

Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение
Ставропольского края
«Пятигорский медицинский колледж»

ДНЕВНИК

ПО ВЫПОЛНЕНИЮ ПРОГРАММЫ

учебной практики

профессионального модуля

ПМ.02 Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах

УП.02.01. Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях

обучающегося(щейся) IV курса _____ группы

отделения медсестринского

ФИО _____

На базе _____

специальности **34.02.01 Сестринское дело**

г. Пятигорск,
2023 г.

**ПМ.02 Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном
процессах**

УП.02.01. Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях

Раздел 02.01.4 Сестринский уход при инфекционных заболеваниях

Специальность: 34.02.01 Сестринское дело

Обучающийся(щаяся) IV курса _____ группы

отделения медсестринского

ФИО _____

Проходившего учебную практику с 13 ноября по 18 ноября 2023 г.

Преподаватель _____

(Фамилия И.О.)

(подпись)

УП.02.01. 1 неделя – 36 часов

Раздел 02.01.4 Сестринский уход при инфекционных заболеваниях - 36 часов

Инструктаж по технике безопасности прошел обучающийся(щаяся)

_____ (ФИО обучающегося)

_____ (подпись)

Инструктаж по технике безопасности провел преподаватель

« » _____ 2023 г.

_____ (ФИО)

_____ (подпись)

Инструктаж по технике безопасности в организации, осуществляющей деятельность в
сфере охраны здоровья, провел _____

МП

_____ (ФИО)

_____ (подпись)

«13» ноября 2023 г.

1	2	3	13.11	14.11	15.11	16.11	17.11	18.11	4	5
20.	Стерилизация изделий медицинского назначения	2.5.								
21.	Соблюдения правил использования мельцеровского бокса.	2.5.								
22.	Одевание и снятие противочумного костюма.	2.5.								
23.	Работа с аварийной аптечкой.	2.5.								
24.	Соблюдение правил противоэпидемического режима	2.5								
25.	Заполнение медицинской документации:	2.6								
	- Журнал учета приема больных и отказов в госпитализации (форма 001/у); - Медицинская карта стационарного больного (форма 003/у); - Температурный лист (форма 004/у) - Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, венерической болезни, трихофитии, микроспории, фавуса, чесотки, трахомы, психического заболевания (форма №089/у) - Карта, выбывшего из стационара (форма 066/у); - Порционное требование; - Экстренное извещение о пищевом, остром профессиональном отравлении и необычной реакции на прививку (форма 058/у); - Журнал учета инфекционных заболеваний (форма 060/у); - Журнал регистрации анализов и их результатов (отдельно по ВИЧ-инфекции, RW) (форма №260/у) - Направления на лабораторные исследования.	2.6								
26.	Планирование рекомендаций для реконвалесцента в реабилитационный период.	2.7								
27.	Составление санитарных бюллетеней, планов бесед для санпросвет работы	2.7.								
28.	Осуществление паллиативной помощи пациентам при ООИ (умывать, кормить, давать пить, проводить обработку полости рта, глаз, ушей, проводить смену нательного и постельного белья и т.д.)	2.8								
Преподаватель _____ ФИО (подпись)										

АТТЕСТАЦИОННЫЙ ЛИСТ
оценки результатов учебной практики УП.02.01.

(Ф.И.О. обучающегося)

по программе учебной практики
специальность

34.02.01 Сестринское дело

ПМ.02 Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах
УП.02.01. Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях
(наименование профессионального модуля)

в объеме 36 часов с «13» ноября 2023 г. по «18» ноября 2023 г.

Обучающийся продемонстрировал первоначальный практический опыт и умения в рамках выполнения следующих учебно-производственных заданий

Инфекционная безопасность медицинского персонала.

Сестринский уход при кишечных инфекциях.

Сестринский уход при инфекциях дыхательных путей.

Сестринский уход при кровяных инфекциях.

Сестринский уход при инфекциях наружных покровов и гемоконтактных инфекциях.

Сестринский уход при зоонозных инфекциях.

Профессиональные компетенции, соответствующие виду профессиональной деятельности	Уровень формирования профессиональной компетенции, (ПК не сформирована, низкий, средний, высокий)
ПК 2.1. Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательств.	
ПК 2.2. Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса.	
ПК 2.3. Сотрудничать со взаимодействующими организациями и службами	
ПК 2.4. Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования.	
ПК 2.5. Соблюдать правила использования аппаратуры, оборудования и изделий медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса	
ПК 2.6. Вести утверждённую медицинскую документацию	
ПК 2.7. Осуществлять реабилитационные мероприятия	
ПК 2.8. Оказывать паллиативную помощь	

Уровень сформированности профессиональных компетенций/ оценка по пятибалльной системе*: _____ / _____

(не сформированы, низкий, средний, высокий)

(отлично, хорошо, удовлетворительно, неудовлетворительно)

Дата «18» ноября 2023 г.

Преподаватель

Ф.И.О

подпись

* «Отлично» - высокий уровень, «хорошо» - средний уровень, «удовлетворительно» - низкий уровень, «неудовлетворительно» - наличие отметки «ПК не сформирована» хоть по одной ПК.

Карта сестринского процесса

Проблемы пациента	Цели краткосроч- ные	Цели долгосрочн ые	План	Реализация с мотивацией	Оценка
1	2	3	4	5	6

Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку.

1. Диагноз _____

(подтвержден лабораторно: да, нет (подчеркнуть))

2. Фамилия, имя, отчество _____

3. Пол: м. ж. (подчеркнуть) _____

4. Возраст (для детей до 14 лет — дата рождения) _____

5. Адрес, населенный пункт _____ район _____

улица _____ дом N _____ кв. N _____

(индивидуальная, коммунальная, общежитие — вписать)

6. Наименование и адрес места работы (учебы, детского учреждения)

7. Даты:

заболевания _____

первичного обращения (выявления) _____

установления диагноза _____

последнего посещения детского учреждения, школы _____

госпитализации _____

8. Место госпитализации _____

9. Если отравление — указать, где оно произошло, чем отравлен

пострадавший _____

10. Проведенные первичные противоэпидемические мероприятия и

дополнительные сведения _____

11. Дата и час первичной сигнализации (по телефону и пр.) в СЭС _____

Фамилия сообщившего _____

Кто принял сообщение _____

12. Дата и час отсылки извещения _____

Подпись пославшего извещение _____

Регистрационный номер _____ в журнале ф. N 60

лечебно-профилактического учреждения

13. Дата и час получения извещения СЭС _____

Регистрационный N _____ в журнале ф. N 60 санэпидстанции

Подпись получившего извещение _____

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Медицинская документация
Форма № 001/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. № 1030

наименование учреждения

ЖУРНАЛ

учета приема больных и отказов в госпитализации

Начат "... " _____ 20 г. Окончен "... " _____ 20

№ п/п	Поступление		Фамилия, И., О.	Дата рождения	Постоянное место жительства или адрес родственников, близких и № телефона	Каким учреждением был направлен или доставлен	Отделение, в которое помещен больной
	дата	час					
1	2	3	4	5	6	7	8

и т.д. до конца страницы

ф. № 001/у

продолжение

№ карты стационарного больного (истории родов)	Диагноз направившего учреждения	Выписан, переведен в другой стационар, умер (вписать и указать дату и название стационара, куда переведен)	Отметка о сообщении родственникам или учреждению	Если не был госпитализирован		Примечание
				указать причину и принятые меры	отказ в приеме первичный, повторный (вписать)	
9	10	11	12	13	14	15

и т.д. до конца страницы

Код формы по ОКУД _____

наименование учреждения _____

Код учреждения по ОКПО _____

Медицинская документация
Форма N 060/у

**ЖУРНАЛ
учета инфекционных заболеваний**

Начат "....." _____ 20.. г Окончен "....." _____ 20.. г.

Примечание. Графы 13 и 14 заполняются только в санитарно-эпидемиологических станциях.
ф. N 060/у

N п/п	Дата и часы сообщения (приема) по телефону и дата отсылки (получения) первичного экстренного извещения, кто передал, кто принял	Наименование лечебного учреждения, сделавшего сообщение	Фамилия, имя, отчество больного	Возраст (для детей до 3 лет указать месяц и год рождения)	Домашний адрес (город, село, улица, дом N, кв. N)	Наименование места работы, учебы, дошкольного детского учреждения, группа, класс, дата последнего посещения
1	2	3	4	5	6	7

и т.д. до конца страницы

разворот ф. N 060/у

Дата заболевания	Диагноз и дата его установления	Дата, место госпитализации	Дата первичного обращения	Измененный (уточненный) диагноз и дата его установления	Дата эпид. обследования Фамилия обследовавшего	Сообщено о заболеваниях (в СЭС по месту постоянного жительства, в детском учреждении, по месту учебы, работы и др.)	Лабораторное обследование и его результат	Примечание
8	9	10	11	12	13	14	15	16

и т.д. до конца страницы

наименование учреждения, производившего анализ

АНАЛИЗ КРОВИ № _____

Ф.И.О.							
В учреждение							
Корпус					Отделение		
Для врача							
Эритроциты	Гемоглобин	Цветной показатель	Толстая капля		Ретикулоциты	Тромбоциты	Паразиты
			полихром	базоф.			
В 1 куб.мм 4,5 – 5 мм	80 – 100	0,9 – 1,0	+	-	0,6 – 0,8	250 – 460 тысяч	

Лейкоциты	Базо-филы	Эозино-филы	Нейтрофилы				Лимфо-циты	Моно-циты	Индекс сдвига
			миелоц	юные	палоч.	сегмент			
Норма 6 – 8 тысяч	30- 40		-	-	%	63–67%	24–30%	6 – 8 %	- 0,6
Норма в абсол. числах	0 -0,5	180 – 200	-	-	240 – 320	4020 – 5040	1800 – 2400	360 – 640	

Анизоцитоз		Резистентность эритроцитов	миним		
			макс		
Пойкилоцитоз		Свертываемость крови	Начало		
Нормобласты			Конец		
Оседание эритроцитов					
Анализ производил:				Дата	

наименование учреждения _____
Лаборатория _____

АНАЛИЗ КРОВИ № _____
"..." _____ 20... г.
дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. _____
Возраст _____
Учреждение _____ Отделение _____ палата _____
Участок _____ медицинская карта № _____

	Результат	Норма			
		Единицы СИ		Единицы, подлежащие замене	
Гемоглобин М Ж		130,0-160,0 120,0-140,0	г/л	13,0-16,0 12,0-14,0	г %
Эритроциты М Ж		4,0-5,0 3,9-4,7	10 ¹² /л	4,0-5,0 3,9-4,7	млн. в 1 мм ³ (мкл)
Цветовой показатель		0,85-1,05		0,85-1,05	
Среднее содержание гемоглобина в 1 эритроците		30-35	пг	30-35	пг
Ретикулоциты		2-10	‰	2-10	‰
Тромбоциты		180,0-320,0	10 ⁹ /л	180,0 - 320,0	тыс. в 1 мм ³ (мкл)
Лейкоциты		4,0-9,0	10 ⁹ /л	4,0-9,0	тыс. в 1 мм ³ (мкл)

Н е й т р о ф и л ы	Миелоциты	-	% * 10 ⁹ /л	-	% в 1 мм ³ (мкл)
	Метамиелоциты	-	% * 10 ⁹ /л	-	% в 1 мм ³ (мкл)
	Палочкоядерные Сегментоядерные	1-6 0,040-0,300	% * 10 ⁹ /л	1-6 40-300	% в 1 мм ³ (мкл)
		47-72 2,000-5,500	% * 10 ⁹ /л	47-72 2000-5500	% в 1 мм ³ (мкл)
	Эозинофилы	0,5-5 0,020-0,300	% * 10 ⁹ /л	0,5-5 20-300	% в 1 мм ³ (мкл)
Базофилы	0-1 0-0,065	% * 10 ⁹ /л	0-1 0-65	% в 1 куб. мм(мкл)	
Лимфоциты	19-37 1,200-3,000	% * 10 ⁹ /л	19-37 1200-3000	% в 1 мм ³ (мкл)	
Моноциты	3-11 0,090-0,600	% * 10 ⁹ /л	3-11 90-600	% в 1 мм ³ (мкл)	
Плазматические клетки	-	% * 10 ⁹ /л	-	% в 1 мм ³ (мкл)	
Скорость (реакция) оседания М эритроцитов Ж	2-10		2-10		
	2-15	мм/час	2-15	мм/час	

Морфология эритроцитов

Анизоцитоз (макроциты, микроциты, мегалоциты) _____
Пойкилоцитоз _____
Эритроциты с базофильной зернистостью _____
Полихроматофилия _____
Тельца Жолли, кольца Кебота _____
Эритро-, нормобласты (на 100 лейкоцитов) _____
Мегалобласты _____

Морфология лейкоцитов

Гиперсегментация ядер _____
Токсогенная зернистость _____

"..." _____ 20... г.
дата выдачи анализа

Подпись _____

наименование учреждения

НАПРАВЛЕНИЕ НА АНАЛИЗ N _____

"..." _____ 20.. г.
дата взятия биоматериала

В лабораторию _____
Фамилия, И., О. _____
Возраст _____
Учреждение _____ отделение _____
Палата _____ участок _____ медицинская карта N _____
Диагноз, группа диспансерного учета _____
Исследовать (указать консервант) _____
(нужное вписать)

Подпись врача

Лист учета водного баланса.

Дата-----

Отделение----- Палата-----

ФИО----- Возраст-----Масса тела-----

Диагноз-----

ВРЕМЯ	ВЫПИТО	КОЛ-ВО ЖИДКОСТИ	ВРЕМЯ	ВЫДЕЛЕНО МОЧИ
ЗА СУТКИ:	ВСЕГО ВЫПИТО:		ВСЕГО ВЫДЕЛЕНО:	

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Медицинская документация
форма № 003/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. № 1030

наименование учреждения

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА № _____
стационарного больного

Дата и время поступления _____

Дата и время выписки _____

Отделение _____ палата № _____

Переведен в отделение _____

Проведено койко-дней _____

Виды транспортировки: на каталке, на кресле, может идти (подчеркнуть)

Группа крови _____ Резус-принадлежность _____

Побочное действие лекарств (непереносимость) _____

название препарата, характер побочного действия

1. Фамилия, имя, отчество _____

2. Пол _____

3. Возраст _____ (полных лет, для детей: до 1 года - месяцев, до 1 месяца – дней)

4. Постоянное место жительства: город, село (подчеркнуть) _____

вписать адрес, указав для приезжих - область, район,

населенный пункт, адрес родственников и № телефона

5. Место работы, профессия или должность _____

для учащихся - место учебы; для детей - название детского учреждения, школы;

для инвалидов - род и группа инвалидности, иов – да, нет подчеркнуть

6. Кем направлен больной _____

название лечебного учреждения

7. Доставлен в стационар по экстренным показаниям: да, нет

через _____ часов после начала заболевания, получения травмы;

госпитализирован в плановом порядке (подчеркнуть).

8. Диагноз направившего учреждения _____

9. Диагноз при поступлении _____

Диагноз клинический

Дата установления

