**ОТЧЕТ О ПРОХОЖДЕНИИ ПРАКТИКИ**

***«Помощник палатной медицинской сестры»***

Фамилия И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Факультет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, форма обучения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Группа\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ База практики \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сроки прохождения: начало \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ окончание \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Показатели оценивания** **результатов практики** | **Критерии оценивания** **результатов практики // Баллы** |
| 1-3 раз | 4-6 раз | 7 и более раз |
| **1 балл** | **2 балла** | **3 балла** |
|  | *Влажная уборка палат, коридоров, мест общего пользования* | ***+ 1*** | ***+ 2*** | ***+ 3*** |
|  | *Прием и размещение пациентов в палате, раздача лекарств больным, контроль за приёмом лекарственных средств больными* | ***+ 1*** | ***+ 2*** | ***+ 3*** |
|  | *Термометрия, антропометрия, заполнение температурного листа и учетной документации* | ***+ 1*** | ***+ 2*** | ***+ 3*** |
|  | *Раздача пищи пациентам, кормление больных* | ***+ 1*** | ***+ 2*** | ***+ 3*** |
|  | *Измерение АД, частоты пульса, частоты дыхания* | ***+ 1*** | ***+ 2*** | ***+ 3*** |
|  | *Постановка клизм (гипертонических, очистительных, лекарственных), измерение суточного количества мочи (диуреза)* | ***+ 1*** | ***+ 2*** | ***+ 3*** |
|  | *Сбор биологического материала для анализов* | ***+ 1*** | ***+ 2*** | ***+ 3*** |
|  | *Проведение растирания, смазывания кожи лекарственным средством, приготовление и подача пузыря со льдом больному*  | ***+ 1*** | ***+ 2*** | ***+ 3*** |
|  | *Контроль за кварцеванием палат, других помещений, закрепленных за постом, согласно графику.* | ***+ 1*** | ***+ 2*** | ***+ 3*** |
|  | *Сопровождение больных на диагностические и лечебные процедуры* | ***+ 1*** | ***+ 2*** | ***3*** |
| *Всего:* |  |  |  |

***Предложения и пожелания:***

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   |  |  |
|  | *(подпись)* | *(Ф.И.О. студента)* |
| «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_ г. |  |  |

Руководитель организации подпись, Ф.И.О.

Руководитель практики

 от организации подпись, Ф.И.О.

Дата Круглая печать ЛПУ