

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

**ОТЧЁТ**

**по выполнению программы производственной практики (по профилю специальности)**

ПМ.03 Оказание доврачебной медицинской помощи при неотложных и экстремальных состояниях

**ПП.03.02. Медицина катастроф**

Специальность: 34.02.01 Сестринское дело

Обучающийся(щаяся) \_\_\_\_\_

(ФИО)

группы \_\_\_\_\_ проходил(а) производственную практику в период с 04.04.2024 по 10.04.2024  
на базе \_\_\_\_\_

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

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

- ПК 3.1. Оказывать доврачебную помощь при неотложных состояниях и травмах:

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

- ПК 3.2. Участвовать в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях:

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

- ПК 3.3. Взаимодействовать с членами профессиональной бригады и добровольными помощниками в условиях чрезвычайных ситуаций: \_\_\_\_\_

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

**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*