ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

ЩОДЕННИК ПРАКТИКИ

_____
(вид і назва практики)

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

Інститут, факультет, відділення_____

Кафедра, циклова комісія _____

Освітньо-кваліфікаційний рівень_____

Напрям підготовки _____

Спеціальність_____
(назва)

_____ курс, група _____

Студент_____
(прізвище, ім'я, по батькові)

прибув на підприємство, в організацію, установу.

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)

Календарний графік проходження практики

Датат	№ з/п	Назви робіт/ привід до виклику	Номер бригади	Час прийняття виклику	Час виїзду на виклик	Час виїзду на госпіталізацію	Час повернення на базу	Підпис керівника бригади
				4	5	6	7	8

Керівники практики:
від вищого навчального закладу _____ _____
(підпис) (прізвище та ініціали)

від підприємства, організації, установи _____ _____
(підпис) (прізвище та ініціали)

Виконанні маніпуляції

Номер виклику	Дата виклику	Привід виклику	Виконані маніпуляції

Відгук і оцінка роботи студента на практиці

_____

(назва підприємства, організації, установи)

Керівник практики від підприємства, організації, установи

_____ _____

(підпис) (прізвище та ініціали)

Печатка

«_____» _____ 20 __ року

Відгук осіб, які перевіряли проходження практики

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Висновок керівника практики від вищого навчального закладу про проходження практики

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Дата складання заліку „____” _____20____року
Оцінка:
за національною шкалою_____
(літерами)
кількість балів _____
(цифрами і літерами)
Керівник практики від вищого навчального закладу
_____ _____
(підпис) (прізвище та ініціали)

СТАНЦІЯ ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	форма N 110/о Наказ МОЗ 17.11.2010 N 999

КАРТА ВИЇЗДУ ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ N ☐☐☐☐ **А** ☐☐ ☐☐☐☐ 0 ☐☐

Адреса виклику	
Привід до виклику	**Район**

Прізвище (зі слів)	Друкованими літерами	
Ім'я (з документа)		
По батькові		
Адреса особи	**Район**	
Місце роботи	**Посада**	
Страховий поліс N	**Страхова компанія**	

1 **Вік** дні ☐☐ міс. ☐☐ роки ☐☐

2 **Стать:** 1 - чоловік; 2 - жінка

3 **Мешканець:** 1 - міста; 2 - села; 3 - іншої держави

4 **Соціальний стан:** 1 - робітник; 2 - службовець; 3 - учень; студент; курсант; 4 - підприємець; 5 - пенсіонер; 6 - інвалід; 7 - утриманець; 8 - фермер; 9 - не працює; 10 - біженець; 11 - без ПМП

5 Подальше перебування особи:
1 - на місці; 2- доставлений додому; 3- в інше місце (вказати) _____
4 - за направленням ШМД N наряду _____
5 - за направленням інших ЛПЗ _____
6 - доставлений в травмпункт, поліклініку
N супровідного листа _____

У лікарню N _____ відділення _____
Час з _____ по _____; прийнятий, неприйнятий
Діагноз _____
Черговий лікар _____

У лікарню N _____ відділення _____
Час з _____ по _____; прийнятий, неприйнятий
Діагноз _____
Черговий лікар _____

6

Повідомлення:	**Телефон**	**Час**	**Прийняв**
Ст. лікарю ШМД			
Поліклініку(ПНМД)			
СЕС			
РВВС			
ДАІ			
Комендатуру			
Родичам			
Стіл довідок ШМД:			
Інше місце			

З пацієнтом передано:
_____
_____
_____
_____
_____

Здав: **Прийняв:**

Склад бригади:
Лікар _____
Фельдшер _____
Мол. м/сестра _____
Водій _____
Стажер _____

Супроводжуючий

7 **Особистий N медпрацівника**

8 **Код підстанції**

9 **Код бригади ШМД**

10 **Допомога за діагнозом:** 1 - термінова; 2 - нетермінова

11	Час	**Прийому виклику**
12		**Виїзду на виклик п/с, р/с, Т**
13		**Прибуття на місце**
13.1		**Виїзду на госпіталізацію (інше)**
14		**Закінчення виклику**
15		**Повернення на станцію**
		Кілометраж

16 **Тип виїзду за діагнозом:** 1 - нещасний випадок; 2 - раптове захворювання; 3 - пологи; 4 - патологія вагітності; 5 - перевезення хворого; 6 - хронічне захворювання; 7 - технологічний виїзд; 8 - чергування; 9 - безрезультатний

17 **Обгрунтованість:** 1 - профільний; 2 - непрофільний

18 **Місце виклику:** 1 - ЛПЗ; 2 - квартира; 3 - інше (вказати) _____; 4 - громадське місце; 5 - робоче місце; 6 - вулиця; 7 - навчальний заклад

19 **Виклик** 1 - первинний; 2 - повторний; 3 - попутний; 4 - амбулаторний

20 **Звернення хворого:** 1 - не звертався; 2 - звертався на СШМД (скільки разів ___); 3 - звертався в інший ЛПЗ

21 **Травма:** 0 - немає; 1 - побутова; 2 - вулична; 3 - кримінальна; 4 - ДТП; 5 - виробнича; 6 - спортивна; 7 - самогубство; 8 - вулична, внаслідок ожеледиці

22 **Час від початку хвороби:** 1 - до 1 год; 2 - від 1 до 3 год; 3 - від 3 до 6 год; 4 - від 6 до 12 год; 5 - від 12 до 24; 6 - понад 24 год

23 **Алкоголь:** (зі слів) 1 - вживав; 2 - не вживав; 3 - не відомо

24 **Результат:** 1 - покращення; 2 - без ефекту; 3 - погіршення; 4 - смерть в присутності; 5 - смерть до приїзду; 6 - викликана спецбригада; 7 - здоровий; 8 - чергування; 9 - інші перевезення; 10 - заправка автомобіля; 11 - інше (вказати) _____

25 **Безрезультатний виїзд:** 1 - не застали; 2 - адреса не знайдена; 3 - не доїхали; 4 - не викликали; 5 - обслужений до приїзду; 6 - відмова від медичної допомоги

26 **ПОПЕРЕДНІЙ ДІАГНОЗ:**
_____
_____
_____
_____

Код МКХ - X ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Згоден на запропоноване лікування. ***Підпис*** _____

ВІДМОВА
Я,
_____
відмовляюся від / медичної допомоги / транспортування / (підкреслити), які рекомендовані мені медичним персоналом, розуміючи наслідки такої відмови. Підпис особи _____
Свідок _____ Свідок _____

Дата захворювання _____ **Початок захворювання** (Час) _____ год. _____ хв. _____

Скарги: _____

АНАМНЕЗ ☐ ІХС ☐ ГХ ☐ ГІМ коли _____ ☐ ГПМК коли _____ ☐ Судоми ☐ Діабет __ тип ☐ ☐ Онко

Алергія ☐ Ні ☐ Так _____ ☐ Акушерсько-гінекологічний _____

☐ Вір. Гепатит ☐ Туберкульоз ☐ Короста ☐ Педикульоз

ОБ'ЄКТИВНІ ДАНІ **Загальний стан** ☐ Задовільний ☐ Середній ☐ Важкий ☐ Дуже важкий ☐ Термінальний **t° C** ☐

Свідомість ☐ Ясна ☐ Приглушення ☐ Сопор ☐ Кома **за ШГ** ☐ **ТШ** ☐ **Поведінка** ☐ спокійний ☐ збуджений агресивний

Положення ☐ активне ☐ пасивне ☐ вимушене _____ **Зів** _____

Шкіра ☐ звичайна ☐ гіперемія _____ ☐ бліда ☐ іктерична ☐ ціаноз ☐ суха ☐ волога ☐ тепла ☐ холодна

Артеріальний тиск _____ **мм.рт.ст. постійний** _____ **мм.рт.ст. Пульс** _____ хв. Характеристика _____ Дефіцит пульсу _____

Тони серця ☐ ритмічні ☐ аритмічні ☐ ясні ☐ глухі ☐ акцент ____ тону на _____ шум _____ Шоковий індекс ____

Частота дихання ____ хв. **Задишка** ☐ експіраторна ☐ інспіраторна ☐ змішана **Периферичні набряки** _____

Дихання ☐ вільне ☐ поверхневе ☐ термінальне ☐ везикулярне ☐ хрипи ☐ сухі ☐ справа ☐ крепітація _____

☐ утруднене ☐ глибоке ☐ апное ☐ жорстке ☐ послаблене ☐ вологі ☐ зліва ☐ шум тертя плеври _____

Додатково _____

Живіт ☐ участь в акті дихання ☐ м'який ☐ напружений ☐ безболісний ☐ болісний, в ділянці _____

Печінка нижній край щодо реберної дуги ☐ не виступає ☐ виступає на _____ см, _____ **Перистальтика** ☐ так ☐ ні

Симптоми подразнення очеревини ☐ ні ☐ так **Діурез** зі слів _____ **Випорожнення** зі слів _____

Інші симптоми _____

Неврологічний статус Зіниці ☐ норма ☐ міоз ☐ мідріаз ☐ анізокорія D S **Реакція на світло** ☐ так ☐ ні **Очні яблука відведені** _____

Ністагм ☐ ні ☐ так (вказати) _____ **Мова** ☐ збережена ☐ порушена ☐ відсутня **Ковтання** ☐ вільне ☐ порушене

Обличчя ☐ симетричне ☐ асиметричне, носогубна складка згладжена _____ **Девіація язика** _____ **Прикушення язика** ☐ ні ☐ так

Патологічні рефлекси _____ **Тонус м'язів D S** _____ **Менінгеальні ознаки** ☐ ні ☐ так ☐ сумнівні

Плегії, паралічі _____ **Додатково** _____

Місце ушкодження при травмі (обвести номер та описати): **1.** Зовнішня кровотеча (капілярна, венозна, артеріальна) **2.** Опік (термічний, хімічний, електричний) **3.** Електротравма **4.** Ампутація **5.** Вогнепальне поранення **6.** Ножове поранення **7.** Пневмоторакс (відкритий, закритий, напружений) **8.** Тривале стиснення **9.** Падіння з висоти **10.** Травма голови **11.** Травма хребта **12.** Внутрішні пошкодження **13.** Переломи / Вивихи **14.** Пошкодження м`яких тканин **15.** Інше (вказати) _____

Описання ЕКГ, глюкоза крові (ммоль/л) тощо: _____

НАДАНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА, ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ (назва, доза, шлях введення):

☐ **Інгаляція O_2** _____ **л/хв**
☐ **СЛР** Початок _____
Закінчення _____
☐ **ШВЛ** (метод) _____
☐ **НМС**
☐ **Інтубація трахеї**
☐ **ДЕФ** кількість разів _____
☐ **ЕКС** _____ частота _____
☐ **Пункція ЦВ** _____
☐ **Пункція плевральної порожнини**
☐ **Первинна обробка рани**
☐ **Зупинка кровотечі** (метод) _____
☐ **Шийний комір**
☐ **Іммобілізація кінцівок** _____
☐ **Довга дошка**
☐ **Промивання шлунка**
☐ **Катетеризація сечового міхура**
☐ **Очисна клізма**
☐ **Інше** _____
☐ **ВЛВ** ☐ **ВЛМ** ☐ **ПМШ** ☐ **Рег / оз**

Стан після надання допомоги:

Загальний стан
АТ _____/_____ мм.рт.ст. **Пульс** _____ хв., _____ **ЧД** _____
за ШГ _____ балів за ТШ _____ балів
Транспортування пацієнта (підкреслити) **пішки на ношах на руках**

Підпис керівника бригади

Міністерство охорони здоров'я України	Ідентифікаційний код за ЄДРПОУ
Найменування закладу	Форма N 114/о Затверджено наказом МОЗ 17.11.2010 N 999

Супровідний листок N _____

Прізвище
Ім'я
По батькові
(друкованими літерами)

Вік: _____ (повних років) (число) (місяць) (рік народження)

Домашня адреса _____

Дані від особи, свідків, з документа (підкреслити і вказати)

Доставлений з вулиці, квартири, робочого місця, медичного закладу, інше (підкреслити і вписати) _____

Попередній діагноз швидкої медичної допомоги: _____

Доставлений:
в ЛПЗ _____ N _____, відділення _____
___ _____ 20__ року о ____ год. ____ хв.
за викликом N _____, прийнятим о ____ год. ____ хв.

Лікар/фельдшер_____ (прізвище чітко) (особистий номер)

Підстанція N _____ тел. N _____

Лінія відриву

Міністерство охорони здоров'я України	Ідентифікаційний код за ЄДРПОУ
Найменування закладу	Форма N 114/о Затверджено наказом МОЗ 17.11.2010 N 999

Талон до супровідного листка N _____
(після виписки або смерті пацієнта/потерпілого
негайно передається на станцію швидкої медичної допомоги)

Прізвище
Ім'я
По батькові
(друкованими літерами)

Вік: _____ (повних років) (число) (місяць) (рік народження)

Домашня адреса _____

Дані від особи, свідків, з документа (підкреслити і вказати)

Доставлений з вулиці, квартири, робочого місця, медичного закладу, інше (підкреслити і вписати) _____

Що і коли трапилось _____

о ____ год. ____ хв. ___ _____ 20__ року

Доставлений: на ношах, на руках, пішки в ЛПЗ _____ N _____,
(підкреслити)
відділення _____
___ _____ 20__ року о ____ год. ____ хв.
за викликом N _____, прийнятим о ____ год. ____ хв.

Лікар/фельдшер_____ (прізвище чітко) (особистий номер)

Підстанція N _____ тел. N _____

Попередній діагноз швидкої медичної допомоги: _____
_____
_____
_____
_____

Попередній діагноз відділення невідкладної (екстреної) медичної допомоги ЛПЗ: _____
_____
_____
_____

Заключний діагноз ЛПЗ: _____
_____
_____
_____
_____
_____

Медична карта стаціонарного хворого N _____, проведено: _____ днів _____ годин

Операція о ___ год. ___ хв. ___ _____ 20__ року

Виписаний(а) з покращенням, без покращення, здоровим (необхідне підкреслити)

Надана амбулаторна допомога: _____
_____
_____

Помер(ла) о ___ год. ___ хв. ___ _____ 20__ року

Зауваження медичного закладу щодо надання медичної допомоги бригадою ШМД: _____
_____
_____
_____
_____

Лікар _____ відділення _____

Лінія відриву

За необхідності отримати додаткову інформацію, повідомляти відповідального працівника чергової зміни станції ШМД.

Всі особи, доставлені бригадами ШМД, підлягають обов'язковому прийому в приймальні відділення лікувально-профілактичних закладів.

Доставлений у супроводі: _____
_____
_____
_____

Лікувальні заходи, проведені бригадою ШМД: АТ _____/_____ мм.рт.ст.
Пульс _____ хв. t° С _____ за ШГ _____ балів, за ТШ _____ балів
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Додаткові відомості:

Разом з особою передано: _____
_____
_____
_____
_____
_____