

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

ОТЧЁТ

по выполнению программы производственной практики (по профилю специальности)

**ПМ.05 Медико-социальная деятельность
ПП.05.01. Медико-социальная реабилитация**

Специальность: 31.02.01 Лечебное дело

Обучающийся(аяся) _____
(ФИО)

группы _____ проходил(а) производственную практику в период с 17.03.2025 по 29.03.2025
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 5.1. Осуществлять медицинскую реабилитацию пациентов с различной патологией: _____

- ПК 5.2. Проводить психосоциальную реабилитацию: _____

- ПК 5.3. Осуществлять паллиативную помощь: _____

- ПК 5.4. Проводить медико-социальную реабилитацию инвалидов, одиноких лиц, участников военных действий и лиц из группы социального риска: _____

- ПК 5.5. Проводить экспертизу временной нетрудоспособности: _____

- ПК 5.6. 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**

_____	_____	_____
<i>должность</i>	<i>подпись</i>	<i>И.О. Фамилия</i>

М.П. медицинской организации

**Руководитель практической
подготовки обучающихся**

_____	_____	_____
<i>должность</i>	<i>подпись</i>	<i>И.О. Фамилия</i>