



**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО БГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ)**

ДНЕВНИК

УЧЕТА РАБОТЫ ОРДИНАТОРА

Уфа

2021 г.

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО БГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ)**

ДНЕВНИК

УЧЕТА РАБОТЫ ОРДИНАТОРА

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

Кафедра _____

Специальность _____

код, наименование

Начало обучения: 1 сентября 2021 г.

Уфа

2021 г.

Программы ординатуры реализуются в целях создания обучающимся, условий для приобретения необходимого для осуществления профессиональной деятельности уровня знаний, умений и навыков, а также квалификации, позволяющей занимать определенные должности медицинских работников, фармацевтических работников.

Обучение по программе ординатуры осуществляется в очной форме обучения.

Срок получения образования по программе ординатуры, включая каникулы, предоставляемые после прохождения государственной итоговой аттестации, вне зависимости от применяемых образовательных технологий, составляет 2 года.

Объем программы ординатуры составляет 120 зачетных единиц (далее - з.е.).

Объем программы ординатуры в очной форме обучения, реализуемый за один учебный год, составляет 60 з.е.

В результате освоения программы ординатуры у выпускника должны быть сформированы универсальные и профессиональные компетенции.

Подготовка ординаторов проводится в соответствии с планом подготовки ординатора, разработанному на основании рабочих программ и учебных планов, подготовленных на основе Федеральных государственных требований по специальностям.

При осуществлении образовательной деятельности по программе ординатуры организация обеспечивает:

проведение учебных занятий по дисциплинам (модулям) в форме лекций, семинаров, практических занятий, консультаций;

проведение практик;

проведение контроля качества освоения программы ординатуры посредством текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся и итоговой (государственной итоговой) аттестации обучающихся.

СТРУКТУРА ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ

Структура программы ординатуры		Объем программы ординатуры в з.е.
Блок 1	Дисциплины (модули)	42 - 48
	Базовая часть	33 - 39
	Вариативная часть	6 - 12
Блок 2	Практики	69 - 75
	Базовая часть	60 - 66
	Вариативная часть	6 - 12
Блок 3	Государственная итоговая аттестация	3
	Базовая часть	3
Объем программы ординатуры		120

УЧЕБНЫЙ ПЛАН

Индекс	Наименование дисциплин (модулей), разделов	Объем	
		ЗЕ	учебных часов
Б1	ДИСЦИПЛИНЫ		
<i>Б1.Б</i>	<i>БАЗОВАЯ ЧАСТЬ</i>		
Б1.Б.01			
Б1.Б.02	Общественное здоровье и здравоохранение		
Б1.Б.03	Педагогика		
Б1.Б.04	Медицина чрезвычайных ситуаций/Гигиена и эпидемиология чрезвычайных ситуаций		
Б1.Б.05	Патология/Микробиология		
<i>Б1.В</i>	<i>ВАРИАТИВНАЯ ЧАСТЬ</i>		
<i>Б1.В.01</i>	Онкология		
<i>Б1.В.02</i>	Инфекционные болезни, туберкулез		
<i>Б1.В.03</i>	Медицинская информатика		
<i>Б1.В.04</i>	Острый коронарный синдром		
<i>Б1.В.05</i>	Острая недостаточность мозгового кровообращения		
Б1.В.ДВ.01	<i>ДИСЦИПЛИНЫ ПО ВЫБОРУ</i>		
Б1.В.ДВ.01.01			
Б2	ПРАКТИКИ		
Б2.Б.	<i>БАЗОВАЯ ЧАСТЬ</i>		
Б2.Б.01			
Б2.В	<i>ВАРИАТИВНАЯ ЧАСТЬ</i>		
Б2.В.01	Симуляционный курс (производственная (клиническая) практика, стационарная)		
Б2.В.02			
Б2.В.03	Педагогическая (производственная практика)		
Б2.В.04	Острая коронарная недостаточность (производственная, стационарная практика)		
Б2.В.05	Острая недостаточность мозгового кровообращения (производственная, стационарная практика)		
Б3	ГОСУДАРСТВЕННАЯ ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ	3	108
	ИТОГО	120	4320
ФТД	ФАКУЛЬТАТИВЫ		
ФТД. В	<i>ВАРИАТИВНАЯ ЧАСТЬ</i>		
ФТД. В.01	Педагогические аспекты медицинской деятельности		
ФТД. В.02	Антикоррупционная деятельность. Правовые основы деятельности врача		
ФТД. В.03	Русский язык		

Результаты базового тестирования:

% правильных ответов _____

1-ЫЙ ГОД ОБУЧЕНИЯ

Сдача зачетов по дисциплинам, обязательным к изучению и дисциплинам по выбору ординатора

Дисциплина	Трудоёмкость (в зачетных единицах)	Кол-во учебных часов	Срок прохождения	Дата зачета	Подпись преподавателя
Общественное здоровье и здравоохранение	2	72			
Медицина чрезвычайных ситуаций/Гигиена и эпидемиология чрезвычайных ситуаций	2	72			

Прохождение практики

Дисциплина	Трудоёмкость (в зачетных единицах)	Кол-во учебных часов	Срок прохождения	Дата зачета	Оценка	Подпись преподавателя

ПРОХОЖДЕНИЕ ПРАКТИКИ (1 семестр)

Наименование медицинской организации _____

Отделение _____

Срок работы «____» «сентября» 20 ____ г. по «____» «сентября» 20 ____ г.

Нозологические формы	Кол-во больных	Вид деятельности

Руководитель ординатора _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)

Заведующий отделением _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)

Наименование медицинской организации _____

Отделение _____

Срок работы «____» «октября» 20 ____ г. по «____» «октября» 20 ____ г.

Нозологические формы	Кол-во больных	Вид деятельности

Руководитель ординатора _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)

Заведующий отделением _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)

Наименование медицинской организации _____

Отделение _____

Срок работы «___» «ноября» 20 г. по «___» «ноября» 20 г.

Нозологические формы	Кол-во больных	Вид деятельности

Руководитель ординатора _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)

Заведующий отделением _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)

Наименование медицинской организации _____

Отделение _____

Срок работы «___» «декабря» 20 г. по «___» «декабря» 20 г.

Нозологические формы	Кол-во больных	Вид деятельности

Руководитель ординатора _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)

Заведующий отделением _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)

Наименование медицинской организации _____

Отделение _____

Срок работы «____» «января» 20 ____ г. по «____» «января» 20 ____ г.

Нозологические формы	Кол-во больных	Вид деятельности

Руководитель ординатора _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)

Заведующий отделением _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)

Перечень навыков и умений, полученных за 1 семестр

№ п/п	Перечень освоенных навыков и умений
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	
14.	
15.	
16.	
17.	
18.	
19.	
20.	
21.	

Руководитель ординатора _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)

Ординатор _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)

Аттестация за 1 семестр:

Рекомендовано:

Заведующий кафедрой _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)

Руководитель ординатора _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)

Ординатор _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)

Протокол кафедрального совещания № _____ от « ____ » _____ 20 ____ г.

ПРОХОЖДЕНИЕ ПРАКТИКИ (2 семестр)

Наименование медицинской организации _____

Отделение _____

Срок работы «____» «февраля» 20 г. по «____» «февраля» 20 г.

Нозологические формы	Кол-во больных	Вид деятельности

Руководитель ординатора _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)

Заведующий отделением _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)

Наименование медицинской организации _____

Отделение _____

Срок работы «____» «марта» 20 г. по «____» «марта» 20 г.

Нозологические формы	Кол-во больных	Вид деятельности

Руководитель ординатора _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)

Заведующий отделением _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)

Наименование медицинской организации _____

Отделение _____

Срок работы «____» «апреля» 20 г. по «____» «апреля» 20 г.

Нозологические формы	Кол-во больных	Вид деятельности

Руководитель ординатора _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)

Заведующий отделением _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)

Наименование медицинской организации _____

Отделение _____

Срок работы «____» «мая» 20 г. по «____» «мая» 20 г.

Нозологические формы	Кол-во больных	Вид деятельности

Руководитель ординатора _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)

Заведующий отделением _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)

Наименование медицинской организации _____

Отделение _____

Срок работы «____» «июня» 20 ____ г. по «____» «июня» 20 ____ г.

Нозологические формы	Кол-во больных	Вид деятельности

Руководитель ординатора _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)

Заведующий отделением _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)

Перечень навыков и умений, полученных за 2 семестр

№ п/п	Перечень освоенных навыков и умений
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	
14.	
15.	
16.	
17.	
18.	
19.	
20.	
21.	

Руководитель ординатора _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)

Ординатор _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)

Аттестация за 2 семестр:

Рекомендовано:

По результатам аттестации ординатор рекомендован к переводу на 2-ой год обучения.

Заведующий кафедрой _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)

Руководитель ординатора _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)

Ординатор _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)

Протокол кафедрального совещания № _____ от «___» _____ 20__ г.

Начальник отдела
ординатуры _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)

ПРОХОЖДЕНИЕ ПРАКТИКИ (3 семестр)

Наименование медицинской организации _____

Отделение _____

Срок работы «____» «сентября» 20 ____ г. по «____» «сентября» 20 ____ г.

Нозологические формы	Кол-во больных	Вид деятельности

Руководитель ординатора _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)

Заведующий отделением _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)

Наименование медицинской организации _____

Отделение _____

Срок работы «____» «октября» 20 ____ г. по «____» «октября» 20 ____ г.

Нозологические формы	Кол-во больных	Вид деятельности

Руководитель ординатора _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)

Заведующий отделением _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)

Наименование медицинской организации _____

Отделение _____

Срок работы «___» «ноября» 20 г. по «___» «ноября» 20 г.

Нозологические формы	Кол-во больных	Вид деятельности

Руководитель ординатора _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)

Заведующий отделением _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)

Наименование медицинской организации _____

Отделение _____

Срок работы «___» «декабря» 20 г. по «___» «декабря» 20 г.

Нозологические формы	Кол-во больных	Вид деятельности

Руководитель ординатора _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)

Заведующий отделением _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)

Наименование медицинской организации _____

Отделение _____

Срок работы «____» «января» 20 г. по «____» «января» 20 г.

Нозологические формы	Кол-во больных	Вид деятельности

Руководитель ординатора _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)

Заведующий отделением _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)

Перечень навыков и умений, полученных за 3 семестр

№ п/п	Перечень освоенных навыков и умений
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	
14.	
15.	
16.	
17.	
18.	
19.	
20.	
21.	

Руководитель ординатора _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)

Ординатор _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)

Аттестация за 3 семестр:

Рекомендовано:

Заведующий кафедрой _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)
Руководитель ординатора _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)
Ординатор _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)

Протокол кафедрального совещания № _____ от «___» _____ 20 ____ г.

ПРОХОЖДЕНИЕ ПРАКТИКИ (4 семестр)

Наименование медицинской организации _____

Отделение _____

Срок работы «____» «февраля» 20 г. по «____» «февраля» 20 г.

Нозологические формы	Кол-во больных	Вид деятельности

Руководитель ординатора _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)

Заведующий отделением _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)

Наименование медицинской организации _____

Отделение _____

Срок работы «____» «марта» 20 г. по «____» «марта» 20 г.

Нозологические формы	Кол-во больных	Вид деятельности

Руководитель ординатора _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)

Заведующий отделением _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)

Наименование медицинской организации _____

Отделение _____

Срок работы «____» «апреля» 20 г. по «____» «апреля» 20 г.

Нозологические формы	Кол-во больных	Вид деятельности

Руководитель ординатора _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)

Заведующий отделением _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)

Наименование медицинской организации _____

Отделение _____

Срок работы «____» «мая» 20 г. по «____» «мая» 20 г.

Нозологические формы	Кол-во больных	Вид деятельности

Руководитель ординатора _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)

Заведующий отделением _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)

Наименование медицинской организации _____

Отделение _____

Срок работы «____» «июня» 20 ____ г. по «____» «июня» 20 ____ г.

Нозологические формы	Кол-во больных	Вид деятельности

Руководитель ординатора _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)

Заведующий отделением _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)

Перечень навыков и умений, полученных за 4 семестр

№ п/п	Перечень освоенных навыков и умений
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	
14.	
15.	
16.	
17.	
18.	
19.	
20.	
21.	

Руководитель ординатора _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)

Ординатор _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)

Аттестация за 4 семестр:

Рекомендовано:

По результатам аттестации рекомендуется допустить / не допустить ординатора к прохождению государственной итоговой аттестации.

Заведующий кафедрой _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)

Руководитель ординатора _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)

Ординатор _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)

Протокол кафедрального совещания № _____ от «___» _____ 20 ____ г.

Начальник отдела
ординатуры _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)