

Документ подписан простой электронной подписью

Информация о владельце:

ФИО: Шуматов Валентин Борисович

Должность: Ректор

Дата подписания: 14.02.2024 17:07:50

Уникальный программный ключ:

1cef78fd73d75dc6ecf72fe1eb94fee387a2985d26576f84eecc019b08a794c04

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

**Дневник производственной (клинической) практики  
ординатора**

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

Фамилия, имя, отчество **Иванова Ирина Игоревна**

Институт **клинической неврологии и медицинской реабилитации**

Специальность **31.08.39 Лечебная физкультура и спортивная медицина**

Год поступления: **2023 г.**

Год окончания: **2025 г.**

Руководитель практики **к.м.н., доцент Павлущенко Е.В.**

Директор института **к.м.н., Шестопапов Евгений Юрьевич**

**Владивосток – 2023**

**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	<b>СОГЛАСОВАНО</b> <hr/> <i>Руководитель практики от медицинской организации (должность, наименование организации)</i> « ___ » _____ 20__ г.
Содержание практики	
Планируемые результаты практики	

**РАБОЧИЙ ГРАФИК (ПЛАН) ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИКИ**

Производственная практика	<b>Б2.Б.01(П) Производственная (клиническая) практика</b>		
	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
	<b>1 год подготовки</b>
1	<b>Содержание раздела</b>
2	1. Совершенствование знаний основ законодательства о здравоохранении и директивных документов, определяющих деятельность органов и учреждения здравоохранения.
3	2. Освоение практических умений по клиническому обследованию больного по всем органам и системам: расспрос, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, мануально-мышечное тестирование
4	3. Овладение навыками постановки диагноза согласно классификации (МКБ –10).
5	4. Освоение практических умений по лабораторной и инструментальной диагностике внутренних болезней:
6	5. Овладение навыками выполнения диагностических и лечебных манипуляций (методы обследования позвоночника, методы обследования мышечной системы, методы обследования суставов, внутренних органов, манипуляционные, мобилизационные, артикуляционные, мышечно-энергетические техники)
7	6. Освоение практических умений по ведению больного (составление плана обследования, проведение дифференциальной диагностики, организация консультаций специалистов и др.) и оказанию врачебной помощи при различных заболеваниях согласно медицинским стандартам.
8	8. Совершенствование знаний по фармакотерапии, включая вопросы фармакодинамики, фармакокинетики, показаний, противопоказаний, предупреждений и совместимости при назначении лечебных препаратов.
9	9. Подготовка к интерактивным проблемным диспутам.
10	10. Создание сценария ролевой игры.
11	11. Описание стандартизованного пациента
12	12. Решение типовых ситуационных задач
13	13. Подготовка к занятию малыми группами
14	14. Проведение санитарно-просветительной работы
15	15. Подготовка к проведению клинических разборов под руководством преподавателя
16	16. Участие в научно-исследовательской работе кафедры под руководством доцента (ассистента)
	<b>2 год подготовки</b>
1	1. Ведение пациентов совместно с врачом лечебной физкультуры и спортивной медицины
2	2. Освоение практических умений по мануальному обследованию больного по всем органам и системам: расспрос, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация.
3	3. Овладение навыками постановки диагноза согласно классификации (МКБ –10).
4	4. Освоение практических умений по лабораторной и инструментальной диагностике внутренних болезней:
5	5. Овладение навыками выполнения диагностических и лечебных манипуляций (выполнение самостоятельно, принять участие в выполнении).
6	6. Освоение практических умений по ведению больного (составление плана обследования, проведение дифференциальной диагностики, организация консультаций специалистов и др.) и оказанию врачебной помощи согласно медицинским стандартам.
7	7. Овладение навыками заполнения и ведения медицинской документации:

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- в стационаре (истории болезни, выписки из истории болезни, ф-042у),</li> <li>- в поликлинике (амбулаторной карты Ф-025, статистического талона Ф-025/у, листа нетрудоспособности, на госпитализацию Ф-28, санаторно-курортной карты Ф-072/у, справки ф.0-95/у, ф-0-88/у-посыльного листа на МСЭ, ф-042у)</li> <li>- рецепты: льготные, на наркотические и наркосодержащие препараты</li> <li>- во врачебно-физкультурном диспансере (врачебно-контрольная карта физкультурника и спортсмена карта ф-061/у, УМО, извещения о травме при проведении физкультурного мероприятия, спортивного мероприятия, медицинские заключения о допуске спортсменов к участию в спортивном мероприятии, ф-042у).</li> </ul>
8	8.Проведение санитарно-просветительной работы.

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

**Институт клинической неврологии и медицинской реабилитации**  
*структурное подразделение ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России*

Специальность: 31.08.39 Лечебная физкультура и спортивная медицина  
*шифр и наименование специальности*

**ОТЧЕТ О ПРОХОЖДЕНИИ ПРАКТИКИ**

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

Основной раздел.

**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 работ, нозологические формы при курации, иные виды деятельности	Количество пациентов и/или манипуляций
<b>Наименование подразделения организации (профиль) _____</b>		
Срок работы «    » «                    » 20 г. по «    » «                    » 20 г.		
30.05.2024 – 02.06.2024 <b>В соответствии с учебным планом и графиком</b>		
04.06.20__ – 09.06.20__		
<b>и т.д.</b>		
<b>Число строк соответствует количеству недель практики</b>		
<b>Наименование подразделения организации (профиль) _____</b>		
Срок работы «    » «                    » 20 г. по «    » «                    » 20 г.		
	<b>Число включенных подразделений соответствует фактическому участию ординатора в работе этих подразделений</b>	

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

Руководитель практической подготовки от университета \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(Ф.И.О.) подпись

*Если практика реализована на базе нескольких медицинских организаций (согласно*

*приказа о направлении на практику), то заполняется несколько блоков отдельно по каждой организации и подписи и печати этих организаций*

**ПРАКТИКА В ПОЛИКЛИНИКЕ, врачебно-физкультурном диспансере**  
**(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** \_\_\_\_\_

Дата	Виды деятельности, краткое содержание работ, нозологические формы при курации, иные виды деятельности	Количество пациентов и/или манипуляций
<b>Наименование подразделения организации (профиль)</b> _____		
Срок работы «     » «     » 20 г. по «     » «     » 20 г.		
<i><b>В соответствии с учебным планом и графиком</b></i>		
	<i><b>Число строк соответствует количеству недель практики</b></i>	
<b>Наименование подразделения организации (профиль)</b> _____		
Срок работы «     » «     » 20 г. по «     » «     » 20 г.		
	<i><b>Число включенных подразделений соответствует фактическому участию ординатора в работе этих подразделений</b></i>	

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

Руководитель практической подготовки от университета \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
*(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 \_\_\_\_\_