**ИНСТРУКЦИЯ ПО ПРОХОЖДЕНИЮ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ**

ПМ.02 Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах

МДК.02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях

**Раздел. Сестринский уход в терапии**

Специальность 34.02.01 Сестринское дело

 Очно-заочная форма обучения

**Уважаемые студенты!**

Производственная практика проводится в течение 6-ти недель (216 ч).

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, сестринскую карту.

Целью прохождения практики являются приобретение практического опыта, формирование у студента общих и профессиональных компетенций.

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 сестринского ухода за пациентом, готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам, консультировать пациента и его окружение по применению лекарственных средств, осуществлять фармакотерапию по назначению врача, вести утвержденную медицинскую и учебную документации, проводить мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациента.

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

1. Дневник по производственной практике.

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:

1. время и место практики (пост, процедурный кабинет, приемное отделение)
2. объем выполненной работы (коротко): название и количество проведенных манипуляций, инвазивных вмешательств и других врачебных назначений, консультаций пациентов по подготовке к лечебно-диагностическим вмешательствам, консультаций и обучений пациентов в соответствие с врачебными назначениями, использование медицинской аппаратуры и оборудования, указать заполненные медицинские формы
3. посещение пациента, взятого на курацию, по которому заполняется сестринская карта
4. один препарат, который применяется на данном этапе практики (по схеме - название препарата, фармакологическая группа, показания к назначению, формы выпуска, особенности введения, побочные действия), препараты не должны повторяться

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. Сестринскую карту на одного пациента, курируемого в течение производственной практики.

В начале практики студенту необходимо взять одного вновь поступившего пациента, которого он будет наблюдать ежедневно и заполнять сестринскую карту с динамическим листом наблюдения за этим пациентом.

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

**Защита производственной практики проходит в три этапа:**

В последний день практики студент сдает дифференцированный зачет руководителю практики от колледжа в учебном кабинете ОГБПОУ «ТБМК» «Сестринское дело», который осуществляется в три этапа.

1. Прием заверенной отчетной документации:
* аттестационный лист
* отзыв о прохождении практики
* лист учёта выполненных работ (цифровой отчет)
* дневник по практике
1. Защита сестринской карты
2. Выполнение манипуляции по билету

По итогам сдачи дифференцированного зачета выставляется оценка в зачетную книжку.

Областное государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение

«Томский базовый медицинский колледж»

**ДНЕВНИК**

**производственной практики**

ПМ.02 Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах

МДК.02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях

**Раздел. Сестринский уход в терапии**

Специальность 34.02.01 Сестринское дело

Очно-заочная форма обучения

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

20\_\_\_ г.

**ГРАФИК ПРОХОЖДЕНИЯ ПРАКТИКИ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Даты прохождения практики | Количество  | Место практики  | Руководитель практики от организации (ФИО, должность) |
| начало | окончание | недель | часов |
|  |  |  |  |  |  |

**ИНСТРУКТАЖ ПО ТЕХНИКЕ БЕЗОПАСНОСТИ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата  | Провел  | Прослушал студент |
| Ф.И.О. | должность | подпись | Ф.И.О. | подпись |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**ЗАМЕЧАНИЯ РУКОВОДИТЕЛЯ ПРАКТИКИ**

**ОТ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата  | Замечания  | Подпись  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата Время  | Содержание и объём выполненных работ | ОценкаПодпись  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Образец оформления дневника по практике**

Вторая страница

**ГРАФИК ПРОХОЖДЕНИЯ ПРАКТИКИ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Даты прохождения практики | Количество  | Место практики  | Руководитель практики от организации (ФИО, должность) |
| начало | окончание | недель | часов |
| *14.01.19г.* | *23.02.19г.* | *6* | *216* | *ОГАУЗ «Томская* *областная* *клиническая* *больница»* | *Гл. м/с ОГАУЗ «ТОКБ»* *Н.А. Юдина*  |

**ИНСТРУКТАЖ ПО ТЕХНИКЕ БЕЗОПАСНОСТИ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Провел | Прослушал студент |
| Ф.И.О. | должность | подпись | Ф.И.О. | подпись |
| *14.01.19 г.* | *Н.А. Юдина*  | *Гл. м/с ОГАУЗ «ТОКБ»* | = // = | *И.И. Иванов* | = // = |

Третья страница

**ЗАМЕЧАНИЯ РУКОВОДИТЕЛЯ ПРАКТИКИ**

**ОТ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Дата**  | **Замечания**  | **Подпись**  |
| *14.01.19 г.* | *Руководитель пишет свои замечания, свои рекомендации, пожелания, положительные моменты* | *= // =* |

Расчерчивается на всю страницуЧетвертая страница

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Дата Время**  | **Содержание и объём выполненных работ** | **Оценка****Подпись**  |
| *14.01.19г.*8.00-14.00 | Производственная практика проходит на базе ОГАУЗ «ТОКБ», в пульмонологическом отделении. ОГАУЗ «ТОКБ» включает в себя консультативно-диагностическую поликлинику, стационар на 1025 коек, в состав которого входит 25 специализированных отделений (отделение кардиологии, пульмонологии, неврологии, нефрологии, эндокринологии и др.), отделение экстренной и консультативной медицинской помощи (санавиация), пансионат. Структура отделения пульмонологии: пост медицинской сестры, процедурный кабинет, 15 палат, кабинет старшей медицинской сестры, сестринская, кабинет заведующего отделением, ординаторская, подсобные помещения………….…. *(описывается структура отделения)* ***(описываются только в первый день производственной практики)*****Работа на посту:** 1.Выполняла манипуляции: - перемещение тяжелобольного в постели – 2- измерение АД - 5- подсчет пульса - 5- подсчет ЧДД - 5- измерение температуры тела – 7..…........ *(указать какие манипуляции выполнялись и их количество*)2. Осуществляла подготовку пациентов к лабораторным и инструментальным методам исследования: - бронхоскопия (объясняла как правильно подготовиться к исследованию) – 1- забор мокроты на ВК (объясняла как правильно собрать мокроту) – 2 ……..*(указать к каким методам исследований проводилась подготовка, суть подготовки и количество).* 3.Заполняла медицинскую документацию: - Ф № 004/у – 5………*…. (перечислить заполненные медицинские формы и их количество).* 4. Взяла на курацию вновь поступившего пациента (врачебный диагноз: Бронхиальная астма), провела сестринскую оценку состояния пациента, выявила проблемы пациента, сделала запись в сестринской карте – 1*…………………......(ежедневно описать, какие виды работ выполнялись)*5. Обучала пациента правильному использованию пикфлуометра и ведения дневника пикфлоуметрии - 1.6. Консультировала пациента по правильному применению препарата Амброксол, назначенного врачом -1.***Кларитин (лоратадин)*** – противоаллергический препарат, блокатор гистаминовых Н1-рецепторов. Показания — сезонный и круглогодичный аллергические ринит, конъюнктивит; хр. идиопатическая крапивница; кожные заболевания аллергического происхождения.Формы выпуска - таблетки 10 мг, сироп 60 мл Препарат назначают внутрь, независимо от приема пищи по 1 таблетке 1 раз в день. Побочные дейтвия - головная боль, сонливость, бессонница, повышение аппетита, головокружение, сухость во рту, тошнота, сыпь, анафилаксия.*(описать одно лекарственное средство по схеме)* |  |
| *17.01.19г*8.00-14.00 | **Работа в приемном отделении:** Структура приемного отделения: зал ожидания, регистратура, смотровые кабинеты …………….... *(описывается структура приемного отделения)* 1.Выполняла манипуляции: - проведение внутривенной инъекции – 3- забор крови из вены на биохимический анализ - 2- измерение АД - 8- подсчет пульса - 8- подсчет ЧДД - 5- измерение температуры тела - 11- проведение антропометрии (измерение роста и веса) – 3- определение уровеня глюкозы в крови с помощью глюкометра – 1 ………….…... *(указать какие манипуляции выполнялись и их количество*)2.Заполняла медицинскую документацию: - Ф № 001/у – 4………*…. (перечислить заполненные медицинские формы и их количество).* 3. Посетила своего курируемого пациента в пульмонологическом отделении: провела осмотр, подсчет ЧДД, пульса и измерение АД, обучила правилам использования пикфлуометра и ведению дневника пикфлуометрии, заполнила динамический лист наблюдения в сестринской карте – 1.***Физиотенз (моксонидин)*** – гипотензивное средство. Показания — артериальная гипертензия. Форма выпуска - таблетки 0,2 мг, 0,3 мг, 0,4 мг.Препарат назначают внутрь, независимо от приема пищи по 1 таблетке 1-2 раза в сутки. Отмена приема препарата Физиотенз проводится постепенно.Во время лечения необходим регулярный контроль АД, ЧСС, ЭКГ. Побочные действия - головная боль, сонливость, бессонница, головокружение, чрезмерное снижение АД, ортостатическая гипотензия, сухость во рту, тошнота, сыпь, ангионевротический отек. *(описать одно лекарственное средство по схеме)* |  |
| *18.01.19г*8.00-14.00 | **Работа процедурном кабинете:** Оснащение процедурного кабинета включает в себя шкаф для инструментов и медикаментов, шкаф с набором средств для оказания неотложной медицинской помощи (противошоковый набор), рабочий стол для подготовки инъекций ………………. *(описывается оснащение процедурного кабинета).* ***(описываются только в первый день работы в процедурном кабинете)***1.Выполняла манипуляции: - забор крови из вены на биохимический анализ - 7*-* постановка внутримышечной инъекции - 15- измерение АД – 1…..…... *(указать какие манипуляции выполнялись и их количество*)2.Заполняла медицинскую документацию: - журнал учета взятия крови на биохимический анализ – 2*…………………………….. (перечислить заполненные медицинские формы и их количество).* 3. Посетила своего курируемого пациента: провела осмотр, подсчет ЧДД, пульса и измерение АД, пикфлоуметрию, обучила правилам использования небулайзера, заполнила динамический лист наблюдения в сестринской карте – 1.***Цифран (ципрофлоксацин)*** – бактерицидный антибактериальный препарат широкого спектра действия, группа фторхинолоны. Форма выпуска – таблетки 250 мг, 500 мгПоказания — инфекции дыхательных путей, ЛОР-органов, почек и мочевыводящих путей, половых органов и др.Препарат назначают внутрь, натощак, запивая достаточным количеством жидкости по 1-2 таблетке (0,25-0,5 г) 2 раза в сутки, каждые 12 часов. Побочные дейтвия - головная боль, сонливость, бессонница, головокружение, депрессия, галлюцинации, тошнота, боли в животе, анарексия, зуд. *(описать одно лекарственное средство по схеме)* |  |

Областное государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение

«Томский базовый медицинский колледж»

**ЛИСТ УЧЁТА ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ**

ПМ.02 Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах

МДК.02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях **Раздел. Сестринский уход в терапии**

Специальность 34.02.01 Сестринское дело

Очно-заочная форма обучения

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Перечень медицинских услуг** | **Дата и место практики (пост, приемное отд., процедурный каб.) / кол-во манипуляций** | **Всего** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1. Консультирование и обучение пациента и его окружения в соответствие со своей профессиональной компетенцией, полномочиями и врачебными назначениями****(ПОСТ)** |
| применение карманного ингалятора  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| применение свечей  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| введение препаратов в ингаляционной форме (небулайзер)  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| создание дренажного положения |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| исследование пульса  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| подсчет ЧДД  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| измерение АД |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| измерение уровня глюкозы в крови с помощью глюкометра |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| выдача лекарственных средств для приема внутрь |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| сбор мокроты на исследование |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| осуществление подготовки пациентов к лабораторным и инструментальным методам исследования |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| консультирование пациента и его окружение по применению лекарственных средств |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Перечень медицинских услуг** | **Дата и место практики (пост, приемное отд., процедурный каб.) / кол-во манипуляций** | **Всего** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2. Выявление приоритетных проблем пациента и оценка состояния пациента (в т.ч. в динамике) для осуществления сестринского ухода** **(ПРИЕМНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ, ПОСТ)** |  |
| исследование пульса  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| подсчет ЧДД  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| измерение АД |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| измерение температуры тела |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| оценка состояния кожного покрова и видимых слизистых |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| определение наличия и характера боли |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| выявление явных отёков |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| расчет индекса массы тела |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| проведение антропометрии |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| оценка речи |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| оценка походки и способности к передвижению |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| измерение уровня глюкозы в крови с помощью глюкометра |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3. Выполнение инвазивных вмешательств и других врачебных назначений****(ПРИЕМНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ, ПРОЦЕДУРНЫЙ КАБИНЕТ, ПОСТ)** |  |
| внутривенная инъекция |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| подкожная инъекция |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| внутримышечная инъекция  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| внутривенное капельное введение |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| забор крови из вены на исследование |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| применение свечей  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Перечень медицинских услуг** | **Дата и место практики (пост, приемное отд., процедурный каб.) / кол-во манипуляций** | **Всего** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| введение препаратов в ингаляционной форме (небулайзер)  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| создание дренажного положения |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| оксигенотерапия |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| применение грелки |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| пузыря со льдом |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| катетеризация мочевого пузыря  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| выдача лекарственных средств для приема внутрь  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| компрессы |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| постановка клизм (уточнить каких) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| промывание желудка  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| постановка газоотводной трубки  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| сбор мокроты на исследование |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| уход за назогастральным зондом, носовыми канюлями и катетером |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| уход за сосудистым катетером  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| спринцевание влагалища |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| уход за мочевым катетером |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| уход за дренажом |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Перечень медицинских услуг** | **Дата и место практики (пост, приемное отд., процедурный каб.) / кол-во манипуляций** | **Всего** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4. Выполнение манипуляций сестринского ухода****(ПОСТ)** |
| смена нательного и постельного белья  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| уход за волосами, ногтями, бритье тяжелобольного  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| уход за полостью рта больного в условиях реанимации и интенсивной терапии |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| пособие при дефекации тяжелого больного |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| пособие при мочеиспускании тяжелого больного |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| перемещение тяжелобольного в постели размещение тяжелобольного в постели  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| транспортировка тяжелобольного внутри учреждения  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| кормление тяжелобольного через рот и назогастральный зонд  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| приготовление и смена постельного белья тяжелобольному  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| пособие по смене белья и одежды тяжелобольному  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| уход за промежностью и наружными половыми органами тяжелобольного |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Перечень медицинских услуг** | **Дата и место практики (пост, приемное отд., процедурный каб.) / кол-во манипуляций** | **Всего** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5. Ведение медицинской документации****(ПРИЕМНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ, ПРОЦЕДУРНЫЙ КАБИНЕТ, ПОСТ)** |
| ведение учетной медицинской документации и документации кабинетов и подразделений ЛПО (перечислить формы и названия): |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6. Использование медицинской аппаратуры и оборудования****(ПРИЕМНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ, ПОСТ)** |
| тонометр |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| небулайзер |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| пикфлуометр |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| глюкометр |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| электрокардиограф |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| весы |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ростомер |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| термометр  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| электрокардиограф |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

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

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ М.П.

*Образец оформления листа учета*

Областное государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение

«Томский базовый медицинский колледж»

**ЛИСТ УЧЁТА ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ**

ПМ.02 Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах

МДК.02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях **Раздел. Сестринский уход в терапии**

Специальность 34.02.01 Сестринское дело

Очно-заочная форма обучения

Ф.И.О. студента \_\_\_\_\_\_*Иванов И.И.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* группа *\_\_\_671/1*\_\_\_\_\_\_\_\_ курс \_\_\_\_*2\_*\_\_\_ учебный год 20*19* г.\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Перечень медицинских услуг** | **Дата и место практики (пост, приемное отд., процедурный каб.) / кол-во манипуляций** | **Всего** |
| *14.01.* | *15.01* | *16.01* | *17.01* | *18.01* | *19.01* | *22.01* | *23.01* | *24.01* | *25.01* | *26.01* |
| *пост* | *пост* | *пост* | *приемн отд* | *процед**каб* | *процед каб* | *процедкаб* | *пост* | *процед каб* | *пост* | *процед каб* |
| **1. Консультирование и обучение пациента и его окружения в соответствие со своей профессиональной компетенцией, полномочиями и врачебными назначениями****(ПОСТ)** |
| применение карманного ингалятора  | *1* | *2* | *2* |  |  |  |  | *2* |  | *1* |  | ***8*** |
| применение свечей  | *2* | *1* | *3* |  |  |  |  | *2* |  | *3* |  | ***11*** |
| введение препаратов в ингаляционной форме (небулайзер)  | *3* | *5* | *4* |  |  |  |  | *4* |  | *5* |  | ***21*** |
| создание дренажного положения | *2* | *3* | *1* |  |  |  |  | *3* |  | *1* |  | ***10*** |
| исследование пульса  | *3* | *2* | *4* |  |  |  |  | *4* |  | *4* |  | ***17*** |
| подсчет ЧДД  | *5* | *7* | *3* |  |  |  |  | *3* |  | *3* |  | ***21*** |
| измерение АД | *7* | *3* | *6* |  |  |  |  | *1* |  | *7* |  | ***24*** |

Областное государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение

«Томский базовый медицинский колледж»

**КАРТА СЕСТРИНСКОГО УХОДА**

**(стационар)**

 ПМ.02 Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах

МДК.02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях

**Раздел. Сестринский уход в терапии**

Специальность 34.02.01 Сестринское дело

Очно-заочная форма обучения

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

20\_\_\_\_ г.

|  |
| --- |
| Пациент Возраст пациента Пол |
|  |
| Отделение Дата поступления Дата курации |
| Диагноз врачебный |
|  |

|  |
| --- |
| Аллергологический анамнез (отметить наличие необычных реакций на лекарства, а также на пищевые продукты, животных, растений; как проявляется) |
|  |
|  |
| Вредные факторы на рабочем месте |
|  |
| Вредные привычки |
|  |
|  |
| Инфекционные заболевания в анамнезе, в семье (ВИЧ, гепатиты, туберкулез) |
|  |
|  |
| Жалобы на момент курации: |
|  |
|  |
|  |

**Оценка состояния пациента**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Антропометрия  | рост | масса тела | окружность живота | ИМТ (расчет, оценка) |
| Состояние пациента | удовлетворительное /средней тяжести/тяжелое (подчеркнуть) |
| Сознание | ясное/спутанное/отсутствует/бреда/галлюцинаций (подчеркнуть) |
| Память | сохранена/снижена / (подчеркнуть) |
| Характер общения с медперсоналом  | доверие/недоверие/отказ от обследования (подчеркнуть) |
| Сон  | нормальный/беспокойный/бессонница (причина со слов пациента)(подчеркнуть) |
| Речь  | обычная/нарушенная/отсутствует (подчеркнуть) |
| Наличие боли | нет/да (оценка по шкале, указать где) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Положение в постели | активное/пассивное/вынужденное/фиксация положения тела валиками, опоры для стоп (подчеркнуть) |
| Деформация скелета | искривление позвоночника: нет/да (подчеркнуть) |
| Суставы  | деформация: нет/да (подчеркнуть) объем движений: полный /ограничен (где) |
| Передвижение | самостоятельное/невозможно/с помощью вспомогательных средств: трости, других лиц, костылей, кресла-каталки, каталки (подчеркнуть) нарушения походки: нет/да (указать какие) |
| Переодевание  | самостоятельное/нет (подчеркнуть) |
| Гигиенические процедуры | самостоятельное/нет (подчеркнуть) |
| Оценка состояния кожных покровов | цвет: физиологической окраски/бледность/желтушность/цианоз/акроцианоз/ гиперемия (подчеркнуть)наличие высыпаний: нет/да (охарактеризовать)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_кожный зуд: нет/да (подчеркнуть) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_наличие пролежней: нет/да (охарактеризовать)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_риск развития пролежней по шкале Ватерлоо (Нортону):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ балловналичие трещин: нет/да (охарактеризовать)гигиеническое состояние кожи и складок: удовлетворительное/неудовлетворительное (подчеркнуть)гигиеническое состояние промежности:удовлетворительное/неудовлетворительное (подчеркнуть)гигиеническое состояние волос и ногтей: удовлетворительное/неудовлетворительное (подчеркнуть) |
| Отеки | отсутствуют/есть (подчеркнуть) локализация\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_степень выраженности: пастозность/выраженные (подчеркнуть) |
| Оценка конъюнктивы  | цвет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ отделяемое (характер) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Оценка слизистой полости рта  | цвет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ влажность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_язык (налёт)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дефекты (какие и где)  |
| Использование резервов | съёмные зубные протезы: нет/да (подчеркнуть), очки: нет/да (подчеркнуть), линзы: нет/да (подчеркнуть), слуховой аппарат: нет/да (подчеркнуть)  |
| Характер дыхания | нормальное/патологическое (аритмичное, шумное)носовое дыхание: затруднено/свободное (подчеркнуть)  |
| Одышка  | нет/да (подчеркнуть) ЧДД - /мин |
| Кашель | отсутствует/сухой/влажный (подчеркнуть)  |
| Мокрота  | легко отделяется/с трудом отделяется (подчеркнуть) |
| Характеристики пульса | частота пульса в минуту\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ритм\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_синхронность  |
| Артериальное давление | левая рука \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ правая рука\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Аппетит  | сохранен/снижен/отсутствует/извращен (подчеркнуть) |
| Прием пищи  | не самостоятельный: с помощью ложки/из поильника/назогастральный зондсамостоятельный: в столовой/в палате/в постели (подчеркнуть) |
| Дефекация  | ежедневная без пособий/ежедневная с пособиями/задержка стула \_\_\_\_\_\_\_\_\_дней / недержание стула (подчеркнуть) стул оформленный/не оформленный (подчеркнуть) \_\_\_\_\_\_\_\_\_кратность стула  |
| Мочеиспускание | самостоятельное/затруднённое/катетер/цистостома/недержание/энурез (подчеркнуть) |
| Наличие венозного катетера  | нет/да (периферического, центрального) (подчеркнуть) |
| Наличие стомы | нет/да (гастростома, цистома, колостома) (подчеркнуть) |
| Наличие зондов | нет/да (назогастральный, желудочный) (подчеркнуть) |

**Назначения врача *(из листа назначения)***

|  |
| --- |
| 1. Режим |
| 2. Диета |
| 3. Обследование: |
| Вид исследования | Подготовка |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Лист для прикрепления выписанных бланков, направлений, заявок и пр.Фармакологический лист (медикаментозная терапия)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Препарат *(из листа назначений)* | Фармакологическая группа, показания | Доза и путь введения *(из листа назначений)* | Особенности введения | Побочные действия |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Немедикаментозная терапия *(из листа назначений)*** |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Нарушенные потребности пациента** |
|  |
|  |
|  |
| **Проблемы пациента**Приоритетные проблемы |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Потенциальные проблемы |
|  |
|  |
|  |
|  |

**План сестринского ухода**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Проблемы пациента | Мероприятия сестринского ухода | Оценка эффективности мероприятий | Причина не полного решения проблемы | Предложения по дальнейшему решению |
| Зависимые | Независимые |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Проблемы пациента | Мероприятия сестринского ухода | Оценка эффективности мероприятий | Причина не полного решения проблемы | Предложения по дальнейшему решению |
| Зависимые | Независимые |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**ЛИСТ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТОМ**

|  |  |
| --- | --- |
| Проблемы пациента | День наблюдения |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ТЕМПЕРАТУРНЫЙ ЛИСТ**

 Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| День наблюдения |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| День пребыванияв стационаре  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| П | АД | Т град. | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в |
| 140 | 200 | 41 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 120 | 175 | 40 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 100 | 150 | 39 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 90 | 125 | 38 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 80 | 100 | 37 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 70 | 75 | 36 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 60 | 50 | 35 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Дыхание |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Вес |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Выпито жидкости |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Суточное количество мочи  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Стул |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ванна  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Рекомендации медсестры к выписке больного**

Примечание: консультация по назначенной диете, режиму дня, двигательной активности, закаливанию, профилактике и борьбе с вредными привычками, обучение правильному использованию медицинского оборудования (пикфлуометр, глюкометр, тонометр, небулайзер и пр.)

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

Областное государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение

«Томский базовый медицинский колледж»

**АТТЕСТАЦИОННЫЙ ЛИСТ**

**по итогам прохождения производственной практики**

ПМ.02 Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах

МДК.02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях

**Раздел. Сестринский уход в терапии**

Специальность 34.02.01 Сестринское дело

Очно-заочная форма обучения

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

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

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

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

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

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

1. Консультирование и обучение пациента и его окружения в соответствие со своей профессиональной компетенцией, полномочиями и врачебными назначениями (ПК 2.1, 2.4)

2. Выявление приоритетных проблем пациента и оценка состояния пациента (в т.ч. в динамике) для осуществления сестринского ухода (ПК 2.1- 2.2, 2.5)

3.Выполнение инвазивных вмешательств и других врачебных назначений (ПК 2.1-2.2, 2.4-2.5)

4.Выполнение манипуляций сестринского ухода (ПК 2.1-2.2, 2.4-2.5, 2.8)

5.Ведение медицинской документации (ПК 2.3, 2.6)

6.Использование медицинской аппаратуры и оборудования (ПК 2.1-2.5.)

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

ПК 2.1. Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательств

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

ПК 2.2. Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса

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

ПК 2.3. Сотрудничать с взаимодействующими организациями и службами

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

ПК 2.4. Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования *освоена: «в полном объеме», «не в полном объеме», «не освоена»*

ПК 2.5. Соблюдать правила пользования аппаратурой, оборудованием и изделий медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса

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

ПК 2.6. Вести утвержденную медицинскую документацию

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

ПК 2.8. Оказывать паллиативную помощь

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

*Уровень освоения ПК подчеркнуть*

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

 (должность, Ф.И.О., подпись)

Руководитель практики от колледжа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О., подпись)

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

Областное государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение

«Томский базовый медицинский колледж»

**Отзыв**

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

ПМ.02 Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах

МДК.02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях

**Раздел. Сестринский уход в терапии**

Специальность 34.02.01 Сестринское дело

Очно-заочная форма обучения

|  |
| --- |
| ФИО студента |
| Группа |
| 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 практический опыт осуществления ухода за пациентами при различных заболеваниях и состояниях. *(подчеркнуть)* |
| **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.