-курортное лечение были выполнены: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть); в муниципальных медицинских организациях, в государственных медицинских организациях субъекта Российской Федерации, в федеральных медицинских организациях, частных медицинских организациях, санаторно-курортных организациях (нужное подчеркнуть).

15.5.6. Высокотехнологичная медицинская помощь была рекомендована: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: оказана, не оказана (нужное подчеркнуть).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 15.6. Диагноз |  | (код по МКБ). |

15.6.1. Диспансерное наблюдение: установлено ранее, установлено впервые, не установлено (нужное подчеркнуть);

15.6.2. Лечение было назначено: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть); в муниципальных медицинских организациях, в государственных медицинских организациях субъекта Российской Федерации, в федеральных медицинских организациях, частных медицинских организациях (нужное подчеркнуть).

15.6.3. Лечение было выполнено: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть); в муниципальных медицинских организациях, в государственных медицинских организациях субъекта Российской Федерации, в федеральных медицинских организациях, частных медицинских организациях (нужное подчеркнуть).

15.6.4. Медицинская реабилитация и (или) санаторно-курортное лечение были назначены: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть); в муниципальных медицинских организациях, в государственных медицинских организациях субъекта Российской Федерации, в федеральных медицинских организациях, частных медицинских организациях, санаторно-курортных организациях (нужное подчеркнуть).

15.6.5. Медицинская реабилитация и (или) санаторно-курортное лечение были выполнены: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть); в муниципальных медицинских организациях, в государственных медицинских организациях субъекта Российской Федерации, в федеральных медицинских организациях, частных медицинских организациях, санаторно-курортных организациях (нужное подчеркнуть).

15.6.6. Высокотехнологичная медицинская помощь была рекомендована: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: оказана, не оказана (нужное подчеркнуть).

15.9. Группа состояния здоровья: I, II, III, IV, V (нужное подчеркнуть).

16. Состояние здоровья по результатам проведения диспансеризации:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 16.1. Практически здоров |  | (код по МКБ). |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 16.2. Диагноз |  | (код по МКБ): |

16.2.1. Диагноз установлен впервые: да, нет (нужное подчеркнуть).

16.2.2. Диспансерное наблюдение: установлено ранее, установлено впервые, не установлено (нужное подчеркнуть);

16.2.3. Дополнительные консультации и исследования назначены: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть); в муниципальных медицинских организациях, в государственных медицинских организациях субъекта Российской Федерации, в федеральных медицинских организациях, частных медицинских организациях (нужное подчеркнуть).

16.2.4. Дополнительные консультации и исследования выполнены: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть); в муниципальных медицинских организациях, в государственных медицинских организациях субъекта Российской Федерации, в федеральных медицинских организациях, частных медицинских организациях (нужное подчеркнуть).

16.2.5. Лечение назначено: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть); в муниципальных медицинских организациях, в государственных медицинских организациях субъекта Российской Федерации, в федеральных медицинских организациях, частных медицинских организациях (нужное подчеркнуть).

16.2.6. Медицинская реабилитация и (или) санаторно-курортное лечение назначены: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть); в муниципальных медицинских организациях, в государственных медицинских организациях субъекта Российской Федерации, в федеральных медицинских организациях, частных медицинских организациях, санаторно-курортных организациях (нужное подчеркнуть).

16.2.7. Высокотехнологичная медицинская помощь рекомендована: да, нет (нужное подчеркнуть).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 16.3. Диагноз |  | (код по МКБ): |

16.3.1. Диагноз установлен впервые: да, нет (нужное подчеркнуть).

16.3.2. Диспансерное наблюдение: установлено ранее, установлено впервые, не установлено (нужное подчеркнуть);

16.3.3. Дополнительные консультации и исследования назначены: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть); в муниципальных медицинских организациях, в государственных медицинских организациях субъекта Российской Федерации, в федеральных медицинских организациях, частных медицинских организациях (нужное подчеркнуть).

16.3.4. Дополнительные консультации и исследования выполнены: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть); в муниципальных медицинских организациях, в государственных медицинских организациях субъекта Российской Федерации, в федеральных медицинских организациях, частных медицинских организациях (нужное подчеркнуть).

16.3.5. Лечение назначено: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть); в муниципальных медицинских организациях, в государственных медицинских организациях субъекта Российской Федерации, в федеральных медицинских организациях, частных медицинских организациях (нужное подчеркнуть).

16.3.6. Медицинская реабилитация и (или) санаторно-курортное лечение назначены: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть); в муниципальных медицинских организациях, в государственных медицинских организациях субъекта Российской Федерации, в федеральных медицинских организациях, частных медицинских организациях, санаторно-курортных организациях (нужное подчеркнуть).

16.3.7. Высокотехнологичная медицинская помощь рекомендована: да, нет (нужное подчеркнуть).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 16.4. Диагноз |  | (код по МКБ): |

16.4.1. Диагноз установлен впервые: да, нет (нужное подчеркнуть).

16.4.2. Диспансерное наблюдение: установлено ранее, установлено впервые, не установлено (нужное подчеркнуть);

16.4.3. Дополнительные консультации и исследования назначены: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть); в муниципальных медицинских организациях, в государственных медицинских организациях субъекта Российской Федерации, в федеральных медицинских организациях, частных медицинских организациях (нужное подчеркнуть).

16.4.4. Дополнительные консультации и исследования выполнены: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть); в муниципальных медицинских организациях, в государственных медицинских организациях субъекта Российской Федерации, в федеральных медицинских организациях, частных медицинских организациях (нужное подчеркнуть).

16.4.5. Лечение назначено: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть); в муниципальных медицинских организациях, в государственных медицинских организациях субъекта Российской Федерации, в федеральных медицинских организациях, частных медицинских организациях (нужное подчеркнуть).

16.4.6. Медицинская реабилитация и (или) санаторно-курортное лечение назначены: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть); в муниципальных медицинских организациях, в государственных медицинских организациях субъекта Российской Федерации, в федеральных медицинских организациях, частных медицинских организациях, санаторно-курортных организациях (нужное подчеркнуть).

16.4.7. Высокотехнологичная медицинская помощь рекомендована: да, нет (нужное подчеркнуть).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 16.5. Диагноз |  | (код по МКБ): |

16.5.1. Диагноз установлен впервые: да, нет (нужное подчеркнуть).

16.5.2. Диспансерное наблюдение: установлено ранее, установлено впервые, не установлено (нужное подчеркнуть);

16.5.3. Дополнительные консультации и исследования назначены: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть); в муниципальных медицинских организациях, в государственных медицинских организациях субъекта Российской Федерации, в федеральных медицинских организациях, частных медицинских организациях (нужное подчеркнуть).

16.5.4. Дополнительные консультации и исследования выполнены: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть); в муниципальных медицинских организациях, в государственных медицинских организациях субъекта Российской Федерации, в федеральных медицинских организациях, частных медицинских организациях (нужное подчеркнуть).

16.5.5. Лечение назначено: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть); в муниципальных медицинских организациях, в государственных медицинских организациях субъекта Российской Федерации, в федеральных медицинских организациях, частных медицинских организациях (нужное подчеркнуть).

16.5.6. Медицинская реабилитация и (или) санаторно-курортное лечение назначены: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть); в муниципальных медицинских организациях, в государственных медицинских организациях субъекта Российской Федерации, в федеральных медицинских организациях, частных медицинских организациях, санаторно-курортных организациях (нужное подчеркнуть).

16.5.7. Высокотехнологичная медицинская помощь рекомендована: да, нет (нужное подчеркнуть).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 16.6. Диагноз |  | (код по МКБ): |

16.6.1. Диагноз установлен впервые: да, нет (нужное подчеркнуть).

16.6.2. Диспансерное наблюдение: установлено ранее, установлено впервые, не установлено (нужное подчеркнуть);

16.6.3. Дополнительные консультации и исследования назначены: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть); в муниципальных медицинских организациях, в государственных медицинских организациях субъекта Российской Федерации, в федеральных медицинских организациях, частных медицинских организациях (нужное подчеркнуть).

16.6.4. Дополнительные консультации и исследования выполнены: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть); в муниципальных медицинских организациях, в государственных медицинских организациях субъекта Российской Федерации, в федеральных медицинских организациях, частных медицинских организациях (нужное подчеркнуть).

16.6.5. Лечение назначено: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть); в муниципальных медицинских организациях, в государственных медицинских организациях субъекта Российской Федерации, в федеральных медицинских организациях, частных медицинских организациях (нужное подчеркнуть).

16.6.6. Медицинская реабилитация и (или) санаторно-курортное лечение назначены: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»: в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях (нужное подчеркнуть); в муниципальных медицинских организациях, в государственных медицинских организациях субъекта Российской Федерации, в федеральных медицинских организациях, частных медицинских организациях, санаторно-курортных организациях (нужное подчеркнуть).

16.6.7. Высокотехнологичная медицинская помощь рекомендована: да, нет (нужное подчеркнуть).

16.7. Инвалидность: да, нет (нужное подчеркнуть); если «да»:

|  |  |
| --- | --- |
| с рождения, приобретенная (нужное подчеркнуть); установлена впервые (дата) |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ; дата последнего освидетельствования |  | . |

16.7.1. Заболевания, обусловившие возникновение инвалидности:

(некоторые инфекционные и паразитарные, из них: туберкулез, сифилис, ВИЧ-инфекция; новообразования; болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм; болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, из них: сахарный диабет; психические расстройства и расстройства поведения, в том числе умственная отсталость; болезни нервной системы, из них: церебральный паралич, другие паралитические синдромы; болезни глаза и его придаточного аппарата; болезни уха и сосцевидного отростка; болезни системы кровообращения; болезни органов дыхания, из них: астма, астматический статус; болезни органов пищеварения; болезни кожи и подкожной клетчатки; болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани; болезни мочеполовой системы; отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде; врожденные аномалии, из них: аномалии нервной системы, аномалии системы кровообращения, аномалии опорно-двигательного аппарата; последствия травм, отравлений и других воздействий внешних причин) (нужное подчеркнуть).

16.7.2. Виды нарушений в состоянии здоровья:

умственные; другие психологические; языковые и речевые; слуховые и вестибулярные; зрительные; висцеральные и метаболические расстройства питания; двигательные; уродующие; общие и генерализованные (нужное подчеркнуть).

16.7.3. Индивидуальная программа реабилитации ребенка инвалида:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| дата назначения: |  | ; |

выполнение на момент диспансеризации: полностью, частично, начато, не выполнена (нужное подчеркнуть).

16.8. Группа состояния здоровья: I, II, III, IV, V (нужное подчеркнуть).

16.9. Проведение профилактических прививок:

привит по возрасту[[2]](#footnote-2); не привит по медицинским показаниям: полностью, частично; не привит по другим причинам: полностью, частично; нуждается в проведении вакцинации (ревакцина-

|  |  |
| --- | --- |
| ции) с указанием наименования прививки (нужное подчеркнуть): |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | . |

16.10. Рекомендации по формированию здорового образа жизни, режиму дня, питанию, фи-

|  |  |
| --- | --- |
| зическому развитию, иммунопрофилактике, занятиям физической культурой: |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | . |

16.11. Рекомендации по диспансерному наблюдению, лечению, медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению с указанием диагноза (код по МКБ), вида медицинской органи-

|  |  |
| --- | --- |
| зации и специальности (должности) врача: |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | . |

17. Перечень и даты проведения осмотров врачами-специалистами:

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | . |

18. Перечень, даты и результаты проведения исследований:

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | . |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Врач |  |  |  |
|  | (подпись) |  | (фамилия и инициалы) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Руководитель медицинской организации |  |  |  |
|  | (подпись) |  | (фамилия и инициалы) |

Дата заполнения «\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_г. М. П.

Примечание:

Все пункты Карты диспансеризации несовершеннолетнего (далее — карта) заполняются разборчиво, при отсутствии данных ставится прочерк. Исправления не допускаются. Карта подписывается врачом, ответственным за проведение диспансеризации, руководителем медицинской организации и заверяется печатью медицинской организации.

Областное государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение

«Томский базовый медицинский колледж»

## АТТЕСТАЦИОННЫЙ ЛИСТ

**по итогам прохождения производственной практики**

ПМ.04 Профилактическая деятельность

Специальность 31.02.01 Лечебное дело

ФИО студента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Группа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В ходе производственной практики **выполнены следующие виды работ** (направленные на формирование профессиональных компетенций (ПК)):

1. Планирование и проведение доврачебных профилактических осмотров в поликлинике, детском учреждении, по месту учебы и работы населения с целью раннего выявления хронических заболеваний и факторов риска их развития в рамках диспансеризации (ПК.4.1, ПК.4.4).
2. Освоение методик профилактического консультирования населения по коррекции выявленных факторов риска здоровья, вопросам предупреждения развития хронических неинфекционных и инфекционных заболеваний, здоровому образу жизни (ПК.4.3, ПК.4.6, ПК.4.7, ПК.4.8).
3. Проведение профилактических и противоэпидемических мероприятий при инфекционных заболеваниях, планирование вакцинопрофилактики инфекционных заболеваний (ПК.4.2, ПК.4.5).
4. Заполнение форм учета и отчетности на бумажном и электронном носителе в установленном порядке (ПК.4.9).

**Отделение профилактики или участок поликлиники, обслуживающей взрослое население**

Место проведения практики, наименование, юридический адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Сроки проведения практики с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Профессиональные компетенции, осваиваемые в ходе практики:**

ПК 4.1. Организовывать диспансеризацию населения и участвовать в её проведении.

*освоена: «в полном объеме», «не в полном объеме», «не освоена»*

ПК 4.2. Проводить санитарно-противоэпидемические мероприятия на закрепленном участке.

*освоена: «в полном объеме», «не в полном объеме», «не освоена»*

ПК 4.3. Проводить санитарно-гигиеническое просвещение населения.

*освоена: «в полном объеме», «не в полном объеме», «не освоена»*

ПК 4.4. Проводить диагностику групп здоровья.

*освоена: «в полном объеме», «не в полном объеме», «не освоена»*

ПК 4.5. Проводить иммунопрофилактику.

*освоена: «в полном объеме», «не в полном объеме», «не освоена»*

ПК 4.6. Проводить мероприятия по сохранению и укреплению здоровья различных возрастных групп населения.

*освоена: «в полном объеме», «не в полном объеме», «не освоена»*

ПК 4.7. Организовывать здоровьесберегающую среду.

*освоена: «в полном объеме», «не в полном объеме», «не освоена»*

ПК 4.8. Организовывать и проводить Школу здоровья для пациентов и их окружения.

*освоена: «в полном объеме», «не в полном объеме», «не освоена»*

ПК 4.9. Оформлять медицинскую документацию.

*освоена: «в полном объеме», «не в полном объеме», «не освоена»*

*Уровень освоения ПК подчеркнуть*

Ф.И.О. и подпись руководителя практики от организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. и подпись руководителя практики от колледжа руководителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ М.П.

**Педиатрический участок или дошкольно - школьное отделение детской поликлиники**

Место проведения практики, наименование, юридический адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Сроки проведения практики с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Профессиональные компетенции, осваиваемые в ходе практики:**

ПК 4.1. Организовывать диспансеризацию населения и участвовать в её проведении.

*освоена: «в полном объеме», «не в полном объеме», «не освоена»*

ПК 4.2. Проводить санитарно-противоэпидемические мероприятия на закрепленном участке.

*освоена: «в полном объеме», «не в полном объеме», «не освоена»*

ПК 4.3. Проводить санитарно-гигиеническое просвещение населения.

*освоена: «в полном объеме», «не в полном объеме», «не освоена»*

ПК 4.4. Проводить диагностику групп здоровья.

*освоена: «в полном объеме», «не в полном объеме», «не освоена»*

ПК 4.5. Проводить иммунопрофилактику.

*освоена: «в полном объеме», «не в полном объеме», «не освоена»*

ПК 4.6. Проводить мероприятия по сохранению и укреплению здоровья различных возрастных групп населения.

*освоена: «в полном объеме», «не в полном объеме», «не освоена»*

ПК 4.7. Организовывать здоровьесберегающую среду.

*освоена: «в полном объеме», «не в полном объеме», «не освоена»*

ПК 4.8. Организовывать и проводить Школу здоровья для пациентов и их окружения.

*освоена: «в полном объеме», «не в полном объеме», «не освоена»*

ПК 4.9. Оформлять медицинскую документацию.

*освоена: «в полном объеме», «не в полном объеме», «не освоена»*

*Уровень освоения ПК подчеркнуть*

Ф.И.О. и подпись руководителя практики от организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. и подпись руководителя практики от колледжа руководителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ М.П.

Областное государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение

«Томский базовый медицинский колледж»

## Отзыв

**о прохождении производственной** **практики**

ПМ.04 Профилактическая деятельность

Специальность 31.02.01 Лечебное дело

|  |
| --- |
| ФИО студента |
| Группа |
| **Отделение профилактики или участок поликлиники, обслуживающей взрослое население**  Место проведения практики, наименование, юридический адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Сроки проведения практики с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **За период прохождения производственной практики студент:** |
|  |
| продемонстрировал / не продемонстрировал приобретенные знания и умения,  приобрел / не приобрел *(подчеркнуть)* практический опыт определения групп риска развития различных заболеваний;  приобрел / не приобрел *(подчеркнуть)* практический опыт формирования диспансерных групп;  приобрел / не приобрел *(подчеркнуть)* практический опыт проведения специфической и неспецифической профилактики;  приобрел / не приобрел *(подчеркнуть)* практический опыт организации работы школ здоровья, проведения занятий для пациентов с различными заболеваниями;  приобрел / не приобрел *(подчеркнуть)* практический опыт проведения санитарно-гигиенического просвещения населения. |
| **Общие компетенции, формирующиеся в ходе производственной практики:**  ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес (сформированы / не сформированы)  ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их выполнение и качество (сформированы / не сформированы)  ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность (сформированы / не сформированы)  ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития (сформированы / не сформированы)  ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности (сформированы / не сформированы)  ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями (сформированы / не сформированы)  ОК 7. Брать на себя ответственность за работу членов команды (подчиненных), за результат выполнения заданий (сформированы / не сформированы)  ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение квалификации (сформированы / не сформированы)  ОК 9. Ориентироваться в условиях смены технологий в профессиональной деятельности (сформированы / не сформированы)  ОК 10. Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия (сформированы / не сформированы)  ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку (сформированы / не сформированы)  ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности (сформированы / не сформированы)  ОК 13. Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей (сформированы / не сформированы)  *(подчеркнуть)*  **Профессиональные и общие компетенции сформированы / не сформированы**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| Цели и задачи практики - «достигнуты», «достигнуты не в полном объёме» |
| *(подчеркнуть)* |

Рекомендуемая оценка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руководитель практики от организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О., подпись)

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ М.П.

**Педиатрический участок или дошкольно - школьное отделение детской поликлиники**

Место проведения практики, наименование, юридический адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Сроки проведения практики с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**За период прохождения производственной практики студент:**

продемонстрировал / не продемонстрировал приобретенные знания и умения,

приобрел / не приобрел *(подчеркнуть)* практический опыт определения групп риска развития различных заболеваний;

приобрел / не приобрел *(подчеркнуть)* практический опыт формирования диспансерных групп;

приобрел / не приобрел *(подчеркнуть)* практический опыт проведения специфической и неспецифической профилактики;

приобрел / не приобрел *(подчеркнуть)* практический опыт организации работы школ здоровья, проведения занятий для пациентов с различными заболеваниями;

приобрел / не приобрел *(подчеркнуть)* практический опыт проведения санитарно-гигиенического просвещения населения.

|  |
| --- |
| **Общие компетенции, формирующиеся в ходе производственной практики:**  ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес (сформированы / не сформированы)  ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их выполнение и качество (сформированы / не сформированы)  ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность (сформированы / не сформированы)  ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития (сформированы / не сформированы)  ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности (сформированы / не сформированы)  ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями (сформированы / не сформированы)  ОК 7. Брать на себя ответственность за работу членов команды (подчиненных), за результат выполнения заданий (сформированы / не сформированы)  ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение квалификации (сформированы / не сформированы)  ОК 9. Ориентироваться в условиях смены технологий в профессиональной деятельности (сформированы / не сформированы)  ОК 10. Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия (сформированы / не сформированы)  ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку (сформированы / не сформированы)  ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности (сформированы / не сформированы)  ОК 13. Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей (сформированы / не сформированы)  *(подчеркнуть)*  **Профессиональные и общие компетенции сформированы / не сформированы**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| Цели и задачи практики - «достигнуты», «достигнуты не в полном объёме» |
| *(подчеркнуть)* |

Рекомендуемая оценка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руководитель практики от организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О., подпись)

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ М.П.

1. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. [↑](#footnote-ref-1)
2. В соответствии с национальным календарем профилактических прививок, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 31.01.2011 № 51н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям» (в соответствии с письмом Министерства юстиции Российской Федерации от 17.02.2011 № 01/8577-ДК в государственной регистрации не нуждается). [↑](#footnote-ref-2)