

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

# ДНЕВНИК

ПО ВЫПОЛНЕНИЮ ПРОГРАММЫ

## учебной практики

профессионального модуля

ПМ.02 Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах

**УП.02.01. Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях**

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

отделения медсестринского

ФИО \_\_\_\_\_

На базе \_\_\_\_\_

специальности **34.02.01 Сестринское дело**

г. Пятигорск,  
2024 г.

**ПМ.02 Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах**

УП.02.01. Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях

**Раздел 02.01.4 Сестринский уход при инфекционных заболеваниях**

Специальность: 34.02.01 Сестринское дело

Обучающийся(щаяся) IV курса \_\_\_\_\_ группы

отделения медсестринского

ФИО \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Проходившего учебную практику с 13 ноября по 19 ноября 2024 г.

Преподаватель \_\_\_\_\_

(Фамилия И.О.)

(подпись)

**УП.02.01. 1 неделя – 36 часов**

Раздел 02.01.4 Сестринский уход при инфекционных заболеваниях - 36 часов

Инструктаж по технике безопасности прошел обучающийся(щаяся)

\_\_\_\_\_ (ФИО обучающегося)

\_\_\_\_\_ (подпись)

Инструктаж по технике безопасности провел преподаватель

«   » \_\_\_\_\_ 2024 г.

\_\_\_\_\_ (ФИО)

\_\_\_\_\_ (подпись)

Инструктаж по технике безопасности в организации, осуществляющей деятельность в сфере охраны здоровья, провел \_\_\_\_\_

МП

\_\_\_\_\_ (ФИО)

\_\_\_\_\_ (подпись)

«13» ноября 2024 г.







| 1                                    | 2  | 3    | 13.11 | 14.11 | 15.11 | 16.11 | 18.11 | 19.11 | 4 | 5 |
|--------------------------------------|--|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|---|---|
| 20.                                  | Стерилизация изделий медицинского назначения   | 2.5. |       |       |       |       |       |       |   |   |
| 21.                                  | Соблюдения правил использования мельцеровского бокса.  | 2.5. |       |       |       |       |       |       |   |   |
| 22.                                  | Одевание и снятие противочумного костюма.  | 2.5. |       |       |       |       |       |       |   |   |
| 23.                                  | Работа с аварийной аптечкой.   | 2.5. |       |       |       |       |       |       |   |   |
| 24.                                  | Соблюдение правил противоэпидемического режима   | 2.5  |       |       |       |       |       |       |   |   |
| 25.                                  | Заполнение медицинской документации:   | 2.6  |       |       |       |       |       |       |   |   |
|                                      | - Журнал учета приема больных и отказов в госпитализации (форма 001/у);<br>- Медицинская карта стационарного больного (форма 003/у);<br>- Температурный лист (форма 004/у)<br>- Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, венерической болезни, трихофитии, микроспории, фавуса, чесотки, трахомы, психического заболевания (форма №089/у)<br>- Карта, выбывшего из стационара (форма 066/у);<br>- Порционное требование;<br>- Экстренное извещение о пищевом, остром профессиональном отравлении и необычной реакции на прививку (форма 058/у);<br>- Журнал учета инфекционных заболеваний (форма 060/у);<br>- Журнал регистрации анализов и их результатов (отдельно по ВИЧ-инфекции, RW) (форма №260/у)<br>- Направления на лабораторные исследования. | 2.6  |       |       |       |       |       |       |   |   |
| 26.                                  | Планирование рекомендаций для реконвалесцента в реабилитационный период.   | 2.7  |       |       |       |       |       |       |   |   |
| 27.                                  | Составление санитарных бюллетеней, планов бесед для санпросвет работы  | 2.7. |       |       |       |       |       |       |   |   |
| 28.                                  | Осуществление паллиативной помощи пациентам при ООИ (умывать, кормить, давать пить, проводить обработку полости рта, глаз, ушей, проводить смену нательного и постельного белья и т.д.)  | 2.8  |       |       |       |       |       |       |   |   |
| Преподаватель _____<br>ФИО (подпись) |  |      |       |       |       |       |       |       |   |   |

**АТТЕСТАЦИОННЫЙ ЛИСТ**  
**оценки результатов учебной практики УП.02.01.**

(Ф.И.О. обучающегося)

по программе учебной практики

специальность

**34.02.01 Сестринское дело**

ПМ.02 Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах

УП.02.01. Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях

(наименование профессионального модуля)

в объеме 36 часов с «13» ноября 2024 г. по «19» ноября 2024 г.

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

Инфекционная безопасность медицинского персонала.

Сестринский уход при кишечных инфекциях.

Сестринский уход при инфекциях дыхательных путей.

Сестринский уход при кровяных инфекциях.

Сестринский уход при инфекциях наружных покровов и гемоконтактных инфекциях.

Сестринский уход при зоонозных инфекциях.

| <b>Профессиональные компетенции, соответствующие виду профессиональной деятельности</b>   | <b>Уровень формирования профессиональной компетенции,<br/>(ПК не сформирована, низкий, средний, высокий)</b> |
|---|--|
| ПК 2.1. Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательств.  |  |
| ПК 2.2. Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса.                                |  |
| ПК 2.3. Сотрудничать со взаимодействующими организациями и службами   |  |
| ПК 2.4. Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования.   |  |
| ПК 2.5. Соблюдать правила использования аппаратуры, оборудования и изделий медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса |  |
| ПК 2.6. Вести утверждённую медицинскую документацию   |  |
| ПК 2.7. Осуществлять реабилитационные мероприятия   |  |
| ПК 2.8. Оказывать паллиативную помощь   |  |

**Уровень сформированности профессиональных компетенций/ оценка по пятибалльной системе\*:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(не сформированы, низкий, средний, высокий)

(отлично, хорошо, удовлетворительно, неудовлетворительно)

Дата «19» ноября 2024 г.

Преподаватель

\_\_\_\_\_

Ф.И.О

\_\_\_\_\_

подпись

\* «Отлично» - высокий уровень, «хорошо» - средний уровень, «удовлетворительно» - низкий уровень, «неудовлетворительно» - наличие отметки «ПК не сформирована» хоть по одной ПК.

**Карта сестринского процесса**

| <b>Проблемы<br/>пациента</b> | <b>Цели<br/>краткосроч-<br/>ные</b> | <b>Цели<br/>долгосрочн<br/>ые</b> | <b>План</b> | <b>Реализация с<br/>мотивацией</b> | <b>Оценка</b> |
|------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------|------------------------------------|---------------|
| 1                            | 2                                   | 3                                 | 4           | 5                                  | 6             |
|                              |                                     |                                   |             |                                    |               |

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

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 "... " \_\_\_\_\_ 20 г. Окончен "... " \_\_\_\_\_ 20**

| № 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

Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_

наименование учреждения \_\_\_\_\_

Код учреждения по ОКПО \_\_\_\_\_

Медицинская документация  
Форма N 060/у

**ЖУРНАЛ  
учета инфекционных заболеваний**

Начат "....." \_\_\_\_\_ 20.. г Окончен "....." \_\_\_\_\_ 20.. г.

Примечание. Графы 13 и 14 заполняются только в санитарно-эпидемиологических станциях.  
ф. N 060/у

| N п/п | Дата и часы сообщения (приема) по телефону и дата отсылки (получения) первичного экстренного извещения, кто передал, кто принял | Наименование лечебного учреждения, сделавшего сообщение | Фамилия, имя, отчество больного | Возраст (для детей до 3 лет указать месяц и год рождения ) | Домашний адрес (город, село, улица, дом N, кв. N) | Наименование места работы, учебы, дошкольного детского учреждения, группа, класс, дата последнего посещения |
|-------|---|---|---------------------------------|--|---|---|
| 1     | 2   | 3   | 4                               | 5  | 6   | 7   |
|       |   |   |                                 |  |   |   |
|       |   |   |                                 |  |   |   |
|       |   |   |                                 |  |   |   |
|       |   |   |                                 |  |   |   |

и т.д. до конца страницы

разворот ф. N 060/у

| Дата заболевания | Диагноз и дата его установления | Дата, место госпитализации | Дата первичного обращения | Измененный (уточненный) диагноз и дата его установления | Дата эпид. обследования Фамилия обследовавшего | Сообщено о заболеваниях (в СЭС по месту постоянного жительства, в детском учреждении, по месту учебы, работы и др.) | Лабораторное обследование и его результат | Примечание |
|------------------|---------------------------------|----------------------------|---------------------------|---|--|---|---|------------|
| 8                | 9                               | 10                         | 11                        | 12  | 13   | 14  | 15  | 16         |
|                  |                                 |                            |                           |   |  |   |   |            |
|                  |                                 |                            |                           |   |  |   |   |            |
|                  |                                 |                            |                           |   |  |   |   |            |
|                  |                                 |                            |                           |   |  |   |   |            |

и т.д. до конца страницы

наименование учреждения, производившего анализ

**АНАЛИЗ КРОВИ № \_\_\_\_\_**

|              |  |           |  |
|--------------|--|-----------|--|
| Ф.И.О.       |  |           |  |
| В учреждение |  |           |  |
| Корпус       |  | Отделение |  |
| Для врача    |  |           |  |

| Эритроциты            | Гемоглобин | Цветной показатель | Толстая капля |        | Ретикулоциты | Тромбоциты      | Паразиты |
|-----------------------|------------|--------------------|---------------|--------|--------------|-----------------|----------|
|                       |            |                    | полихром      | базоф. |              |                 |          |
| В 1 куб.мм 4,5 – 5 мм | 80 – 100   | 0,9 – 1,0          | +             | -      | 0,6 – 0,8    | 250 – 460 тысяч |          |
|                       |            |                    |               |        |              |                 |          |

| Лейкоциты             | Базо-филы | Эозино-филы | Нейтрофилы |      |           |             | Лимфоциты   | Моноциты  | Индекс сдвига |
|-----------------------|-----------|-------------|------------|------|-----------|-------------|-------------|-----------|---------------|
|                       |           |             | миелоц     | юные | палоч.    | сегмент     |             |           |               |
| Норма 6 – 8 тысяч     | 30- 40    |             | -          | -    | %         | 63–67%      | 24–30%      | 6 – 8 %   | - 0,6         |
| Норма в абсол. числах | 0 -0,5    | 180 – 200   | -          | -    | 240 – 320 | 4020 – 5040 | 1800 – 2400 | 360 – 640 |               |
|                       |           |             |            |      |           |             |             |           |               |
|                       |           |             |            |      |           |             |             |           |               |

|                      |  |                            |        |  |
|----------------------|--|----------------------------|--------|--|
| Анизоцитоз           |  | Резистентность эритроцитов | миним  |  |
|                      |  |                            | макс   |  |
| Пойкилоцитоз         |  | Свертываемость крови       | Начало |  |
| Нормобласты          |  |                            | Конец  |  |
| Оседание эритроцитов |  |                            |        |  |
| Анализ производил:   |  | Дата                       |        |  |

наименование учреждения \_\_\_\_\_  
Лаборатория \_\_\_\_\_

**АНАЛИЗ КРОВИ № \_\_\_\_\_**  
"..." \_\_\_\_\_ 20... г.  
дата взятия биоматериала

Фамилия, И., О. \_\_\_\_\_  
Возраст \_\_\_\_\_  
Учреждение \_\_\_\_\_ Отделение \_\_\_\_\_ палата \_\_\_\_\_  
Участок \_\_\_\_\_ медицинская карта № \_\_\_\_\_

|   | Результат | Норма                      |                     |                            |                                   |
|---|-----------|----------------------------|---------------------|----------------------------|-----------------------------------|
|   |           | Единицы СИ                 |                     | Единицы, подлежащие замене |                                   |
| Гемоглобин М<br>Ж                             |           | 130,0-160,0<br>120,0-140,0 | г/л                 | 13,0-16,0<br>12,0-14,0     | г %                               |
| Эритроциты М<br>Ж                             |           | 4,0-5,0<br>3,9-4,7         | 10 <sup>12</sup> /л | 4,0-5,0<br>3,9-4,7         | млн. в<br>1 мм <sup>3</sup> (мкл) |
| Цветовой показатель                           |           | 0,85-1,05                  |                     | 0,85-1,05                  |                                   |
| Среднее содержание гемоглобина в 1 эритроците |           | 30-35                      | пг                  | 30-35                      | пг                                |
| Ретикулоциты                                  |           | 2-10                       | ‰                   | 2-10                       | ‰                                 |
| Тромбоциты                                    |           | 180,0-320,0                | 10 <sup>9</sup> /л  | 180,0 -<br>320,0           | тыс. в<br>1 мм <sup>3</sup> (мкл) |
| Лейкоциты                                     |           | 4,0-9,0                    | 10 <sup>9</sup> /л  | 4,0-9,0                    | тыс. в<br>1 мм <sup>3</sup> (мкл) |

|  |                                   |                        |                        |                                |                                |
|--|-----------------------------------|------------------------|------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Н<br>е<br>й<br>т<br>р<br>о<br>ф<br>и<br>л<br>ы | Миелоциты                         | -                      | % * 10 <sup>9</sup> /л | -                              | % в<br>1 мм <sup>3</sup> (мкл) |
|  | Метамиелоциты                     | -                      | % * 10 <sup>9</sup> /л | -                              | % в<br>1 мм <sup>3</sup> (мкл) |
|  | Палочкоядерные<br>Сегментоядерные | 1-6<br>0,040-0,300     | % * 10 <sup>9</sup> /л | 1-6<br>40-300                  | % в<br>1 мм <sup>3</sup> (мкл) |
|  |                                   | 47-72<br>2,000-5,500   | % * 10 <sup>9</sup> /л | 47-72<br>2000-5500             | % в<br>1 мм <sup>3</sup> (мкл) |
|  | Эозинофилы                        | 0,5-5<br>0,020-0,300   | % * 10 <sup>9</sup> /л | 0,5-5<br>20-300                | % в<br>1 мм <sup>3</sup> (мкл) |
| Базофилы                                       | 0-1<br>0-0,065                    | % * 10 <sup>9</sup> /л | 0-1<br>0-65            | % в<br>1 куб.<br>мм(мкл)       |                                |
| Лимфоциты                                      | 19-37<br>1,200-3,000              | % * 10 <sup>9</sup> /л | 19-37<br>1200-3000     | % в<br>1 мм <sup>3</sup> (мкл) |                                |
| Моноциты                                       | 3-11<br>0,090-0,600               | % * 10 <sup>9</sup> /л | 3-11<br>90-600         | % в<br>1 мм <sup>3</sup> (мкл) |                                |
| Плазматические клетки                          | -                                 | % * 10 <sup>9</sup> /л | -                      | % в<br>1 мм <sup>3</sup> (мкл) |                                |
| Скорость (реакция) оседания М<br>эритроцитов Ж | 2-10                              |                        | 2-10                   |                                |                                |
|  | 2-15                              | мм/час                 | 2-15                   | мм/час                         |                                |

Морфология эритроцитов

Анизоцитоз (макроциты, микроциты, мегалоциты) \_\_\_\_\_  
Пойкилоцитоз \_\_\_\_\_  
Эритроциты с базофильной зернистостью \_\_\_\_\_  
Полихроматофилия \_\_\_\_\_  
Тельца Жолли, кольца Кебота \_\_\_\_\_  
Эритро-, нормобласты (на 100 лейкоцитов) \_\_\_\_\_  
Мегалобласты \_\_\_\_\_

Морфология лейкоцитов

Гиперсегментация ядер \_\_\_\_\_  
Токсогенная зернистость \_\_\_\_\_

"..." \_\_\_\_\_ 20... г.  
дата выдачи анализа

Подпись \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_   
наименование учреждения

**НАПРАВЛЕНИЕ НА АНАЛИЗ N \_\_\_\_\_**

"..." \_\_\_\_\_ 20 . . г.  
дата взятия биоматериала

В лабораторию \_\_\_\_\_  
Фамилия, И., О. \_\_\_\_\_  
Возраст \_\_\_\_\_  
Учреждение \_\_\_\_\_ отделение \_\_\_\_\_  
Палата \_\_\_\_\_ участок \_\_\_\_\_ медицинская карта N \_\_\_\_\_  
Диагноз, группа диспансерного учета \_\_\_\_\_  
Исследовать (указать консервант) \_\_\_\_\_  
(нужное вписать)

\_\_\_\_\_  
Подпись врача

**Лист учета водного баланса.**

Дата-----

Отделение----- Палата-----

ФИО----- Возраст-----Масса тела-----

Диагноз-----

| ВРЕМЯ     | ВЫПИТО           | КОЛ-ВО<br>ЖИДКОСТИ | ВРЕМЯ              | ВЫДЕЛЕНО<br>МОЧИ |
|-----------|------------------|--------------------|--------------------|------------------|
|           |                  |                    |                    |                  |
|           |                  |                    |                    |                  |
|           |                  |                    |                    |                  |
|           |                  |                    |                    |                  |
|           |                  |                    |                    |                  |
|           |                  |                    |                    |                  |
| ЗА СУТКИ: | ВСЕГО<br>ВЫПИТО: |                    | ВСЕГО<br>ВЫДЕЛЕНО: |                  |

Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_  
Код учреждения по ОКПО \_\_\_\_\_

Медицинская документация  
форма № 003/у  
Утверждена Минздравом СССР  
04.10.80 г. № 1030

\_\_\_\_\_  
наименование учреждения

**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА № \_\_\_\_\_**  
**стационарного больного**

Дата и время поступления \_\_\_\_\_

Дата и время выписки \_\_\_\_\_

Отделение \_\_\_\_\_ палата № \_\_\_\_\_

Переведен в отделение \_\_\_\_\_

Проведено койко-дней \_\_\_\_\_

Виды транспортировки: на каталке, на кресле, может идти (подчеркнуть)

Группа крови \_\_\_\_\_ Резус-принадлежность \_\_\_\_\_

Побочное действие лекарств (непереносимость) \_\_\_\_\_

название препарата, характер побочного действия

1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

2. Пол \_\_\_\_\_

3. Возраст \_\_\_\_\_ (полных лет, для детей: до 1 года - месяцев, до 1 месяца – дней)

4. Постоянное место жительства: город, село (подчеркнуть) \_\_\_\_\_

вписать адрес, указав для приезжих - область, район,

населенный пункт, адрес родственников и № телефона

5. Место работы, профессия или должность \_\_\_\_\_

для учащихся - место учебы; для детей - название детского учреждения, школы;

для инвалидов - род и группа инвалидности, иов – да, нет подчеркнуть

6. Кем направлен больной \_\_\_\_\_

название лечебного учреждения

7. Доставлен в стационар по экстренным показаниям: да, нет

через \_\_\_\_\_ часов после начала заболевания, получения травмы;

госпитализирован в плановом порядке (подчеркнуть).

8. Диагноз направившего учреждения \_\_\_\_\_

9. Диагноз при поступлении \_\_\_\_\_

Диагноз клинический

Дата установления

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

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

