

Документ подписан простой электронной подписью

Информация о владельце:

ФИО: Шуматов Валентин Борисович

Должность: Ректор

Дата подписания: 18.10.2023 11:46:56

Уникальный программный ключ:

1cef78fd73d75dc6ecf72fe1eb94fee387a2785d26576f84ee017d0a794cb4

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Тихоокеанский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

## Д Н Е В Н И К

**Производственная практика**

**Б2.Б.01(П) Производственная (клиническая)  
практика**

*(вид практики)*

*(индекс и наименование практики по учебному плану)*

Специальность:

31.08.21 Психиатрия-наркология

*шифр и наименование специальности*

*(Ф.И.О. обучающегося полностью)*

Институт/кафедра:

*(полное наименование структурного подразделения ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России)*

Год начала подготовки \_\_\_\_\_

Год окончания подготовки \_\_\_\_\_

Срок прохождения практики с «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Руководитель практики  
от ФГБОУ ВО ТГМУ  
Минздрава России

*(подпись)*

*(фамилия, инициалы)*

Владивосток 20 \_\_\_\_\_

**Цель практики** (повторить коротко из РП):

**Задачи практики:**

**Планируемые результаты производственной практики:**

Формирование у обучающихся компетенций согласно ФГОС, подготовка к выполнению трудовых функций (из проф. Стандарта с акцентом на знать-уметь-владеть) в целом коротко:

**Критерии оценки уровня освоения профессиональных компетенций в период практики:**

Оценка по практике выставляется по результатам промежуточной аттестации, включающей оценку работы на симуляторах и тренажёрах, оценки практических навыков и умений, оценки ведения дневника производственной практики, отзыва руководителя от медицинской организации и результатов зачетного собеседования.

Критерии оценки демонстрации профессиональных умений и навыков по практике (чек-ап):  
выполнено верно в полном объеме более 70% действий – оценка «зачтено»,  
выполнено верно в полном объеме менее 70% действий – оценка « не зачтено».

Критерии оценки по собеседованию в зависимости от уровня сформированности компетенций и способности к выполнению задач профессиональной деятельности, предусмотренной профессиональным стандартом и/или квалификационными характеристиками:

«Отлично» – пороговый и/или высокий уровень сформированности компетенций, значительно выраженная способность и готовность к выполнению задач профессиональной деятельности,

«Хорошо» – пороговый уровень сформированности компетенций, выраженная способность и готовность к выполнению задач профессиональной деятельности,

«Удовлетворительно» – пороговый или ниже уровень сформированности компетенций, слабо выраженная способность и готовность к выполнению задач профессиональной деятельности,

«Неудовлетворительно» – пороговый или ниже уровень сформированности компетенций, не выраженная способность и готовность к выполнению задач профессиональной деятельности.

**Формы отчетности по практике:**

1. Выполнение рабочего графика (плана) проведения практики.
2. Выполнение индивидуального задания на практику.
3. Дневник производственной практики
4. Отзыв руководителя практики от медицинской организации
5. Характеристика руководителя практики от университета

**Согласование**

Индивидуальное задание на практику  Содержание практики  Планируемые результаты практики	<b>СОГЛАСОВАНО</b>  _____ <i>Руководитель практики от медицинской организации (должность, наименование организации)</i>  « ____ » _____ 20__ г.
------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## РАБОЧИЙ ГРАФИК (ПЛАН) ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИКИ

Производственная практика	Б2.Б.01(П) Производственная (клиническая) практика		
	Кол-во недель	с	по
первый год подготовки	9 1/3	15.04	22.06
второй год подготовки	34	01.09	10.05

## ИНДИВИДУАЛЬНОЕ ЗАДАНИЕ НА ПРАКТИКУ

п/ п	Содержание задания <sup>1</sup>
	<b>1 год подготовки</b>
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
1	
	<b>2 год подготовки</b>
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
1	

---

<sup>1</sup> Информация из раздела рабочей программы практики – «Содержание практики»

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Тихоокеанский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

---

*структурное подразделение ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России*

Специальность:

\_\_\_\_\_ *шифр и наименование специальности*

**ОТЧЕТ О ПРОХОЖДЕНИИ ПРАКТИКИ**

\_\_\_\_\_ *(вид практики)*

\_\_\_\_\_ *(индекс и тип практики по учебному плану)*

\_\_\_\_\_ *(Ф.И.О. обучающегося полностью)*

Срок прохождения практики с «    » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по «    » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Руководитель практики  
от ФГБОУ ВО ТГМУ  
Минздрава России

\_\_\_\_\_ *(подпись)*

\_\_\_\_\_ *(фамилия, инициалы)*

**ПРАКТИКА В СТАЦИОНАРЕ (всего \_\_\_\_\_ ЗЕ):**

Медицинская организация, являющаяся базой производственной практики

\_\_\_\_\_ (название медицинского учреждения)

Руководитель практики от университета \_\_\_\_\_  
(должность/звание, Ф.И.О.)

Руководитель практики от медицинской организации \_\_\_\_\_  
(должность/звание, Ф.И.О.)

**Количество выполненных учебных часов производственной практики \_\_\_\_\_**

Даты	Виды деятельности, краткое содержание практики	Количество манипуляций
<b>Наименование подразделения организации (профиль) _____</b>		
Период практики « _____ » « _____ » 20 г. по « _____ » « _____ » 20 г.		
<b>Наименование подразделения организации (профиль) _____</b>		
Период практики « _____ » « _____ » 20 г. по « _____ » « _____ » 20 г.		

Руководитель практики от медицинской организации \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(Ф.И.О.) подпись; печать

Руководитель практики от ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(Ф.И.О.) подпись



**ОТЗЫВ**  
**руководителя практики от профильной медицинской организации**

На обучающегося \_\_\_\_\_  
*(Ф.И.О. обучающегося полностью)*

За время прохождения практики обучающийся \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**М.П.**

Руководитель практики  
от профильной медицинской  
организации

\_\_\_\_\_ *(подпись)* \_\_\_\_\_ *(фамилия, инициалы)*



**ОТЗЫВ**  
**руководителя практики от ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России**

ФИО \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Заключение**

---

---

---

---

---

**Оценка за производственную (клиническую) практику** \_\_\_\_\_

Руководитель практики  
от ФГБОУ ВО ТГМУ  
Минздрава России

\_\_\_\_\_

*(уч.степень, звание, Ф.И.О.)*

\_\_\_\_\_

*(подпись)*

Дата \_\_\_\_\_