Государственное бюджетное ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ образовательное учреждение Департамента здравоохранения города Москвы

**«Медицинский колледж №5»**

**АТТЕСТАЦИОННЫЙ ЛИСТ**

**производственной практики (по профилю специальности)**

**ПМ.02 УЧАСТИЕ В ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОМ И РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПРОЦЕССАХ**

**МДК.02.02. Основы реабилитации**

Студент (ка)­­­­­­­­­­­­­ ГБПОУ ДЗМ «МК №5» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Специальность Сестринское дело (базовая подготовка), группа №\_\_\_\_\_\_\_

Прошел (а) производственную практику (по профилю специальности)

**ПМ.02 УЧАСТИЕ В ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОМ И РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПРОЦЕССАХ**

**МДК.02.02. Основы реабилитации**

Объем \_\_\_\_\_\_\_ часов на базе медицинской организации:

ГБУЗ«\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»

Срок практики «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г по «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.

**Виды и качество выполнения работ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Виды и объем работ, выполненных студентом во время практики** | **Качество выполнения работ в соответствии с требованиями медицинской организации**  *соответствует / не соответствует* |
| Обучение психологической помощи семье, имеющей инвалида. Обучение семьи и пациента уходу/самоуходу. Консультирование семьи по поддержанию качества жизни. |  |
| Обучение пациента и членов семьи применению средств ортопедической реабилитации |  |
| Наблюдение за пациентами в процессе воздействия физиотерапевтических процедур |  |
| **Реабилитационный процесс на стационарном этапе:** профилактика тромбозов, пневмонии, пролежней. Двигательная активизация. Физические упражнения, массаж, физиотерапевтические процедуры |  |
| Составление планов двигательной активизации пациентов. Обучение дыхательным упражнениям. Обучение оценке состояния пациента во время проведения физических упражнений. |  |
| Правильное заполнение и оформление медицинской документации в соответствии с требованиями специализированного лечебного отделения |  |

**Непосредственный руководитель практики \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**

**Качество выполнения работ практиканта соответствует / не соответствует требованиям программы практики в рамках реализации требований ФГОС** (нужное подчеркнуть).

**«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.**

**Общий руководитель практики \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ М.П.**

**Методический руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**