

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

ОТЧЁТ
по выполнению программы производственной практики
ПП.02.01. Документирование и контроль в профессиональной деятельности
медицинской сестры

Специальность: 34.02.01 Сестринское дело

Обучающийся(щаяся) _____
(ФИО)
группы _____ проходил(а) производственную практику в период с 11.06.2024 по 17.06.2024
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 2.1. Заполнять медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа: _____

- ПК 2.2. Использовать в работе медицинские информационные системы и информационно-телекоммуникационную сеть "Интернет": _____

- ПК 2.3. Контролировать выполнение должностных обязанностей находящимся в распоряжении медицинским персоналом: _____

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