



**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

2025 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 2025 г.

Уфа
2025 г.

1-ЫЙ ГОД ОБУЧЕНИЯ

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

Дисциплина	Трудоемкость (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	Трудоемкость (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.)

2-ОЙ ГОД ОБУЧЕНИЯ

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

[illegible]

Прохождение практики

[illegible]

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.)

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.)