Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Шуматов Валентин Борисович
Должность: Ректор
Дата подписания: 21.10.2024 16:31:45
Уникальный программный ключ:
1cef78fd73d75dc6ecf72fe1eb94fee387a2985d2037b84eec019d8da794cb4

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Тихоокеанский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Д Н Е В Н И К

Производственная практика — *(вид практики)*

Б2.Б.01(П) Производственная (клиническая) практика — *(индекс и наименование практики по учебному плану)*

Специальность: 31.08.21 Психиатрия-наркология
шифр и наименование специальности

(Ф.И.О. обучающегося полностью)

Институт/кафедра:

(полное наименование структурного подразделения ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России)

Год начала подготовки _____
Год окончания подготовки _____

Срок прохождения практики с «_____» _____ 20__ г. по «_____»_____ 20__ г.

Руководитель практики
от ФГБОУ ВО ТГМУ
Минздрава России _____ _____
(подпись) *(фамилия, инициалы)*

Владивосток 20 ____

Цель практики (повторить коротко из РП):
Задачи практики:

Планируемые результаты производственной практики:
Формирование у обучающихся компетенций согласно ФГОС, подготовка к выполнению трудовых функций (из проф. Стандарта с акцентом на знать-уметь-владеть) в целом коротко:

Критерии оценки уровня освоения профессиональных компетенций в период практики:
Оценка по практике выставляется по результатам промежуточной аттестации, включающей оценку работы на симуляторах и тренажёрах, оценки практических навыков и умений, оценки ведения дневника производственной практики, отзыва руководителя от медицинской организации и результатов зачетного собеседования.
Критерии оценки демонстрации профессиональных умений и навыков по практике (чек-ап):
выполнено верно в полном объеме более 70% действий – оценка «зачтено»,
выполнено верно в полном объеме менее 70% действий – оценка « не зачтено».
Критерии оценки по собеседованию в зависимости от уровня сформированности компетенций и способности к выполнению задач профессиональной деятельности, предусмотренной профессиональным стандартом и/или квалификационными характеристиками:
«Отлично» – пороговый и/или высокий уровень сформированности компетенций, значительно выраженная способность и готовность к выполнению задач профессиональной деятельности,
«Хорошо» – пороговый уровень сформированности компетенций, выраженная способность и готовность к выполнению задач профессиональной деятельности,.
«Удовлетворительно» – пороговый или ниже уровень сформированности компетенций, слабо выраженная способность и готовность к выполнению задач профессиональной деятельности,
«Неудовлетворительно» – пороговый или ниже уровень сформированности компетенций, не выраженная способность и готовность к выполнению задач профессиональной деятельности.

Формы отчетности по практике:
1. Выполнение рабочего графика (плана) проведения практики.
2. Выполнение индивидуального задания на практику.
3. Дневник производственной практики
4. Отзыв руководителя практики от медицинской организации
5. Характеристика руководителя практики от университета

Согласование

Индивидуальное задание на практику Содержание практики Планируемые результаты практики	СОГЛАСОВАНО _____ *Руководитель практики от медицинской организации (должность, наименование организации)* *«___»_____ 20___ г.*

РАБОЧИЙ ГРАФИК (ПЛАН) ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИКИ

Производственная практика	**Б2.Б.01(П) Производственная (клиническая) практика**		
	Кол-во недель	с	по
первый год подготовки	9 1/3	15.04	22.06
второй год подготовки	34	01.09	10.05

ИНДИВИДУАЛЬНОЕ ЗАДАНИЕ НА ПРАКТИКУ

п/п	Содержание задания[1]
	1 год подготовки
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
1	
	2 год подготовки
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
1	

[1] Информация из раздела рабочей программы практики – «Содержание практики»

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Тихоокеанский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

_____

структурное подразделение ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России

Специальность: _____

шифр и наименование специальности

ОТЧЕТ О ПРОХОЖДЕНИИ ПРАКТИКИ

_____ _____

(вид практики) *(индекс и тип практики по учебному плану)*

_____

(Ф.И.О. обучающегося полностью)

Срок прохождения практики с « » ____ ___ 20__ г. по « » ___ ___ 20__ г.

Руководитель практики
от ФГБОУ ВО ТГМУ
Минздрава России _____ _____

(подпись) *(фамилия, инициалы)*

ПРАКТИКА В СТАЦИОНАРЕ (всего _____ ЗЕ):

Медицинская организация, являющаяся базой производственной практики

_____

(название медицинского учреждения)

Руководитель практики от университета _____

(должность/звание, Ф.И.О.)

Руководитель практики от медицинской организации _____

(должность/звание, Ф.И.О.)

Количество выполненных учебных часов производственной практики _____

Даты	**Виды деятельности, краткое содержание практики**	**Количество манипуляций**
Наименование подразделения организации (профиль) _____ Период практики «____» «_____» 20 г. по «____» «_____» 20 г.		
Наименование подразделения организации (профиль) _____ Период практики «____» «_____» 20 г. по «____» «_____» 20 г.		

Руководитель практики
от медицинской организации _____ /_____/

(Ф.И.О.) *подпись; печать*

Руководитель практики
от ФГБОУ ВО ТГМУ
Минздрава России _____ /_____/

(Ф.И.О.) *подпись*

ПРАКТИКА В ПОЛИКЛИНИКЕ (всего _____ ЗЕ):

Медицинская организация, являющаяся базой производственной практики

_____

(название медицинского учреждения)

Руководитель практики от университета _____

(должность/звание, Ф.И.О.)

Руководитель практики от медицинской организации _____

(должность/звание, Ф.И.О.)

Количество выполненных учебных часов производственной практики _____

Дата	**Виды деятельности, краткое содержание практики**	**Количество манипуляций**
Наименование подразделения организации (профиль) _____ Срок практики «____» «_____» 20 г. по «____» «_____» 20 г.		
Наименование подразделения организации (профиль) _____ Срок практики «____» «_____» 20 г. по «____» «_____» 20 г.		

Руководитель практики
от медицинской организации _____ /_____/

(Ф.И.О.) *подпись; печать*

Руководитель практики
от ФГБОУ ВО ТГМУ
Минздрава России _____ /_____/

(Ф.И.О.) *подпись*

ОТЗЫВ
руководителя практики от профильной медицинской организации

На обучающегося _____
(Ф.И.О. обучающегося полностью)

За время прохождения практики обучающийся _____

М.П.

Руководитель практики
от профильной медицинской
организации _____ _____
(подпись) *(фамилия, инициалы)*

ОТЗЫВ
руководителя практики от ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России

ФИО_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Заключение

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Оценка за производственную (клиническую) практику _____

Руководитель практики
от ФГБОУ ВО ТГМУ
Минздрава России

_____ _____
(уч.степень, звание, Ф.И.О.) *(подпись)*

Дата _____