

ХАРАКТЕРИСТИКА

на обучающегося по итогам производственной практики

ПП.01.02. Осуществление ухода за пациентом

Обучающийся(щаяся) _____ (ФИО)

группы _____ курса II Специальности 31.02.01 Лечебное дело

Проходил(а) производственную практику ПП.01.02. Осуществление ухода за пациентом

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

с 21.06.2025 по 04.07.2025

За время прохождения производственной практики:

1. Получил(а) практический опыт по виду профессиональной деятельности: осуществление профессионального ухода за пациентами.

2. Продемонстрировал(а) формирование профессиональных компетенций:

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

3. Внешний вид обучающегося _____.

4. Индивидуальные особенности (морально-волевые качества, инициатива, выдержка, уравновешенность, отношение к сотрудникам и др.) _____

5. Проявил(а) комплексное формирование следующих общих компетенций:

ОК 01. Выбирать способы решения задач профессиональной деятельности применительно к различным контекстам
ОК 02. Использовать современные средства поиска, анализа и интерпретации информации, и информационные технологии для выполнения задач профессиональной деятельности
ОК 04. Эффективно взаимодействовать и работать в коллективе и команде
ОК 05. Осуществлять устную и письменную коммуникацию на государственном языке Российской Федерации с учетом особенностей социального и культурного контекста
ОК 09. Пользоваться профессиональной документацией на государственном и иностранном языках

6. ☐ Сформировал(а) / ☐ Не сформировал(а) в полном объеме профессиональные и общие компетенции в соответствии с программой производственной практики.

7. ☐ Опоздания имеются / ☐ не имеются // Наличие пропусков (количество часов) _____

8. Замечания и рекомендации _____

Ответственный работник от организации,
осуществляющей деятельность в сфере охраны
здоровья

_____ *должность*

_____ *подпись*

_____ *И.О. Фамилия*

М.П. медицинской организации