**АТТЕСТАЦИОННЫЙ ЛИСТ**

**производственной практики (по профилю специальности)**

**ПМ.02 Лечебная деятельность**

**МДК.02.03 Оказание акушерско-гинекологической помощи**

Студент (ка)­­­­­­­­­­­­­ ГБПОУ ДЗМ «МК №5» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Специальность 31.02.01 Лечебное дело, курс 3 группа №\_\_\_\_\_\_\_

Прошел (а) производственную практику (по профилю специальности)

Объем \_\_\_\_ часов на базе «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»

Срок практики «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г по «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

**Виды и качество выполнения работ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Виды и объем работ, выполненных студентом во время практики** | **Качество выполнения работ** |
| **зачет** | **незачет** |
| Определение программы лечения пациентов различных возрастных групп. |  |  |
| Определение тактики ведения пациента |  |  |
| Выполнение лечебные вмешательства |  |  |
| Проведение контроля эффективности лечения |  |  |
| Осуществление контроля состояния пациента |  |  |
| Организация специализированного сестринского ухода за пациентом |  |  |
| Организация оказания психологической помощи пациенту и его окружению |  |  |
| Полнота, точность, грамотность при заполнении медицинской документации с использованием соответствующей медицинской терминологии в соответствии с предъявляемыми требованиями |  |  |

**Качество выполнения работ практиканта соответствует / не соответствует требованиям программы практики в рамках реализации ФГОС** (нужное подчеркнуть).

**Подпись общего руководителя практики \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**

**Подпись непосредственного руководителя практики \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**

**Подпись методического руководителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**