

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

**ОТЧЁТ**  
**по выполнению программы производственной практики**  
**ПП.02.01. Документирование и контроль в профессиональной деятельности**  
**медицинской сестры**

**Специальность: 34.02.01 Сестринское дело**

Обучающийся(щаяся) \_\_\_\_\_  
(ФИО)

группы \_\_\_\_\_ проходил(а) производственную практику в период с 11.06.2026 по 17.06.2026  
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 2.1. Заполнять медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа: \_\_\_\_\_

- ПК 2.2. Использовать в работе медицинские информационные системы и информационно-телекоммуникационную сеть "Интернет": \_\_\_\_\_

- ПК 2.3. Контролировать выполнение должностных обязанностей находящимся в распоряжении медицинским персоналом: \_\_\_\_\_

**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*