



**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

2024 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 31.08.63 Сердечно - сосудистая хирургия

Начало обучения: 1 сентября 2024 г.

Уфа

2024 г.

## 1-ЫЙ ГОД ОБУЧЕНИЯ

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

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

### Прохождение практики

| Дисциплина | Трудоемкость<br>(в зачетных<br>единицах) | Кол-во<br>учебных часов | Срок<br>прохождения | Дата<br>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<br>больных | Вид деятельности |
|----------------------|-------------------|------------------|
|                      |                   |                  |
|                      |                   |                  |
|                      |                   |                  |
|                      |                   |                  |
|                      |                   |                  |
|                      |                   |                  |
|                      |                   |                  |
|                      |                   |                  |
|                      |                   |                  |

Руководитель ординатора \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (Ф.И.О.)

Заведующий отделением \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (Ф.И.О.)

## Перечень навыков и умений, полученных за 1 семестр

| №<br>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<br>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<br>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<br>больных | Вид деятельности |
|----------------------|-------------------|------------------|
|                      |                   |                  |
|                      |                   |                  |
|                      |                   |                  |
|                      |                   |                  |
|                      |                   |                  |
|                      |                   |                  |
|                      |                   |                  |
|                      |                   |                  |
|                      |                   |                  |

Руководитель ординатора \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (Ф.И.О.)

Заведующий отделением \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (Ф.И.О.)

## Перечень навыков и умений, полученных за 2 семестр

| №<br>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<br>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<br>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<br>больных | Вид деятельности |
|----------------------|-------------------|------------------|
|                      |                   |                  |
|                      |                   |                  |
|                      |                   |                  |
|                      |                   |                  |
|                      |                   |                  |
|                      |                   |                  |
|                      |                   |                  |
|                      |                   |                  |
|                      |                   |                  |

Руководитель ординатора \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (Ф.И.О.)

Заведующий отделением \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (Ф.И.О.)

### Перечень навыков и умений, полученных за 3 семестр

| №<br>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<br>больных | Вид деятельности |
|----------------------|-------------------|------------------|
|                      |                   |                  |
|                      |                   |                  |
|                      |                   |                  |
|                      |                   |                  |
|                      |                   |                  |
|                      |                   |                  |
|                      |                   |                  |
|                      |                   |                  |
|                      |                   |                  |

Руководитель ординатора \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (Ф.И.О.)

Заведующий отделением \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (Ф.И.О.)

### Перечень навыков и умений, полученных за 4 семестр

| №<br>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 ординатор рекомендован к переводу на 3-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.)

### 3-ОЙ ГОД ОБУЧЕНИЯ

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

[illegible]

## Прохождение практики

[illegible]

## ПРОХОЖДЕНИЕ ПРАКТИКИ (5 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<br>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<br>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<br>больных | Вид деятельности |
|----------------------|-------------------|------------------|
|                      |                   |                  |
|                      |                   |                  |
|                      |                   |                  |
|                      |                   |                  |
|                      |                   |                  |
|                      |                   |                  |
|                      |                   |                  |
|                      |                   |                  |
|                      |                   |                  |

Руководитель ординатора \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись)(Ф.И.О.)

Заведующий отделением \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись)(Ф.И.О.)

### Перечень навыков и умений, полученных за 5 семестр

| №<br>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 (6 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<br>больных | Вид деятельности |
|----------------------|-------------------|------------------|
|                      |                   |                  |
|                      |                   |                  |
|                      |                   |                  |
|                      |                   |                  |
|                      |                   |                  |
|                      |                   |                  |
|                      |                   |                  |
|                      |                   |                  |
|                      |                   |                  |

Руководитель ординатора \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (Ф.И.О.)

Заведующий отделением \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (Ф.И.О.)

### Перечень навыков и умений, полученных за 6 семестр

| №<br>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 6 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.)