

ЩОДЕННИК ВИРОБНИЧОЇ ПРАКТИКИ

студента _____

(прізвище, ім'я, по батькові)

Галузь знань	22 Охорона здоров'я_
Спеціальність	223 Медсестринство
Освітньо-професійна програма	Сестринська справа
Рівень вищої освіти	Перший (бакалаврський) рівень вищої освіти
Ступінь вищої освіти	Бакалавр

Група _____

Студент _____
(прізвище, ім'я, по батькові)

Прибув на підприємство, організацію, установу _____
(назва бази практики)

Печатка
підприємства, організації, установи "___" _____20___ року

(підпис)

(посада, прізвище та ініціали відповідальної особи)

Вибув з підприємства, організації, установи

Печатка
підприємства, організації, установи "___" _____20___ року

(підпис)

(посада, прізвище та ініціали відповідальної особи)

Розподіл годин на виробничу практику

№ з/п	Види практики	Тижнів / години /			Вид контролю
		Загальна кількість	Робота у відділеннях	Самостійна робота	
1.	Робота в терапевтичному відділенні	45 год	30 год	15 год	
2.	Робота в хірургічному відділенні	45 год	30 год	15 год	
3.	Захист практики				Диф.залік
Всього:		90 год (2 тижні)	60 год (10 днів)	30 год	Диф.залік

Щоденний графік
роботи студента на практичній базі
(терапевтичне відділення)

Дата	Час початку роботи	Підпис безпосереднього керівника	Час закінчення роботи	Підпис безпосереднього керівника

Керівники практики:

від вищого навчального закладу

_____ (підпис)

_____ (прізвище та ініціали)

РОБОЧІ ЗАПИСИ ПІД ЧАС ПРАКТИКИ

1.Робота в терапевтичному відділенні (30 годин)

№ з/п	<i>Перелік обов'язкових практичних навичок</i>	<i>К-сть відпрацьован практ. навичок</i>	<i>Оцінка результату</i>
1.	Реєстрація пацієнтів, що поступають у стаціонар.		
2.	Здійснення огляду пацієнта, оцінювання його стану.		
3.	Проведення термометрії із записом результатів у температурному листку.		
4.	Визначення частоти і характеру пульсу.		
5.	Вимірювання артеріального тиску, його реєстрація.		
6.	Робота з листком призначень.		
7.	Складання плану догляду за пацієнтом.		
8.	Спостереження за пацієнтами з хронічними захворюваннями.		
9.	Підготовка пацієнта та необхідного обладнання до: — здійснення гастроскопії, бронхоскопії, ректороманоскопії, колоноскопії;		
	— здійснення ультразвукового дослідження органів черевної порожнини;		
	— здійснення рентгенологічних обстежень шлунково-кишкового тракту, нирок, хребта;		
	— здійснення плевральної та абдомінальної пункцій;		
	— запису електрокардіограми.		
10.	Виконання внутрішньошкірних, підшкірних, внутрішньом'язових, внутрішньовенних ін'єкцій.		
11.	Заповнення систем для трансфузій та проведення внутрішньовенних вливань.		
12.	Проведення дезінфекції, передстерилізаційного очищення інструментарію (шприців, голків, предметів догляду) згідно з чинними наказами, інструкціями та галузевим стандартом.		
13.	Приготування розчинів дезінфекційних засобів.		
14.	Годування тяжкохворого.		
15.	Оброблення шкіри, профілактика пролежнів, підмивання хворих.		
16.	Подавання судна, сечоприймача та їх дезінфекція.		
17.	Подавання зволоженого кисню.		
18.	Використання зігрівального компресу, гірчичників.		
19.	Користування кишеньковим та стаціонарним інгаляторами.		
20.	Застосування грілки, пузиря з льодом.		
21.	Надання рекомендації хворим щодо лікувального харчування. Проведення профілактичних оглядів.		
22.	Транспортування пацієнта у відповідності його стану.		
23.	Виконання ранкового туалету важкохворому.		
24.	Догляд за гарячковим хворим, реєструвати отриманні данні		
25.	Виписування порційної вимогу та складання добового меню для пацієнта.		
26.	Обробка рук сучасними методами.		

Текстовий звіт по завершенню практики у терапевтичному відділенні

П.І.Б студента _____

Проходив практику у _____
(назва бази практики)

Термін практики з _____ до _____

Обсяг виконаної роботи:

Підпис студента: _____ « ____ » _____ 20 __ р.

Прізвище _____

Виробнича характеристика

на студента _____ курсу _____ групи

Прізвище _____

Ім'я _____

По батькові _____

який проходив практику в якості _____

у _____
(заклад, область, місто)

(строки прибуття на практику та вибуття)

(кількість пропущених днів практики з поважних, без поважних причин)

—

(участь у громадській життєдіяльності закладу)

(підготовлена та прочитана доповідь на тему)

Оцінка за практику _____ (за чотирибальною системою)

Загальний керівник _____

(Печатка)

Захист практики:

Оцінка за практику _____ (за чотирибальною системою)

Безпосередній керівник _____

Методичний керівник _____ “_____”20____ р.

Щоденний графік
роботи студента на практичній базі
(хірургічне відділення)

Дата	Час початку роботи	Підпис безпосереднього керівника	Час закінчення роботи	Підпис безпосереднього керівника

Керівники практики:

від вищого навчального закладу

(підпис)

(прізвище та ініціали)

2. Робота в хірургічному відділенні (30 годин)

<i>№ з/п</i>	<i>Перелік обов'язкових практичних навичок</i>	<i>К-сть відпрацьован практи. навичок</i>	<i>Оцінка результату</i>
1.	Підготовка хворого до інструментальних досліджень (ендоскопічного, рентгенологічного, ультразвукового дослідження, магнітно-резонансної томографії, комп'ютерної томографії).		
2.	Транспортування та перекладання хірургічних хворих.		
3.	Транспортування хворих з переломами таза, стегнової кістки, ребра, хребта.		
4.	Знезаражування і передстерилізаційне очищення хірургічного інструментарію, шприців.		
5.	Контроль якості передстерилізаційного очищення.		
6.	Укладання матеріалу в бікси для стерилізації.		
7.	Підготовка зондів, дренажів до стерилізації та проведення їх стерилізації.		
8.	Обробка рук сучасними методами.		
9.	Одягання операційної сестри і хірурга.		
10.	Підготовка стерильного стола до роботи в перев'язочній та операційній.		
11.	Проведення місцевої анестезії.		
12.	Визначення групи крові та резус-фактору експрес-методом.		
13.	Проведення проб на сумісність донора і реципієнта.		
14.	Промивання шлунка.		
15.	Постановка клізм.		
16.	Катетеризація сечового міхура.		
17.	Підготовка пацієнта до операції.		
18.	Проведення премедикації.		
19.	Проведення туалету операційних та гнійних ран.		
20.	Зняття швів.		
21.	Накладання м'яких і твердих пов'язок: а) клейових, клейово-пластирних, клеолових; б) бинтових; в) твердих пов'язок.		
22.	Накладання джгута при артеріальній і венозній кровотечах.		
23.	Пальцеве притискання артерій.		
24.	Оформлення карти пацієнта стаціонару.		

Текстовий звіт по завершенню практики в хірургічному відділенні

П.І.Б студента _____

Проходив практику у _____
(назва бази практики)

Термін практики з _____ до _____

Обсяг виконаної роботи:

Підпис студента: _____ « ____ » _____ 20 ____ р.

Прізвище _____

Виробнича характеристика

на студента _____ курсу _____ групи

Прізвище _____

Ім'я _____

По батькові _____

який проходив практику в якості _____

у _____
(заклад, область, місто)

(строки прибуття на практику та вибуття)

(кількість пропущених днів практики з поважних, без поважних причин)

—

(участь у громадській життєдіяльності закладу)

(підготовлена та прочитана доповідь на тему)

Оцінка за практику _____ (за чотирибальною системою)

Загальний керівник _____

(Печатка)

Захист практики:

Оцінка за практику _____ (за чотирибальною системою)

Безпосередній керівник _____

Методичний керівник _____ “_____”20____ р.

ЛИСТ ОЦІНКИ СТАНУ ПАЦІЄНТА

Прізвище _____
 Ім'я _____
 По-батькові _____

Дата _____
 Час _____

Дата народження _____

Стать: чол. жін.

Причини звернення за медичною допомогою / скарги /

Попередні хвороби /госпіталізації, операції /

Медсестринська історія пацієнта /сім'ї /

Зловживання алкоголем _____
 Вживання наркотиків _____
 Онкологічні захворювання _____
 Хронічні захворювання _____
 Дихальної системи _____

Діабет _____
 Захворювання серця _____
 Гіпертонія _____
 Захворювання нирок _____
 Психічні розлади _____

Профілактичні щеплення / перенесені інфекційні хвороби/

Алергія: медикаментозні засоби харчові продукти інше немає

Постійний прийом ліків

Соціально-культурний анамнез

Склад сім'ї

Роль в сім'ї

Культурна/ етнічна / група

Місце роботи /посада/

Стосунки з іншими людьми _____

Щоденна діяльність

Харчування: вид дієти _____ Звична вага _____

Режим харчування _____

Улюблена їжа _____

Їжа, яку не любить _____

Прийом рідини: вид _____ Кількість _____

Виділення (звичайний режим) сечовиділення _____ Стілець _____

Сон / відпочинок / _____

Звичайний режим сну _____

Спосіб відпочинку _____

Фізична активність _____

Звичайний режим фізичних вправ _____

Здатність доглядати за собою _____

ОГЛЯД ПО СИСТЕМАХ

Серцево – судинна система

біль за грудиною _____

ортопное _____

гіпертензія _____

кардіостимулятор _____

верхівковий поштовх _____

АТ _____

Ритм

правильний _____

неправильний _____

Характер пульсу

задовільного наповнення _____

задовільного напруження _____

ниткоподібний _____

слабкий _____

Пульс на променевій артерії

пальпується _____

не пальпується _____

інше: _____

Частота _____

Пульс на тильній артерії стопи

пальпується _____

не пальпується _____

інше: _____

Набряки

наявні _____

відсутні _____

Місце набряків _____

Медсестринські

діагнози: _____

ДИХАЛЬНА СИСТЕМА

Кашель сухий вологий задишка ортопноє	Грудна клітина симетрична асиметрична Частота дихання _____	Тип дихання нормальний патологічний	Аускультативно везикулярне дихання ослаблене (л), (п) крепітація хрипи стридорозне
--	--	--	--

Медсестринські
діагнози: _____

СЕРЦЕВО – ЛЕГЕНЕВА СИСТЕМА

1. Стан рухомості: рухомий; рухається з допомогою; ліжковий режим ; переміщається за допомогою.

2. Допоміжні засоби: немає; палички; інвалідний візок; милиці; протез; подушки; інші засоби: _____

3. Причини обмеження рухомості: немає; слабкість; втома; інші: _____

4. Чи має пацієнт достатньо енергії /сил / для здійснення бажаної діяльності? так; ні
Описати: _____

5. Щоденна діяльність: «Н – незалежна»; «Д – з допомогою»; «З – залежна»
прийом їжі _____ інші: ванна _____ зачісування _____
туалет _____ одягання _____ інше _____

Описати: _____

Медсестринські
діагнози: _____

ОПОРНО – РУХОВИЙ АПАРАТ

Біль; обмеження рухомості в суглобах; набряк; судоми; спазм; тремор

М'язова сила: « Д – достатня»; « С – слабка»; « В – відсутня»

права рука _____ ліва рука _____

права нога _____ ліва нога _____

Медсестринські
діагнози: _____

НЕРВОВА СИСТЕМА

Головний біль; моторні розлади; припадки; оніміння; парестезії

Розмір зіниць: однаків; реакції на світло збережено; інше _____

права _____ **ліва** _____

Рівень свідомості: ясна; ступор; сопор; кома; агресивність; тривога; гостре затьмарення

Орієнтація стосовно: осіб так ні
місця так ні
часу так ні
подій так ні

1. Зорові розлади: відсутні; окуляри; контактні лінзи; сліпота; інше;

праве око _____ ліве око _____

Описати _____

2. Порушення слуху: відсутнє; погано чує; глухота; використання слухового апарату:

праве вухо _____ ліве вухо _____

3. Порушення мовлення: відсутнє; нечітке; німота; заїкання; не може висловитись; не може зрозуміти; трахеостома; ларингостома

4. Мовний/комунікативний бар'єр: так ні

5. Рівень освіти:

6. Біль/дискомфорт _____

Описати: _____

А. Фактори, які спричиняють

біль _____

Б. Як біль

тамується _____

Медсестринські

діагнози: _____

Зовнішні покриви: нормального кольору; бліді; гіперемійовані; ціанотичні; жовтяничні; інше: _____

Температура шкіри: гаряча; тепла; холодна;

Тургор: нормальний; знижений; пролежні; висипка; рани; пошкодження; синяки; шрами, рубці; шкіра чиста; інше: _____

Описати _____

Медсестринські

діагнози: _____

ХАРЧУВАННЯ / МЕТАБОЛІЗМ/

1. Особлива дієта: так ні

Описати: _____

2. Частота прийому їжі:

Описати: _____

3. Актуальні зміни апетиту/ їжі/ режиму харчування:

Описати: _____

4. Чи мають місце: нудота; блювання; подразнення слизової оболонки ротової порожнини; труднощі при жуванні; труднощі при ковтанні; подавлення їжею:

Описати: _____

5. Недавня втрата / збільшення/ ваги: так ні

Описати: _____

Медсестринські

діагнози: _____

ШЛУНКОВО – КИШКОВИЙ ТРАКТ

Загальний вигляд: задовільного харчування; недостатнього харчування; ожиріння;

Слизова оболонка ротової порожнини: суха; волога;

Живіт: нормальний; здутий; запалий;

Кишкові звуки: чути на відстані; аускультативно; відсутні; стоми; назогастральний зонд;

Медсестринські

діагнози: _____

СЕЧОВИДІЛЬНА СИСТЕМА

Зі слів: медсестри _____ **пацієнта** _____

Сеча: прозора; темна; гематурія; каламутна; інше; катетер Фолея; надлобковий катетер; уростом; діаліз;

Описати: _____

Медсестринські

діагнози: _____

ВИДІЛЕННЯ

Зі слів: медсестри _____ **пацієнта** _____

1. Випорожнення кишок: без проблем; закріп; діарея; нетримання; біль; геморой; кров у калі; інше:

Описати: _____

2. Заходи, що стимулюють випорожнення: відсутні; послаблюючі засоби; свічки; клізми; інше:

Описати: _____

3. Сечовиділення: без проблем; затримка; нетримання; виділення сечі краплями; часте; олігурія; ніктурія; інше:

Описати: _____

Медсестринські

діагнози: _____

РЕПРОДУКТИВНА СИСТЕМА

Чоловік: виділення (з уретри); зниження потенції; біль; пухлина грудних залоз; хвороби, що передаються статевим шляхом; інше:

Описати: _____

Жінка:

Остання менструація _____; кількість пологів _____; кількість вагітностей _____; контрацептиви _____ (так, ні); останнє цитологічне дослідження _____; сверблячка в ділянці промежини; ненормальна кровотеча; виділення (описати) _____;

пухлини молочних залоз; перед менструальний синдром;

Біль: під час менструації; між менструаціями; інше:

Описати: _____

Вагітність у даний момент: так ні

Медсестринські

діагнози: _____

РОЛЬ / СТОСУНКИ/

1. Домашнє оточення: живе з чоловіком/ дружиною; Живе сам (а); живе з родиною; Живе з другом (подругою)

2. Хто може емоційно підтримати: чоловік (дружина); родина; друзі; сам (а) себе; інші

Описати: _____

3. Як ваша хвороба / госпіталізація / вплине на вашу сім'ю / близьких/?

Описати: _____

Медсестринські

діагнози: _____

ПСИХОФІЗИЧНА АДАПТАЦІЯ / СТРЕС /

1. Чи пережили ви нещодавно значні зміни у вашому житті / робота, переїзд, розлучення, смерть, операція, насилля / так _____ ні _____

Описати: _____

2. Як ви відчуваєте, чи справились успішно зі стресом, внаслідок цих змін?

Описати: _____

Медсестринські

діагнози: _____

СОН / ВІДПОЧИНОК/

1. Сон: без проблем; важко засинати; часте / раннє / прокидання; не відчуває себе відпочилим після сну; інше:

Описати: _____

2. Які засоби допомагають спати?

Описати: _____

Медсестринські

діагнози: _____

САМОСПРИЙНЯТТЯ

1. Що турбує вас найбільше стосовно вашої хвороби / госпіталізації /?

Описати: _____

2. Чи впливає ваша хвороба / чи операція / на ваше сприйняття вашого тіла? так ні

ЦІННОСТ / ВІРА/

1. Чи важлива для вас релігія? так ні віросповідання _____

2. Чи маєте ви потребу (необхідність) виконувати особливі релігійні обряди під час госпіталізації? так ні

Описати: _____

Медсестринські

діагнози: _____

Підпис медичної сестри _____

Відгук і оцінка роботи студента на практиці

(найменування підприємства, організації, установи)

Керівник практики від підприємства, організації, установи _____

(підпис)

(прізвище та ініціали)

Печатка

" _____ " _____ 201__ року

**Висновок керівника практики від вищого навчального закладу
про проходження практики**

Дата складання заліку " ____ " _____ 20 ____ року

Оцінка:
за національною шкалою _____
(словами)

кількість балів _____
(цифрами і словами)

за шкалою ECTS _____

Керівник практики від вищого навчального закладу

(підпис)

(прізвище та ініціали)