**ОТЧЕТ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ**

**(практика по профилю специальности)**

Обучающегося (щейся) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Ф.И.О.)*

Группы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Специальности 34.02.01 Сестринское дело

Проходившего (шей) производственную практику с \_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_\_ г. на базе медицинской организации:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*(название организации)*

**ПМ.03 Оказание доврачебной медицинской помощи**

**при неотложных и экстремальных состояниях**

За время прохождения производственной практики мной выполнены следующие объемы работ:

**А. Цифровой отчет** (указываются манипуляции, описанные в дневнике практики)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ пп** | **Перечень манипуляций**  (в соответствии с программой производственной практики) | **Количество** |
| **1.** |  |  |
| **2** |  |  |
| **3.** |  |  |
| **и т.д.** |  |  |
|  |  |  |

**Б. Текстовой отчет** *(оценка собственной профессиональной деятельности в МО, оценка уровня освоения профессиональных компетенций и выполнения манипуляций, выполнения задания на практику, приобретение практического опыта, указание краткой характеристики МО в целом и отделения (подразделения, лаборатории), где проходил практику)****\****

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

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

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

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

Руководитель практики от ГБПОУ «КМК»:

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

*(ФИО, должность, подпись):*

Руководитель практики от медицинской организации:

*(ФИО, должность, подпись):*

**М.П.**

медицинской

организации

**\* Количество строк для записи в текстовом отчете увеличить до необходимого.**