

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

**ОТЧЁТ  
по выполнению программы производственной практики  
ПП.01.02. Осуществление ухода за пациентом**

**Специальность: 31.02.01 Лечебное дело**

Обучающийся(щаяся) \_\_\_\_\_  
(ФИО)

группы \_\_\_\_\_ проходил(а) производственную практику в период с 20.06.2024 по 03.07.2024  
на базе \_\_\_\_\_

(Наименование организации, осуществляющей деятельность в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации)

За период практики при формировании профессиональных компетенций, согласно программе производственной практики, выполнил(а) (*указать название и количество выполненных работ самостоятельно и под руководством руководителей практики*):

- ПК 1.1. Осуществлять рациональное перемещение и транспортировку материальных объектов и медицинских отходов: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- ПК 1.2. Обеспечивать соблюдение санитарно-эпидемиологических правил и нормативов медицинской организации: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- ПК 1.3. Осуществлять профессиональный уход за пациентами с использованием современных средств и предметов ухода: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Положительные факторы, влияющие на качество работы:** наличие нормативных документов, профессиональных журналов, справочной литературы, методическая помощь руководителей практики, хорошая теоретическая подготовка, дисциплинированность и трудолюбие, индивидуальная помощь непосредственного руководителя практики, общение с пациентами и их родственниками, общение с персоналом, другое \_\_\_\_\_  
(нужное подчеркнуть, другое указать)

**Отрицательные факторы, влияющие на качество работы:** опоздания, пропуски (прогулы), высокий уровень сложности работы, слабая теоретическая подготовка, затруднения в общении с персоналом, затруднения в общении с пациентами и их родственниками, нерациональная трата времени, другое \_\_\_\_\_  
(нужное подчеркнуть, другое указать)

Подпись обучающегося \_\_\_\_\_

**Ответственный работник от  
организации, осуществляющей  
деятельность в сфере охраны здоровья**

\_\_\_\_\_  
должность

\_\_\_\_\_  
подпись

\_\_\_\_\_  
И.О. Фамилия

М.П. медицинской организации

**Руководитель практической  
подготовки обучающихся**

---

*должность*

---

*подпись*

---

*И.О. Фамилия*