

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

**ОТЧЁТ**

**по выполнению программы производственной практики  
ПП.03.01. Здоровый образ жизни и профилактика заболеваний в разные возрастные  
периоды**

**Специальность: 34.02.01 Сестринское дело**

Обучающийся(щаяся) \_\_\_\_\_

(ФИО)

группы \_\_\_\_\_ проходил(а) производственную практику в период с 18.06.2026 по 24.06.2026  
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. Консультировать население по вопросам профилактики заболеваний: \_\_\_\_\_

- ПК 3.2. Пропагандировать здоровый образ жизни: \_\_\_\_\_

- ПК 3.3. Участвовать в проведении профилактических осмотров и диспансеризации населения: \_\_\_\_\_

- ПК 3.4. Проводить санитарно-противоэпидемические мероприятия по профилактике инфекционных заболеваний: \_\_\_\_\_

- ПК 3.5. Участвовать в иммунопрофилактике инфекционных заболеваний: \_\_\_\_\_

**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*