

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

ОТЧЁТ

по выполнению программы производственной практики (по профилю специальности)

ПМ.02 Лечебная деятельность

ПП.02.04. Лечение пациентов детского возраста

Специальность: 31.02.01 Лечебное дело

Обучающийся(щаяся) _____

(ФИО)

группы _____ проходил(а) производственную практику в период с 10.06.2024 по 22.06.2024
на базе _____

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

За период практики при освоении профессиональных компетенций, согласно программе производственной практики, выполнил(а) *(указать название и количество выполненных работ самостоятельно и под руководством руководителя практики)*:

- ПК 2.1. Определять программу лечения пациентов различных возрастных групп: _____

- ПК 2.2. Определять тактику ведения пациента: _____

- ПК 2.3. Выполнять лечебные вмешательства: _____

- ПК 2.4. Проводить контроль эффективности лечения: _____

- ПК 2.5. Осуществлять контроль состояния пациента: _____

- ПК 2.6. Организовывать специализированный сестринский уход за пациентом: _____

- ПК 2.7. Организовывать оказание психологической помощи пациенту и его окружению: _____

- ПК 2.8. Оформлять медицинскую документацию: _____

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*