УТВЕРЖДАЮ

Главный врач ГУЗ

« »

*название учреждения здравоохранения*

*Ф.И.О.*

(место для печати)

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

Кафедра внутренних болезней № 1 с курсами

эндокринологии и гематологии

**ДНЕВНИК ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ ПО ТЕРАПИИ**

Факультет курс группа

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Фамилия, имя, отчество)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место прохождения производственной практики

(название учреждения здравоохранения)

на коек

Город\_\_\_\_\_\_\_\_\_район Область Период прохождения производственной практики с\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проверил

(сотрудник кафедры, отвечающий за практику студентов)

Гомель, год

**Форма ведения дневника производственной врачебной практики по терапии**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Время | Название работы | Характеристика работы |
| Дата | | |
| 8:00–8:15 | Приход на работу, утренняя  пятиминутка (конференция) | Содержание или тема доклада |
| 8:15–8:45 | Оформление выписки пациентов | Указываются паспортные данные, сро- ки лечения, исход заболевания, данные лабораторно-инструментальных мето- дов исследования, окончательный клинический диагноз, проведенное  лечение, рекомендации |
| 8:45–9:45 | Курация пациентов | Курация не менее 5 пациентов. Участие в обходе заведующего отделением. Осмотр вновь поступивших пациентов. Оказание неотложной медицинской  помощи при необходимости. |
| 9:45–10:15 | Оформление истории болезни вновь поступивших пациентов | Указание паспортных данных, номе-  ра истории болезни, предварительно- го клинического диагноза, лечения. |
| 10:15–11:15 | Участие в работе диагностиче- ских кабинетов и отделений | Посещение с пациентами отделения функциональной диагностики, рент- генологического, эндоскопического и других диагностических отделений с указанием Ф.И.О. пациента, метода  исследования и заключения |
| 11:15–11:45 | Оформление медицинской документации и дневников  производственной практики | Требования к оформлению дневников (см. учебно-методическое пособие по практике) |
| 11:45–12:10 | Проведение санитарно-просве-  тительной работы | Указать тему лекции |
| 12:10–13:00 | Работа над дневниками производственной практики, учебно-  исследовательской и санитарно-просветительской работой | |
| 16:00–21:00 | Однократное дежурство в экстренный день | Ф.И.О. пациента, жалобы, объектив- ный статус, предварительный клини- ческий диагноз, неотложная помощь, дальнейшая тактика ведения (нужда- ется ли в госпитализации, дополни- тельных методах обследования, ре-  комендации по лечению) |

**Каждый день под таблицей указывается:**

Курация пациентов (количество человек) –

Оформление истории болезни поступивших пациентов (количество) –

Оформление истории болезни, выписанных пациентов (количество) –

Оформление дневников (количество) –

Расшифровка ЭКГ (количество) –

Описание рентгенограмм (количество) –

Выписка рецептов (количество) –

Осмотр пациентов в приемном отделении (количество) –

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

подпись студента (Ф.И.О.)

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

подпись врача (Ф.И.О.)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата, время | Содержание работы | Количество |
|  |  |  |

подписьстудента (Ф.И.О.)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

подпись врача (Ф.И.О.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Форма отчета об учебно-исследовательской работе**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ОТЧЕТ ОБ УЧЕБНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ РАБОТЕ  Тема  Выполнена в период с по Руководитель Где доложено Краткое содержание и выводы: | | |
|  |  |
|  |
| Оценка: | |

Подпись руководителя

**Форма отчета о санитарно-просветительной работе**

ОТЧЕТ О САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ

Тема лекции

Дата, время, место проведения: Количество присутствующих: Результаты санитарно-просветительной работы:

Студент: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись ( Ф.И.О.)

Руководитель практики (лечащий врач): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись ( Ф.И.О.)

Заведующий отделением: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись ( Ф.И.О.)

## Форма отчета о прохождении производственной врачебной практики по терапии

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ОТЧЕТ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ ПО ТЕРАПИИ  Производственная врачебная практика по терапии проходила на базе  с по | | | |
| №  п/п | Наименование работ | Минимум | Выполнено |
| 1 | Всего курировано пациентов | 70 |  |
| 2 | Лечебная работа:   * осмотр пациентов при поступлении * оформление дневников пациентов * оформление листов назначений * оформление выписных эпикризов * оказание неотложной помощи   *присутствие,*  *выполнение* (указать мероприятия, препараты)   * оформление свидетельств о смерти | 30  70  70  30  10  5  1 |  |
| 3 | Практические навыки:  *А. Выполнение:*   * измерение АД * запись ЭКГ * трансфузии плазмы и компонентов крови   *Б. Присутствие:*   * рентгеноскопия органов грудной клетки * велоэргометрия * холтеровское мониторирование * ультразвуковое исследование сердца * УЗИ органов брюшной полости * УЗИ щитовидной железы * УЗИ сосудов нижних конечностей * спирография * компьютерная томография * эндоскопические исследования   *В. Анализ:*   * общего анализа крови * биохимического анализа крови * анализов мочи * анализ кала, асцитической жидкости,   плеврального выпота   * анализ ЭКГ, УЗИ, ангиографии и др.исследований | 80  20  1  20  5  5  5  5  5  3  3  3  5  70  70  70  5/1/1  40 |  |
| 4 | Участие в конференциях:   * утренние (планерки) * клинические * паталогоанатомические | 14  1  1 |  |
| 5 | Участие в назначении и проведении физиотерапевтических процедур курируемым пациентам | 15 |  |
| 6 | Количество бесед с пациентами | 30 |  |
| 7 | Выполнение учебно-исследовательской работы по выбранной теме (указать тему) | 1 |  |

Студент: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись ( Ф.И.О.)

Руководитель практики (лечащий врач): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись ( Ф.И.О.)

Заведующий отделением: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись ( Ф.И.О.)

## Форма отзыва руководителя производственной врачебной практики по терапии

**ОТЗЫВ**

**РУКОВОДИТЕЛЯ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ**

*(заведующего терапевтическим отделением)*

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заведующий отделением: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись ( Ф.И.О.)

Руководитель практики (лечащий врач): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись ( Ф.И.О.)

Руководитель практики (сотрудник кафедры): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись ( Ф.И.О.)