**государственное бюджетное образовательное учреждение**

**высшего профессионального образования**

**«Оренбургский государственный медицинский университет»**

**Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра детской хирургии**

**ДНЕВНИК**

**практики ординатора**

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

**по специальности 31.08.16 – Детская хирургия**

**Вид практики: «Неотложная помощь в детской хирургии»**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Главный врач  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ф.И.О. |

М.П.

Оренбург 2­­0­­\_\_

**\**

**I. БАЗА И РУКОВОДИТЕЛИ ПРАКТИКИ ОРДИНАТОРА**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| База практики | **ГАУЗ «Областная детская клиническая больница г. Оренбурга (Цент детской хирургии)** | |
| Главный врач |  | |
| Ответственный работник медицинской организации  по специальности | **зав. ЦДХ**  Должность | **Кремин Александр Сергеевич** |
| Руководитель  практики образовательного учреждения | **Зав. кафедрой ДХ**  Должность | **Афуков Игорь Владимирович** |

**III. ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПЛАН**

**ПРОХОЖДЕНИЯ ПРАКТИКИ «НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ В ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ»**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Подразделения медицинской организации | Дата прохождения  (длительность в неделях) | Выполнение |
| 1. | Отделение неотложной и гнойной хирургии |  |  |
| 2. | Приемное отделение |  |  |
| 3. | Городской детский травмпункт |  |  |
|  | Всего | 1-й год обучения, 3 недели |  |

**IV. УЧЕТ РАБОТЫ ОРДИНАТОРА**

**НА БАЗЕ ПРАКТИКИ**

**I. Диагностическая и лечебно-реабилитационная работа**

**КУРИРУЕМЫЕ БОЛЬНЫЕ В СТАЦИОНАРЕ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Ф.И.О.  (только инициалы), возраст | Развернутый клинический диагноз, план обследования с интерпретацией полученных результатов | Лечение  (при назначении лекарственных средств необходимо указать дозы препаратов и длительность терапии) |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |

**ПРИНЯТЫЕ БОЛЬНЫЕ В ПРИЕМНОМ ОТДЕЛЕНИИ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Ф.И.О.  (только инициалы), возраст | Развернутый клинический диагноз, план обследования с интерпретацией полученных результатов | Лечение  (при назначении лекарственных средств необходимо указать дозы препаратов и длительность терапии) |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |

**ПРИНЯТЫЕ БОЛЬНЫЕ В ТРАВМПУНКТЕ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Ф.И.О.  (только инициалы), возраст | Развернутый клинический диагноз, план обследования с интерпретацией полученных результатов | Лечение  (при назначении лекарственных средств необходимо указать дозы препаратов и длительность терапии) |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |

**ДЕЖУРСТВА В БОЛЬНИЦЕ (образец заполнения в дневнике практики)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата  дежурства | Ф.И.О.  (только инициалы), возраст | Диагноз | Назначения |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**II. Организация неотложной помощи** во время дежурств, работы в поликлинике, травмпункте и приемном отделении больницы

**IV. СПИСОК ПРОЧИТАННОЙ И ЗАРЕФЕРИРОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1.

2.

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

**V. ХАРАКТЕРИСТИКА ОРДИНАТОРА**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ответственный работник  медицинской организации  по специальности | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ф.И.О. |
| Руководитель  практики образовательного учреждения | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ф.И.О. |