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,

2023 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 29 мая по 03 июня 2023 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)*

«\_29\_»\_\_\_мая\_\_\_2023 г.

# ЛИСТ ЕЖЕДНЕВНОЙ РАБОТЫ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Тема занятия | Содержание работы обучающегося  ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  В разделе описывается теоретическая и практическая работа обучающегося в данный день практики. | Оценка, подпись преподавателя |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

# **МАНИПУЛЯЦИОННЫЙ ЛИСТ**

Обучающегося (щейся) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО)

Группы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Специальности \_\_\_34.02.01 Сестринское дело\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проходившего (шей) учебную практику с \_\_29.05.2023\_\_\_ по \_03.06.2023

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 препода-вателя** |
| 29.05 | 30.05 | 31.05 | 01.06 | 02.06 | 03.06 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | **Проведение и осуществление оздоровительных и профилак-тических мероприятий:** | 1.1. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Оценка физического состояния, контроль состояния пациента (расспрос пациента, исследование пульса, измерение АД, подсчет ЧДД, проведение термометрии) |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Организовывать мероприятия по**  **проведению диспансеризации:** | 1.1. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Формирование групп здоровья, диспансерных групп (в моделируемых условиях) |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Проведение антропометрических измерений человека в разные возрастные периоды. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Проведение оценки физического развития. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Составление плана беседы по обучению населения принципам здорового образа жизни. | 1.2. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Создание средств пропаганды здорового образа жизни |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Составление плана беседы-консу-льтации по вопросам рацио-нального и диетического питания. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Обучение членов семьи уходу за кожей и профилактике пролежней. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Работа в Школе здоровья для пациентов с различными заболеваниями. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 | 2 | 3 | 29.05 | 30.05 | 31.05 | 01.06 | 02.06 | 03.06 | 4 | 5 |
|  | Проведение профилактических мероприятий при осуществлении сестринского ухода. | 1.3. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Выявление факторов риска ХИЗ, ХНИЗ (в моделируемых условиях) |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Составление планов противоэпидемических мероприятий |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Составление плана профилактических прививок |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Составление плана беседы-консультации пациента по вопросам иммунопрофилактики. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Контроль состояния пациента при проведении иммунопрофилактики. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Заполнение медицинской документации. | 1.1.  1.2.  1.3. |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование медицинской организации |  | Код формы по ОКУД |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Код организации по ОКПО |  |
|  | Медицинская документация | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Адрес |  |  | Учетная форма № 025/у |
|  | Утверждена приказом Минздрава России |
|  |  |  | от 15 декабря 2014 г. № 834н |

**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА  
ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ**

|  |  |
| --- | --- |
| **В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ №** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Дата заполнения медицинской карты: число |  | месяц |  | год |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **2. Фамилия, имя, отчество** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3. Пол: муж. - 1, жен. - 2** | **4. Дата рождения: число** |  | **месяц** |  | **год** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **5. Место регистрации: субъект Российской Федерации** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **район** |  | **город** |  | **населенный пункт** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **улица** |  | **дом** |  | **квартира** |  | **тел.** |  |

**6. Местность: городская - 1, сельская - 2**

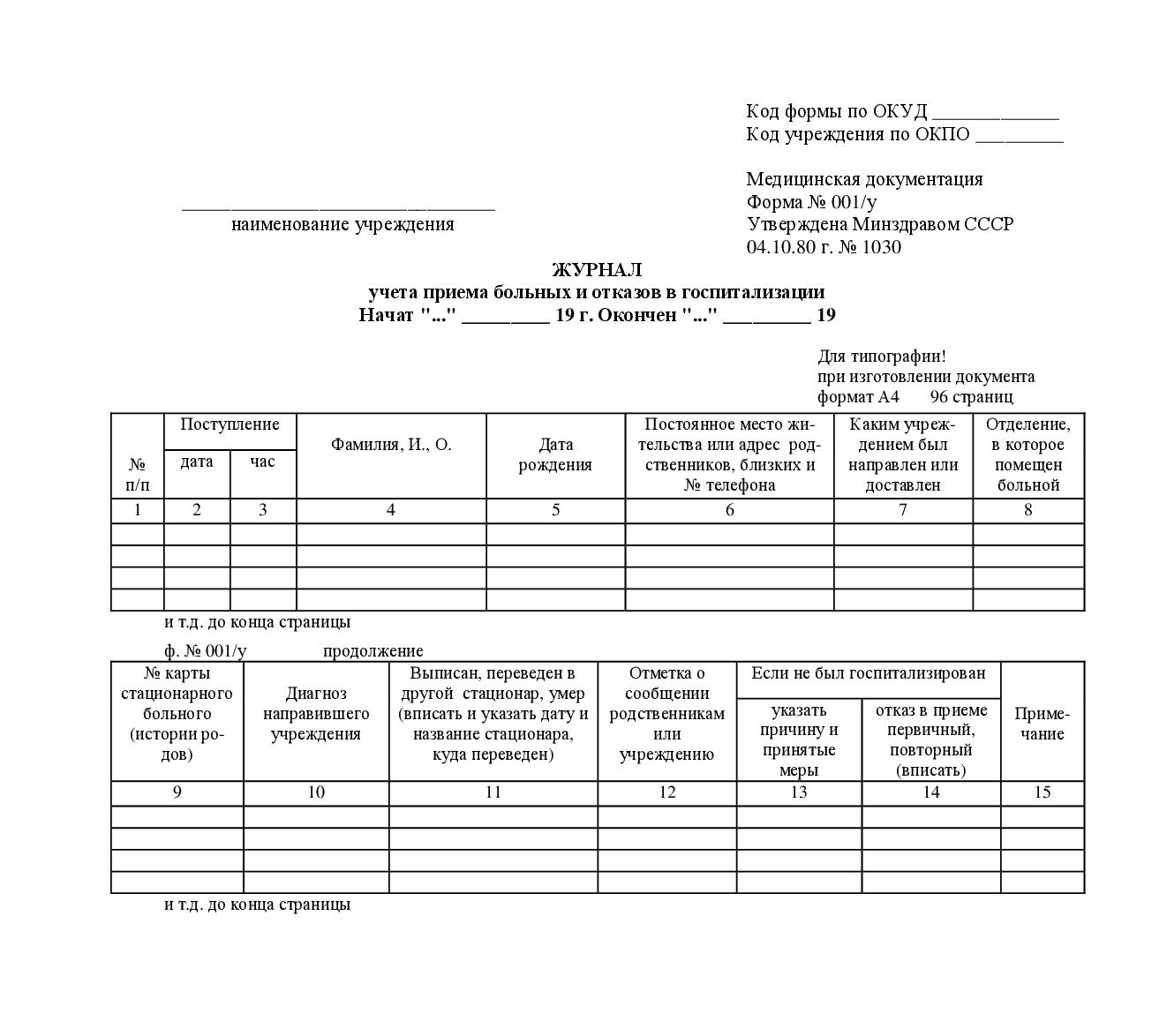
|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **7. Полис ОМС: серия** |  | **№** |  | **8. СНИЛС** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **9. Наименование страховой медицинской организации** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **10. Код категории льготы** |  | **11. Документ** |  | **: серия** |  | **№** |  |

**12. Заболевания, по поводу которых осуществляется диспансерное наблюдение:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Дата начала диспансерного наблюдения** | **Дата прекращения диспансерного наблюдения** | **Диагноз** | **Код по МКБ-10** | **Врач** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |



**Форма №058/у**

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

Медицинская документация

Учетная форма N 125/у-ПЗ

Утверждена приказом Минздрава России

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_

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>](#P1184)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Диагноз | Код [МКБ-10](consultantplus://offline/ref=714B8E19A0CD52320AF9F74785E462768CD0598DB4035EE1F109AC0E1FM) | Дата постановки диагноза |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

11. Факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний,

являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности

населения Российской Федерации (далее - хронические неинфекционные

заболевания) [<\*\*>](#P1197):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Факторы риска развития заболеваний, развития хронических неинфекционных заболеваний | Дата проведения диспансеризации (профилактического медицинского осмотра) | | | | |
|  |  |  |  |  |
| Рост (см) |  |  |  |  |  |
| Вес (кг) |  |  |  |  |  |
| Индекс массы тела [<2>](#P1185) |  |  |  |  |  |
| Избыточная масса тела (ожирение) (есть, нет) | Да/Нет | Да/Нет | Да/Нет | Да/Нет | Да/Нет |
| Уровень общего холестерина крови [<3>](#P1186) (указать значение (ммоль/л)) |  |  |  |  |  |
| Дислипидемия [<4>](#P1187) (есть, нет) | Да/Нет | Да/Нет | Да/Нет | Да/Нет | Да/Нет |
| Уровень глюкозы крови [<5>](#P1188) (указать значение (ммоль/л)) |  |  |  |  |  |
| Повышенный уровень глюкозы в крови (есть, нет) | Да/Нет | Да/Нет | Да/Нет | Да/Нет | Да/Нет |
| Артериальное давление [<6>](#P1189) (указать значение (мм рт. ст.)) |  |  |  |  |  |
| Повышенный уровень артериального давления (есть, нет) | Да/Нет | Да/Нет | Да/Нет | Да/Нет | Да/Нет |
| Курение табака [<7>](#P1190) (есть, нет) | Да/Нет | Да/Нет | Да/Нет | Да/Нет | Да/Нет |
| Низкая физическая активность [<8>](#P1191) (есть, нет) | Да/Нет | Да/Нет | Да/Нет | Да/Нет | Да/Нет |
| Нерациональное питание [<9>](#P1192) (есть, нет) | Да/Нет | Да/Нет | Да/Нет | Да/Нет | Да/Нет |

11. Факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний

(продолжение) [<\*\*>](#P1197):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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>](#P1193):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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

│Код или N медицинской карты амбулаторного

Фамилия врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_│больного (истории развития ребенка) \_\_\_\_\_\_\_

Дата взятия на учет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_│Заболевание, по поводу которого взят под

Дата снятия с учета \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_│диспансерное наблюдение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Причина снятия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_│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│ │ │ [ЛИСТОК](consultantplus://offline/ref=8BEB313E38E6FF58AE6B6AFADC97EDA8B5D1C7B370DCFC60A7C89357P5ODI) НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ │││││││││││││││││││││││ │

│А│ │ │ │││││││││││││││││││││││ │

│П│ │ Матричный код │ 001 234 567 891

│О│ │ │ ┌─┐ ┌─┐ ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│Л│ │ │ первичный │ │ дубликат │ │ продолжение листка N │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│Н│ │ │ └─┘ └─┘ нетрудоспособности └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

│Я│ │ │ ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│Е│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│Т│ └───────────────┘ └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

│С│ (наименование медицинской организации)

│Я│ ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│В│ └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

│Р│ (адрес медицинской организации)

│А│ ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐ Печать

│Ч│ Дата выдачи │ │ │-│ │ │-│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ медицинской

│О│ └─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┘ └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ организации

│М│ (ОГРН)

│ │ ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐ ┌─┐ ┌─┐

│М│Ф │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │-│ │ │-│ │ │ │ │ м │ │ ж │ │

│Е│ └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┘ └─┘ └─┘

│Д│ ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐ (Дата рождения)

│И│И │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│Ц│ └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

│И│ ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┐ ┌─┬─┐

│Н│О │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│С│ └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ Причина └─┴─┘ └─┴─┴─┘ └─┴─┘

│К│ (фамилия, имя, отчество нетрудоспособного) нетрудоспособности код доп код код изм.

│О├─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│Й│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│ ├─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

│ │ (место работы - наименование организации) Состоит на учете

│О│ ┌─┐ По ┌─┐ ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐ в государственных учреждениях ┌─┐

│Р│Основное │ │ совместительству│ │ N │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ службы занятости │ │

│Г├─────┬─┬─┼─┼─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┼─┼─┬─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┬─┬──────┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┼─┼─┬─┐

│А│ │ │ │-│ │ │-│ │ │ │ │ │ │ │-│ │ │-│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│Н│ └─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┘ └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

│И│ дата 1 дата 2 N путевки ОГРН санатория или клиники НИИ

│З├────┬─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

│А│по │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│Ц│ухо-├─┼─┤ ├─┼─┤ ├─┼─┤ ├─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┤

│И│ду │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│И├────┴─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

│ │ возраст родственная связь ФИО члена семьи, за которым осуществляется уход

│ │ (лет/мес.)

│ ├─────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────

│ │ ┌─┐ ┌─┐

│ │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-

│ │Дата направления в бюро МСЭ │ │ │-│ │ │-│ │ │ │ │ Освидетельствован в бюро МСЭ социальной

│ │ └─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┘ экспертизы

│ │Дата регистрации документов ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

│ │ в бюро МСЭ: │ │ │-│ │ │-│ │ │ │ │ │ │ │-│ │ │-│ │ │ │ │

│ │ └─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┘

│ │ ┌─┐ ┌──────────┐

│ │Установлена/изменена группа инвалидности │ │ Подпись руководителя бюро МСЭ │ │

│ │ └─┘ └──────────┘

│ │ ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ РАБОТЫ

│ ├───────────────────┬───────────────────┬─────────────────┬────────────────────────────┬─────────────┐

│ │ С какого числа │ По какое число │ Должность врача │Фамилия и инициалы врача или│ Подпись │

│ │ │ │ │ идентификационный номер │ врача │

│ ├─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┼─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┼─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┼─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬──┼─────────────┤

│ │ │ │-│ │ │-│ │ │ │ │ │ │-│ │ │-│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│ ├─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┼─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼──┤ │

│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│ ├─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┼─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼──┼─────────────┤

│ │ │ │-│ │ │-│ │ │ │ │ │ │-│ │ │-│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│ ├─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┼─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼──┤ │

│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

│ ├─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┼─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼──┼─────────────┤

│ ┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼──┼─────────────┼

│ ├─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┼─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼──┤ │

│ │ │ ┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼─┼──┼─────────────┼

│ ├───────────────────┴───────────────────┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴──┴─────────────┘

│ │ ПРИСТУПИТЬ К РАБОТЕ

│ │ ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

│ │С │ │ │-│ │ │-│ │ │ │ │ Иное: │ │ │ │ │ │-│ │ │-│ │ │ │ │

│ │ └─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┘

│ │ ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐ Печать

│ │Выдан листок нетрудоспособности (продолжение) N │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ медицинской

│ │ └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ организации

│ │ ┌──────────────────┐

│ │Подпись врача: │ │

│ │ └──────────────────┘

├─┼─────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────

│З├─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐ ┌─┐ ┌─┐

│А│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ Основное │ │ По совместительству │ │

│П├─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ └─┘ └─┘

│О│ (место работы - наименование организации)

│Л│ ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┬─┐

│Н│Регистрационный N │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │/│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ Код подчиненности │ │ │ │ │ │

│Я│ └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ └─┴─┴─┴─┴─┘

│Е│ ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┬─┐ ┌─┬─┬─┐ ┌─┬─┬─┐ ┌─┬─┐

│Т│ИНН нетрудоспособного: │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ СНИЛС │ │ │ │-│ │ │ │-│ │ │ │-│ │ │

│С│ (при наличии) └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ └─┴─┴─┘ └─┴─┴─┘ └─┴─┴─┘ └─┴─┘

│Я│ ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐ Печать

│ │Условия исчисления │ │ │ │ │ │ │ │ │ Акт формы Н-1 от │ │ │-│ │ │-│ │ │ │ │ работодателя

│Р│ └─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┘

│А│ ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

│Б│Дата начала работы │ │ │-│ │ │-│ │ │ │ │

│О│ └─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┘

│Т│ ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┐

│О│Страховой стаж: │ │ │ лет │ │ │ мес. в т.ч. нестраховые периоды: │ │ │ лет │ │ │ мес.

│Д│ └─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┘

│А│ ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

│Т│Причитается пособие за период: с │ │ │-│ │ │-│ │ │ │ │ по │ │ │-│ │ │-│ │ │ │ │

│Е│ └─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┘

│Л│Средний заработок ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┐ Средний дневной ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┐

│Е│для исчисления пособия: │ │ │ │ │ │ │ │р │ │ │к. заработок │ │ │ │ │ │ │р │ │ │к.

│М│ └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┴─┴─┘ └─┴─┘

│ │Сумма пособия: за счет ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┐ за счет средств ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┐

│ │ средств │ │ │ │ │ │ │р │ │ │к. Фонда социального │ │ │ │ │ │ │р │ │ │к.

│ │ работодателя └─┴─┴─┴─┴─┴─┘ └─┴─┘ страхования └─┴─┴─┴─┴─┴─┘ └─┴─┘

│ │ Российской Федерации

│ │ ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┐

│ │ИТОГО начислено │ │ │ │ │ │ │р │ │ │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 «\_29\_» \_\_мая\_\_\_ 2023 г. по « \_03\_» \_\_июня\_\_ 2023 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. Противоэпидемические 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 «\_03\_» \_июня\_\_ 2023 г.

Преподаватель

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

Ф.И.О подпись