

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

ОТЧЁТ

по выполнению программы производственной практики
ПМ.05 Оказание медицинской помощи в экстренной форме
ПП.05 Оказание медицинской помощи в экстренной форме

Специальность: 34.02.01 Сестринское дело

Обучающийся(щаяся) _____

(ФИО)

группы _____ проходил(а) производственную практику в период с 20.05.2026 по 02.06.2026
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 5.1. Распознавать состояния, представляющие угрозу жизни: _____

- ПК 5.2. Оказывать медицинскую помощь в экстренной форме: _____

- ПК 5.3. Проводить мероприятия по поддержанию жизнедеятельности организма пациента (пострадавшего) до прибытия врача или бригады скорой помощи: _____

- ПК 5.4. Осуществлять клиническое использование крови и (или) ее компонентов: _____

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