**Форма отчета о прохождении практики**

**ГБОУ ВПО ОрГМУ Минздрава России**

**Кафедра анестезиологии и реаниматологии**

**Отчет**

**о прохождении клинической практики ординатора**

**по специальности «Скорая медицинская помощь»**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Оценка  за практику | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Заведующий кафедрой  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ф.И.О. |

Оренбург 20\_\_\_

**I. СВОДНЫЙ ОТЧЕТ**

**О ВЫПОЛНЕНИИ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПЛАНА ПРОХОЖДЕНИЯ ПРАКТИКИ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Медицинские организации и их подразделения | Дата прохождения  (длительность  в неделях ) | Ответственный работник базы  (Ф.И.О., должность) | Выполнение |
| 1. |  |  |  |  |
| 1.1 |  |  |  |  |
| 1.2 |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 2.1 |  |  |  |  |
| 2.2 |  |  |  |  |
| 3. и т.д. |  |  |  |  |

**II. ОБЪЕМ ОСВОЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ УМЕНИЙ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Код компетенции | Профессиональные  умения | Освоение  профессиональных умений | |
| Должное количество | Выполненное количество |
| Вид профессиональной деятельности: | | | |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Вид профессиональной деятельности: | | | |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ординатор | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ф.И.О. |

**III. ХАРАКТЕРИСТИКА ОРДИНАТОРА**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Руководитель практики  образовательного учреждения | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ф.И.О. |