

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

ОТЧЁТ

**по выполнению программы производственной практики
ПП.03.01. Здоровый образ жизни и профилактика заболеваний в разные возрастные
периоды**

Специальность: 34.02.01 Сестринское дело

Обучающийся(щаяся) _____
(ФИО)
группы _____ проходил(а) производственную практику в период с 18.06.2024 по 24.06.2024
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 3.1. Консультировать население по вопросам профилактики заболеваний: _____

- ПК 3.2. Пропагандировать здоровый образ жизни: _____

- ПК 3.3. Участвовать в проведении профилактических осмотров и диспансеризации населения: _____

- ПК 3.4. Проводить санитарно-противоэпидемические мероприятия по профилактике инфекционных заболеваний: _____

- ПК 3.5. Участвовать в иммунопрофилактике инфекционных заболеваний: _____

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