Приложение 1

к программе производственной практики

**Министерство здравоохранения Республики Беларусь**

Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»

Учреждение здравоохранения

Название

УТВЕРЖДАЮ

Главный врач

И.О.Фамилия

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_\_

м.п.

**Дневник**

производственной практики «Врачебная поликлиническая (медицинская профилактика стоматологических заболеваний)

|  |
| --- |
|  |
| *(Фамилия, имя, отчество)* |

|  |  |
| --- | --- |
| Факультет |  |
| Курс |  |
| Учебная группа № |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Организация здравоохранения  (база практики) |  |
|  | *(название учреждения здравоохранения)* |

Руководитель практики

от организации здравоохранения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О.)

Руководитель практики от кафедры

*(название)*

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

(подпись) (Ф.И.О.) \_\_\_\_

**День 1. Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Время\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Содержание выполненной работы | | Количество (в день) | Уровень освоения |
| Сбор жалоб и анамнеза | |  |  |
| Анализ рациона и режим питания | |  |  |
| Оценка функций ЧЛО | |  |  |
| Оценка состояния СОПР | |  |  |
| Оценка тканей периодонта | |  |  |
| Оценка прикуса | |  |  |
| Оценка состояния зубов: | КПУЗ  УИК |  |  |
|  |  |
| Определение гигиены полости рта: | OHI-S  PLI |  |  |
|  |  |
| Оформление стоматологической карты | |  |  |
| Составление индивидуального плана лечебно-профилактических мероприятий | |  |  |
| Индивидуальная мотивация по факторам риска развития стоматологических заболеваний | |  |  |
| Подбор средств и предметов домашней гигиены | |  |  |
| Обучение чистке зубов на модели | |  |  |
| Проведение контролируемой чистки зубов | |  |  |
| Обучение флоссингу зубов | |  |  |
| Удаление мягких зубных отложений | |  |  |
| Проведение местных профилактических мероприятий (аппликации гелей, лаков) | |  |  |
| Урок гигиены в детском дошкольном учреждении | |  |  |
| Дополнительная работа: | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ФИО, возраст, адрес | Жалобы и анамнез | Клиническая картина | Факторы риска / диагноз | Мероприятия и рекомендации |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  | *Результаты полного стоматологи­ческого обследования (внешний ос­мотр, функции ЧЛО, состояние СОПР, периодонта, архитектоники мягких тканей, прикуса; формула зубных рядов)*  *OHI-S или PLI (развернутая фор­мула)* |  |  |

Студент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись)*

Непосредственный руководитель

практики от УЗ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись)*

Приложение 2

к программе производственной практики

**Министерство здравоохранения Республики Беларусь**

Учреждение здравоохранения

«Название»

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | Утверждаю |  |
|  |  |  | Главный врач |  |
|  |  |  | И.О. Фамилия |  |
|  |  |  | 202\_\_ |  |

М.П.

Отчет студента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО)

по производственной практике «Врачебная поликлиническая (медицинская профилактика стоматологических заболеваний)

в

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(название учреждения здравоохранения в соответствии с государственным реестром)*

в период с \_\_\_\_\_\_\_20 по \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Практические навыки | | Рекомендовано | | Освоено | |
| Кол-во | уровень  освоения | Кол-во  (всего) | уровень  освоения |
| 1. | Сбор жалоб и анамнеза | | 10 | 3 |  |  |
| 2. | Анализ рациона и режим питания | | 10 | 3 |  |  |
| 3. | Оценка функций ЧЛО | | 10 | 3 |  |  |
| 4. | Оценка состояния СОПР | | 10 | 3 |  |  |
| 5. | Оценка тканей периодонта | | 10 | 3 |  |  |
| 6. | Оценка прикуса | | 10 | 2 |  |  |
| 7. | Оценка состояния зубов: | КПУЗ | 10 | 3 |  |  |
| УИК | 10 | 3 |  |  |
| 8. | Определение гигиены полости рта: | OHI-S | 10 | 3 |  |  |
| PLI |
| 9. | Оформление стоматологической карты | | 10 | 2 |  |  |
| 10. | Составление индивидуального плана лечебно-профилактических мероприятий | | 10 | 3 |  |  |
| 11. | Индивидуальная мотивация по факторам риска развития стоматологических заболеваний | | 10 | 3 |  |  |
| 12. | Подбор средств и предметов домашней гигиены | | 10 | 3 |  |  |
| 13. | Обучение методу чистки зубов на модели | | 10 | 3 |  |  |
| 14. | Проведение контролируемой чистки зубов | | 2 | 3 |  |  |
| 15. | Обучение флоссингу зубов | | 4 | 3 |  |  |
| 16. | Удаление мягких зубных отложений | | 8 | 3 |  |  |
| 17. | Проведение местных профилактических мероприятий (аппликации гелей, лаков) | | 8 | 3 |  |  |
|  | Дополнительная работа: | |  |  |  |  |

Студент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись) И.О.Фамилия*

Общий руководитель

практики от УЗ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись) И.О.Фамилия*

Приложение 3

к программе производственной практики

**Министерство здравоохранения Республики Беларусь**

Учреждение здравоохранения

«Название»

УТВЕРЖДАЮ

Главный врач

И.О.Фамилия

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_\_

м.п.

**Отзыв о прохождении производственной практики**

студентом

*(Фамилия, имя, отчество)*

В отзыве следует отразить деловые качества студента-практиканта, способность к приобретению профессиональных умений. Указать наличие и результаты развития личных качеств, необходимых для профессии. Дать общую оценку результатам выполнения программы практики и достигнутого уровня практической подготовки. Охарактеризовать взаимоотношения с коллективом, знание и выполнение норм медицинской этики и деонтологии. В заключение следует дать рекомендации по допуску студента к текущей аттестации по производственной практике, предложения университету по улучшению качества теоретической подготовки, предшествующей направлению студента на практику.

Непосредственный руководитель

практики от УЗ И.О.Фамилия

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_

С отзывом о прохождении практики

ознакомлен(а) И.О.Фамилия

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_