

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

# ДНЕВНИК

## ПО ВЫПОЛНЕНИЮ ПРОГРАММЫ УЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ

ПМ.01 Проведение профилактических мероприятий

**УП.01.03. Сестринское дело в системе первичной медико-санитарной  
помощи**

обучающегося(щейся) II курса \_\_\_\_\_ группы

отделения медсестринского

ФИО \_\_\_\_\_

На базе \_\_\_\_\_

специальности 34.02.01 Сестринское дело

г. Пятигорск,  
2024 г.

ПМ.01 Проведение профилактических мероприятий  
**УП.01.03. Сестринское дело в системе первичной медико-санитарной помощи**

Специальность: 34.02.01 Сестринское дело

Обучающийся(щаяся)   II   курса \_\_\_\_\_ группы  
отделения   медсестринского  

ФИО \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Проходившего учебную практику с 27 мая по 01 июня 2024 г.

**Преподаватель** \_\_\_\_\_  
(Фамилия И.О.) (подпись)

**УП.01.03. - 1 неделя – 36 часов**

Инструктаж по технике безопасности прошел обучающийся(щаяся)  
\_\_\_\_\_  
(Фамилия И.О. обучающегося) (подпись)

Инструктаж по технике безопасности провел  
\_\_\_\_\_  
(Фамилия И.О. преподавателя) (подпись)

« 27 »   мая   2024 г.



## МАНИПУЛЯЦИОННЫЙ ЛИСТ

Обучающегося (щейся) \_\_\_\_\_

(ФИО)

Группы \_\_\_\_\_ Специальности 34.02.01 Сестринское дело

Проходившего (шей) учебную практику с 27.05.2024 по 01.06.2024

На базе: \_\_\_\_\_

### ПМ.01 Проведение профилактических мероприятий

#### УП.01.03. Сестринское дело в системе первичной медико-санитарной помощи

ПК 1.1. Проводить мероприятия по сохранению и укреплению здоровья населения, пациента и его окружения.

ПК 1.2. Проводить санитарно-гигиеническое воспитание населения.

ПК 1.3. Участвовать в проведении профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний.

№ пп	Перечень манипуляций (в соответствии с программой учебной практики)	Сформированные ПК	Даты прохождения практики						Всего манипуляций	Оценка, подпись преподавателя
			27.05	28.05	29.05	30.05	31.05	01.06		
1	2	3							4	5
1.	<b>Проведение и осуществление оздоровительных и профилактических мероприятий:</b>	1.1.								
2.	Оценка физического состояния, контроль состояния пациента (расспрос пациента, исследование пульса, измерение АД, подсчет ЧДД, проведение термометрии)									
3.	<b>Организовывать мероприятия по проведению диспансеризации:</b>	1.1.								
4.	Формирование групп здоровья, диспансерных групп (в моделируемых условиях)									
5.	Проведение антропометрических измерений человека в разные возрастные периоды.									
6.	Проведение оценки физического развития.									
7.	Составление плана беседы по обучению населения принципам здорового образа жизни.	1.2.								
8.	Создание средств пропаганды здорового образа жизни									
9.	Составление плана беседы-консультации по вопросам рационального и диетического питания.									
10.	Обучение членов семьи уходу за кожей и профилактике пролежней.									
11.	Работа в Школе здоровья для пациентов с различными заболеваниями.									





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 "... " \_\_\_\_\_ 19 г. Окончен "... " \_\_\_\_\_ 19

Для типографии!  
при изготовлении документа  
формат А4 96 страниц

№ 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

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



Паспорт здоровья

1. Ф.И.О. \_\_\_\_\_  
 2. Пол: М - 1; 2 - Ж \_\_\_\_\_  
 3. Номер страхового полиса обязательного медицинского страхования \_\_\_\_\_  
 4. Дата рождения (число, месяц, год) \_\_\_\_\_  
 5. Адрес места жительства (места пребывания): город - 1, село - 2 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ ул. \_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_ корп. \_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_  
 6. Контактный телефон \_\_\_\_\_  
 7. Медицинская организация, в которой гражданин получает первичную  
 медико-санитарную помощь \_\_\_\_\_  
 (полное наименование, адрес места нахождения)  
 \_\_\_\_\_  
 8. Медицинская организация, в которой гражданину выдан паспорт здоровья  
 \_\_\_\_\_  
 (полное наименование, адрес места нахождения)  
 9. Медицинская карта амбулаторного больного N \_\_\_\_\_  
 10. Установленные заболевания: <1>

Диагноз	Код МКБ-10	Дата постановки диагноза

11. Факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний, являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения Российской Федерации (далее - хронические неинфекционные заболевания) <\*>:

Факторы риска развития заболеваний, развития хронических неинфекционных заболеваний	Дата проведения диспансеризации (профилактического медицинского осмотра)				
Рост (см)					
Вес (кг)					
Индекс массы тела <2>					
Избыточная масса тела (ожирение) (есть, нет)	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет
Уровень общего холестерина крови <3> (указать значение (ммоль/л))					
Дислипидемия <4> (есть, нет)	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет
Уровень глюкозы крови <5> (указать значение (ммоль/л))					

Повышенный уровень глюкозы в крови (есть, нет)	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет
Артериальное давление <6> (указать значение (мм рт. ст.))					
Повышенный уровень артериального давления (есть, нет)	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет
Курение табака <7> (есть, нет)	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет
Низкая физическая активность <8> (есть, нет)	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет
Нерациональное питание <9> (есть, нет)	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет

11. Факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний (продолжение) <\*>:

Риск пагубного потребления алкоголя (есть, нет)	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет
Риск потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача (есть, нет)	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет
Суммарный сердечно-сосудистый риск (указать значение (%); умеренный, средний, высокий)					
Отягощенная наследственность по хроническим неинфекционным заболеваниям (указать заболевания)					
Высокий уровень стресса (есть, нет)	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет
Должность, Ф.И.О. и подпись медицинского работника					

12. Группа состояния здоровья <10>:

Дата					
Группа состояния здоровья					
Должность, Ф.И.О. и подпись медицинского работника					

13. Рекомендации по проведению лабораторных и инструментальных обследований, осмотров (консультаций) врачей-специалистов, мероприятий, направленных на профилактику хронических неинфекционных заболеваний:

Рекомендации	Дата назначения	Должность, Ф.И.О. и подпись медицинского работника

Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_

Код учреждения по ОКПО \_\_\_\_\_

Министерство здравоохранения

Медицинская документация  
Форма N 030/у

\_\_\_\_\_  
(наименование учреждения)

КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА  
диспансерного наблюдения

Фамилия врача \_\_\_\_\_

Дата взятия на учет \_\_\_\_\_

Дата снятия с учета \_\_\_\_\_

Причина снятия \_\_\_\_\_

Код или N медицинской карты амбулаторного  
больного (истории развития ребенка) \_\_\_\_\_

Заболевание, по поводу которого взят под  
диспансерное наблюдение \_\_\_\_\_

Диагноз установлен впервые в жизни \_\_\_\_\_  
(дата)

Заболевание выявлено: при обращении за  
лечением, при профосмотре (подчеркнуть)

1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

М

2. Пол - 3. Дата рождения \_\_\_\_\_ 4. Адрес \_\_\_\_\_

Ж

5. Место работы (учебы) \_\_\_\_\_

6. Профессия (должность) \_\_\_\_\_

7. Контроль посещений \_\_\_\_\_

Назначено явиться																			
Явился																			
Назначено явиться																			
Явился																			

**оборотная сторона ф. N 030/у**

Записи об изменении диагноза, сопутствующих заболеваниях, осложнениях \_\_\_\_\_

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

Лечебно-профилактические мероприятия (госпитализация, санаторно-курортное  
лечение, трудоустройство, перевод на инвалидность)

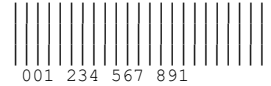
Дата	Мероприятия

Подпись врача \_\_\_\_\_

З  
А  
П  
О  
Л  
Н  
Я  
Е  
Т  
С  
Я  
  
В  
Р  
А  
Ч  
О  
М  
  
М  
Е  
Д  
И  
Ц  
И  
Н  
С  
К  
О  
Й  
  
О  
Р  
Г  
А  
Н  
И  
З  
А  
П  
О  
М  
О  
У  
Щ  
И  
М

Матричный код

ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ



первичный  дубликат  продолжение листка нетрудоспособности N

(наименование медицинской организации)

(адрес медицинской организации)

Дата выдачи  -  -

Печать  
медицинской  
организации

(ОГРН)

-  -  м  ж

(Дата рождения)

Причина нетрудоспособности код доп код код изм.

(место работы - наименование организации)

Основное  По совместительству  N

Состоит на учете в государственных учреждениях службы занятости

-  -  -

дата 1

дата 2

N путевки

ОГРН санатория или клиники НИИ

возраст (лет/мес.) родственная связь ФИО члена семьи, за которым осуществляется уход

Поставлена на учет в ранние сроки беременности (до 12 недель) да  нет

Отметки о нарушении режима  Дата  -  -  Подпись врача

Находился в стационаре: с  -  -  по  -  -

Печать  
учреждения  
медико-  
социальной  
экспертизы

Дата направления в бюро МСЭ  -  -  Освидетельствован в бюро МСЭ

Дата регистрации документов в бюро МСЭ:  -  -   -  -

Установлена/изменена группа инвалидности  Подпись руководителя бюро МСЭ

ОСВОЖДЕНИЕ ОТ РАБОТЫ

С какого числа	По какое число	Должность врача	Фамилия и инициалы врача или идентификационный номер	Подпись врача
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ПРИСТУПИТЬ К РАБОТЕ

с  -  -  Иное:   -  -

Выдан листок нетрудоспособности (продолжение) N

Печать  
медицинской  
организации

Подпись врача:

З А П О Л Н Я Е Т С Я Р А Б О Т О Д А Т Е Л М																Основное	<input type="checkbox"/>	По совместительству	<input type="checkbox"/>											
	(место работы - наименование организации)																													
	Регистрационный N										/					Код подчиненности														
	ИНН нетрудоспособного:															СНИЛС					<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>									
	Условия исчисления										<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Акт формы Н-1 от					<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>					Печать работодателя				
	Дата начала работы										<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>																			
	Страховой стаж:										<input type="checkbox"/> лет <input type="checkbox"/> мес.					в т.ч. нестраховые периоды:					<input type="checkbox"/> лет <input type="checkbox"/> мес.									
	Причитается пособие за период:										с					<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>					по					<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>				
	Средний заработок для исчисления пособия:										<input type="checkbox"/> р <input type="checkbox"/> к.					Средний дневной заработок					<input type="checkbox"/> р <input type="checkbox"/> к.									
	Сумма пособия:										за счет средств работодателя					<input type="checkbox"/> р <input type="checkbox"/> к.					за счет средств Фонда социального страхования Российской Федерации					<input type="checkbox"/> р <input type="checkbox"/> к.				
ИТОГО начислено										<input type="checkbox"/> р <input type="checkbox"/> к.																				
Фамилия и инициалы руководителя:																									Подпись -----					
Фамилия и инициалы гл. бухгалтера:																									Подпись -----					
линия отреза																														

**АТТЕСТАЦИОННЫЙ ЛИСТ**  
**оценки результатов учебной практики УП.01.03.**

(Ф.И.О. обучающегося)

по программе учебной практики

специальность

**34.02.01 Сестринское дело**

ПМ.01 Проведение профилактических мероприятий

УП.01.03. Сестринское дело в системе первичной медико-санитарной помощи населению  
(наименование профессионального модуля)

в объеме 36 часов с « 27 » мая 2024 г. по « 01 » июня 2024 г.

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

Первичная медико-санитарная помощь. Виды лечебных учреждений. Понятие АПП. Виды медицинской помощи.

Профилактика неинфекционных заболеваний. Группы населения. Уровни здоровья. Профилактические медицинские осмотры. Основные задачи ЗОЖ.

Диспансеризация населения. Принципы и этапы диспансеризации. Школы здоровья.

Диспансеризация населения. Профилактическое консультирование в рамках диспансеризации взрослого населения.

Профилактика инфекционных заболеваний. Противозидемические мероприятия в очаге инфекции. Иммунизации. Возрастные особенности иммунитета.

Направление деятельности сестринского персонала. Экспертиза трудоспособности.

**Профессиональные компетенции, соответствующие виду профессиональной деятельности**

**Уровень сформированности профессиональной компетенции, (оценка, балл)**

ПК 1.1. Проводить мероприятия по сохранению и укреплению здоровья населения, пациента и его окружения.

ПК 1.2. Проводить санитарно-гигиеническое воспитание населения.

ПК 1.3. Участвовать в проведении профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний.

Уровень сформированности ПК для данного вида профессиональной деятельности, балл

Дата « 01 » июня 2024 г.

Преподаватель

Ф.И.О

подпись