**ДНЕВНИК ПРОХОЖДЕНИЯ ПРАКТИКИ**

**"Помощник врача детской поликлиники"**

**обучающихся 5 курса педиатрического факультета РостГМУ**

обучающегося по специальности Педиатрия

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

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

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

*(наименование практики)*

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

Руководитель практики

от кафедры Поликлинической и неотложной педиатрии (*ФИО, подпись*)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руководитель практики

от профильной организации(*ФИО, подпись*)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место прохождения

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

*(адрес, контактные телефоны, печать учреждения)*

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

**Перечень навыков , приобретаемых в детской поликлинике (базе практики)**

* Знание Конституции РФ;
* нормативных документов организации оказания первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях;
* соблюдение правил этики и деонтологии врача педиатра в общении с пациентом и его родителями;
* осуществление пропаганды здорового образа жизни, программирования здоровья, профилактики заболеваний;
* принципы диспансеризации здоровых детей и подростков, распределения детей по группам здоровья и группам «риска;
* -вопросы диспансеризации больных детей и профилактики хронических форм заболеваний;
* вопросы организации и задачи гигиенического обучения и воспитания детей;
* вопросы санпросветработы с родителями и детьми;
* организация и проведение профилактического медицинского осмотра детей и подростков;
* сбор и оценка социального, биологического и генеалогического анамнезов;
* проведение антропометрического обследования ребенка: измерение массы тела, длины тела, окружности грудной клетки, окружности головы;
* измерение уровня артериального давления, частоты сердечных сокращении и дыханий в 1 минуту;
* оценка физического развития ребенка на основании использования данных антропометрических стандартов и индексов;
* оценка нервно-психического развития ребенка;
* определение группы здоровья ребенка на основании комплексной оценки состояния здоровья;
* проведение клинического обследования здорового и больного ребенка (осмотр, перкуссия, пальпация, аускультация);
* проведение пульсоксиметрии, оценка результатов;
* оценка результатов: общего анализа крови; мочи, анализов мочи по Нечипоренко, пробы по Зимницкому; копрограмму;
* оценка результатов биохимических анализов крови при соматических и инфекционных заболеваниях;
* оценка результатов исследования иммунограммы, ИФА, ПЦР;
* оценка результатов ЭКГ- исследования;
* выполнение услуг по оценке клинической ситуации, диагностики, лечения заболеваний в соответствии с протоколами оказания медицинской помощи детям;
* проведение противоэпидемических мероприятий в очаге инфекции;
* проведение расчета и коррекции питания детей первого года жизни;
* проведения расчета и коррекции питания больных детей различных возрастов и групп здоровья;
* составления режима дня для здоровых детей раннего возраста;
* составления режима дня для больных детей различных возрастов и групп здоровья;
* организацию проведения иммунизации детей;
* определения противопоказаний к проведению профилактических прививок;
* осуществления наблюдения за ребенком в поствакцинальном периоде;
* владения навыками гигиенического ухода за новорожденным (уход за кожей и слизистыми оболочками, обработка пупочной ранки, гигиеническая ванна и др.);
* владения методикой и техникой введения лекарственных препаратов: внутримышечно, подкожно, внутривенно; расчета дозы и разведения лекарственных средств;
* оформления медицинской документации:
* истории развития (ф-112/у),
* медицинской карты для образовательных учреждений (ф-026-2000/у) ;
* обеспечение оформления листа информированного добровольного согласия (отказа) родителями (законными представителями) ребенка и подростками старше 15 лет;
* -оформление карты профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего (ф.030-ПО/у-17);
* карты профилактических прививок (ф-063/у) ;
* контрольной карты диспансерного наблюдения (ф-030/у) ;
* экстренного извещения (ф-058/у) ;
* эпикриза на ребенка первого года жизни; патронажа новорожденного;
* эпикриза на больных детей различного возраста;
* документации при оформлении ребенка в санаторий;
* рецептурных бланков, больничных листов и справок;
* - проведение анализа показателей работы детской поликлиники, показателей работы врача педиатра участкового.

**Перечень практических навыков врача педиатра участкового, приобретаемых обучающимися 5 курса на базе ЦСО РостГМУ**

* проведение антропометрического обследования ребенка: измерение массы тела, длины тела, окружности грудной клетки, окружности головы;
* владения навыками гигиенического ухода за новорожденными и детьми раннего возраста (уход за кожей и слизистыми оболочками, обработка пупочной ранки, гигиеническая ванна, очистительные, лечебные клизмы и др.);

оценки результатов ЭКГ- исследования;

* проведения клинического обследования здорового и больного ребенка (осмотр, перкуссия, пальпация, аускультация);
* измерение уровня артериального давления, частоты сердечных сокращений и дыханий в 1 минуту

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Содержание выполненной работы | Отметка руководителя практики о выполнении работы |
|  |  | *(Подпись и личная печать врача)* |
|  |  | *(Подпись и личная печать врача)* |
|  |  | *(Подпись и личная печать врача)* |
|  |  | *(Подпись и личная печать врача)* |
|  |  | *(Подпись и личная печать врача)* |
|  |  | *(Подпись и личная печать врача)* |
|  |  | *(Подпись и личная печать врача)* |
|  |  | *(Подпись и личная печать врача)* |
|  |  | *(Подпись и личная печать врача)* |
|  |  | *(Подпись и личная печать врача)* |

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

*Ф.И.О. обучающегося ( подпись, дата)*

Руководитель практики

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

 *( подпись , печать)*

Руководитель практики

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