**ИНСТРУКЦИЯ ПО ПРОХОЖДЕНИЮ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ**

ПМ.05 Технология оказания простых медицинских услуг

Специальность 34.02.01 Сестринское дело

**Уважаемые студенты!**

Производственная практика проводится в стационаре в течение 1-х неделя (36ч).

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

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.

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:**

Прием заверенной отчетной документации:

* аттестационный лист
* отзыв о прохождении практики (с оценкой)
* лист учёта выполненных работ (цифровой отчет)
* дневник по практике (с оценкой)

Областное государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение

«Томский базовый медицинский колледж»

**ДНЕВНИК**

**производственной практики**

ПМ.05 Технология оказания простых медицинских услуг

Специальность 34.02.01 Сестринское дело

|  |
| --- |
| 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.* | *19.01.19г.* | *1* | *36* | *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.). 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).*  |  |
| *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).*   |  |
| *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).*  |  |

Областное государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение

«Томский базовый медицинский колледж»

**ЛИСТ УЧЁТА ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ**

ПМ.05 Технология оказания простых медицинских услуг

Специальность 34.02.01 Сестринское дело

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 суппозиториев |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| глюкометр |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| весы |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ростомер |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| термометр  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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.05 Технология оказания простых медицинских услуг

Специальность 34.02.01 Сестринское дело

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*** |
| 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»

**АТТЕСТАЦИОННЫЙ ЛИСТ**

 **по итогам прохождения производственной практики**

ПМ.05 Технология оказания простых медицинских услуг

Специальность 34.02.01 Сестринское дело

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 5.7-5.8)
2. выявление приоритетных проблем пациента и оценка состояния пациента (в т.ч. в динамике) для осуществления сестринского ухода (ПК 5.1-5.2)
3. выполнение инвазивных вмешательств и других врачебных назначений (ПК 5.4 -5.6)
4. выполнение манипуляций сестринского ухода (ПК 5.4 -5.6)
5. ведение медицинской документации (ПК 5.3)

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

5.1. Эффективно общаться с пациентом и его окружением в процессе профессиональной деятельности

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

5.2. Соблюдать принципы профессиональной этики

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

5.3. Оформлять медицинскую документацию

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

5.4. Применять лекарственные средства без нарушения кожных покровов

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

5.5. Выполнять простые медицинские услуги инвазивных вмешательств

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

5.6. Осуществление подготовка пациентов к лабораторным и инструментальным методам исследования

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

5.7. Обеспечивать безопасную больничную среду для пациентов и персонала

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

5.8. Участвовать в санитарно-просветительской работе среди населения

*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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Областное государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение

«Томский базовый медицинский колледж»

**Отзыв**

**о прохождении производственной практики**

ПМ.05 Технология оказания простых медицинских услуг

Специальность 34.02.01 Сестринское дело

|  |
| --- |
|  |
|

|  |
| --- |
| 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.