

Документ подписан простой электронной подписью

Информация о владельце:

ФИО: Шуматов Валерий Борисович

Должность: Ректор

Дата подписания: 02.02.2024 15:49:12

Уникальный программный ключ:

1cef78fd73d7538a10283d3a

ОТЧЁТНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ

**Дневник практики Б2.О.01(П) Клиническая практика по специальности 31.08.36
Кардиология, направлению 02. Здравоохранение (в сфере кардиологии)**

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

Д Н Е В Н И К

производственная <i>(вид практики)</i>	Б2.О.01(П) Клиническая практика <i>(индекс и тип практики по учебному плану)</i>
Специальность:	31.08.36 Кардиология <i>шифр и наименование специальности</i>

(Ф.И.О. обучающегося полностью)

Институт терапии и инструментальной диагностики

(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)

Директор института

(подпись)

(фамилия, инициалы)

Владивосток 20 ____

Формы отчетности по практике:

1. Дневник практики
2. Отчет о прохождении практики (выполнение индивидуального задания на практику)
3. Отзыв руководителя практики от медицинской организации
4. Заключение руководителя практики от университета

Согласование

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

РАБОЧИЙ ГРАФИК (ПЛАН) ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИКИ

Производственная практика	Б2.О.01(П) Клиническая практика		
	Кол-во недель	с	по
первый год подготовки	9 1/3	07.05	14.07
второй год подготовки	34	01.09	10.05

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

Институт терапии и инструментальной диагностики

структурное подразделение ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России

Специальность:

31.08.36 Кардиология

шифр и наименование специальности

ОТЧЕТ О ПРОХОЖДЕНИИ ПРАКТИКИ¹

производственная

(вид практики)

Б2.О.01(П) Клиническая практика

(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)

¹ заполняется ежегодно, согласно общих сроков распоряжения на практику.

Б2.О.01(П) Клиническая практика

Медицинская организация, являющаяся базой практики

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

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

Количество выполненных учебных часов клинической практики _____

Даты	Виды деятельности, краткое содержание практики	Количество манипуляций
Наименование подразделения организации (профиль) _____		
Период практики ² с « _____ » _____ 20 г. по « _____ » _____ 20 г.		

Зав. отделения _____ / _____ /
(или наставник) (Ф.И.О.) подпись;

Наименование подразделения организации (профиль) _____		
Период практики с « _____ » _____ 20 г. по « _____ » _____ 20 г.		

Зав. отделения _____ / _____ /
(или наставник) (Ф.И.О.) подпись;

Руководитель практики
от медицинской организации _____ / _____ /
(Ф.И.О.) подпись;

М.П.

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

² Периоды определяются руководителем практики: минимальный период равняется 1 месяцу или минимальному сроку указанного в распоряжении

ОТЗЫВ³
руководителя практики от профильной медицинской организации

На обучающегося _____
(Ф.И.О. обучающегося полностью)

За время прохождения практики обучающийся Ф.И.О.....

М.П.

Руководитель практики
от профильной медицинской
организации

_____ (подпись) _____ (фамилия, инициалы)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ⁴
руководителя практики от ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России

ФИО _____

Оценка за клиническую практику _____

Руководитель практики
от ФГБОУ ВО ТГМУ
Минздрава России

_____ (уч. степень, звание, Ф.И.О.) _____ (подпись)

Дата _____

³ - Заполнение происходит по окончании каждого года обучения

⁴ - Заполнение происходит по окончании прохождения практики