ДНЕВНИК ПРОХОЖДЕНИЯ ПРАКТИКИ

обучающегося по специальности Педиатрия

Курс \_\_\_\_\_, учебная группа № \_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. обучающегося \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(наименование практики)*

Кафедра \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руководитель практики

от кафедры \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руководитель практики

от профильной организации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место прохождения

практики:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(адрес, контактные телефоны)*

Срок прохождения практики: с \_\_\_20 г. по \_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_\_г.

**Перечень навыков:**

1. Первичный осмотр больного

2. Курация больного

3. Подготовка к гемотрансфузии

4. Методы местного обезболивания

5. Ассистенция при операциях на органах брюшной полости

6. Определение группы крови

7. Проба на групповую совместимость

8. Проба на резус-совместимость

9. Выполнение биологической пробы

10. Диагностическая пункция плевральной полости

11. Кожные швы (наложение и снятие)

12. Перевязки чистых и гнойных ран

13. Катетеризация мочевого пузыря

14. Остановка кровотечения

15. Пальцевое исследование прямой кишки

16. Удаление тампонов и дренажей

17. Одевание стерильного халата и перчаток

18. Ассистенция в перевязочной

*Дневник ведется студентом каждый день практики, подробно описывается выполненная работа по разделам.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Содержание выполненной работы | Отметка руководителя практики о выполнении работы |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

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

*Ф.И.О. обучающегося подпись дата*

Руководитель практики

от профильной организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руководитель практики

от кафедры \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_