

Приложение к рабочей программе

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

ОСНОВЫ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ

Специальность: **31.05.01 ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО**

Кафедра **ОБЩЕЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ФАРМАКОЛОГИИ**

Форма обучения: **ОЧНАЯ**

Нижний Новгород
2021

1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Основы персонализированной фармакотерапии» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Основы персонализированной фармакотерапии». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине «Основы персонализированной фармакотерапии» используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Тесты	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
2	Проект	Продукт самостоятельной работы студента, представляющий собой публичное выступление по представлению полученных результатов решения определенной учебно-практической, учебно-исследовательской или научной темы	Темы докладов, сообщений, рефератов
3	Собеседование	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимися на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п.	Перечень вопросов
4	Ситуационные задачи	Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.	Перечень задач

3. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и видов оценочных средств

Код и формулировка компетенции	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
УК-1 ПК-8	Текущий	Введение в персонализированную ФТ	Тестовые задания, список вопросов для собеседования, ситуационные задачи, перечень тем рефератов

УК-1 ПК-8	Текущий	Взаимосвязь фармакокинетики и фармакодинамики лекарственных средств	Тестовые задания, список вопросов для собеседования, ситуационные задачи, перечень тем рефератов
УК-1 ПК-8	Текущий	Персонализация ФТ при лечении респираторных заболеваний	Тестовые задания, список вопросов для собеседования, ситуационные задачи, перечень тем рефератов
УК-1 ПК-8	Текущий	Персонализация ФТ при лечении сердечно-сосудистых заболеваний	Тестовые задания, список вопросов для собеседования, ситуационные задачи, перечень тем рефератов
УК-1 ПК-8	Текущий	Персонализация ФТ при лечении гастроэнтерологических заболеваний	Тестовые задания, список вопросов для собеседования, ситуационные задачи, перечень тем рефератов
УК-1 ПК-8	Промежуточный	Все разделы	Тестовые задания, список вопросов для собеседования, ситуационные задачи, перечень тем рефератов

4. Содержание оценочных средств текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: Тестовые задания, список вопросов для собеседования, перечень тем рефератов, ситуационные задачи

4.1. Список вопросов для оценки компетенций: УК-1, ПК-8

1. Клинико-фармакологические подходы к выбору и назначению лекарственных препаратов с позиций доказательной медицины.
2. Фармакогенетика как основа персонализированной медицины
3. Фармакогенетическое тестирование
4. Терапевтические области, требующие обязательного фармакогенетического мониторинга для контроля эффективности и безопасности терапии
5. Алгоритмы лечения и их персонализация фармакотерапии: основные принципы и подходы

4.2. Темы проектов для оценки компетенций: УК-1, ПК-8

- Алгоритмы лечения и их персонализация при лечении острых респираторно-вирусных заболеваний;
- Алгоритмы лечения и их персонализация при лечении гриппа;
- Алгоритмы лечения и их персонализация при лечении новой короновирусной инфекции;
- Алгоритмы лечения и их персонализация при внебольничной пневмонии.
- Алгоритмы лечения и их персонализация при лечении гипертонической болезни;
- Алгоритмы лечения и их персонализация при лечении ИБС;
- Алгоритмы лечения и их персонализация при лечении сердечной недостаточности

- Алгоритмы лечения и их персонализация при лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки;
- Алгоритмы лечения и их персонализация при лечении гастроэзофагорефлюксной болезни;
- Алгоритмы лечения и их персонализация при лечении желчекаменной болезни.

4.3. Ситуационные задачи для оценки компетенций: УК-1, ПК-8

1. Пациент, 66 лет, страдает ожирением I степени (ИМТ=31.2 кг/м²), гипертонической болезнью II стадии, риск 4. Месяц назад выявлена нарушенная толерантность к глюкозе. Согласно дневнику пациента, в течение последнего месяца АД в пределах 145/90-150/95 мм. рт.ст. Какой препарат, обладающий гипотензивным действием, предпочтительно использовать у данного пациента и в какой дозе?

2. Больная, 66 лет, страдает гипертонической болезнью в течение 8 лет. Принимает клонидин по 0,15 мг 3 раза в сутки. Накануне препарат не принимала, так как забыла выписать у лечащего врача. Сегодня появились жалобы на головокружение, головную боль, колющие боли в грудной клетке. АД – 220/100 мм. рт.ст. Оцените клиническую ситуацию. Необходимо ли в дальнейшем продолжать терапию клонидином?

3. Больной, 56 лет, с постинфарктным кардиосклерозом и сердечной недостаточностью II функционального класса по NYHA в течение длительного срока принимает, наряду с эналаприлом в дозе 10 мг 1 раз в сутки и спиронолактоном 25 мг утром, метопролол тартрат 25 мг 2 раза в сутки. В последнее время, со слов пациента, АД составляет 100/70 мм. рт.ст. Врач посчитал необходимым, учитывая уровень АД, отменить β- адреноблокатор. Оцените тактику врача? Как он должен был поступить с позиций доказательной медицины?

4. У пациента, 75 лет, наряду с гипертонической болезнью II стадии, 2 ст., риск 3 имеется доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Гипотензивная терапия, какими препаратами ему показана, учитывая коморбидную патологию?

5. Больной, 57 лет, обратился к врачу с жалобами на отеки лодыжек. Из анамнеза известно, что больной в течение 5 месяцев принимает амлодипин 10 мг/сутки в качестве монотерапии гипертонической болезни. Отеки на ногах появились около 1 месяца назад. Состояние больного удовлетворительное. Над легкими везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, акцент II тона над аортой. АД 135/90 мм. рт.ст., пульс ритмичный с частотой 90 в минуту. Печень по краю реберной дуги. Отеки лодыжек, симметричные. Врач назначил гидрохлортиазид 25 мг/сутки для ликвидации тиббиальных отеков. Оцените тактику врача.

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета

5.1 Перечень контрольных заданий и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: тестовые задания, перечень вопросов, ситуационные задачи

5.1.1. Перечень вопросов к зачёту по дисциплине

1. Взаимосвязь дисциплин фармакология, клиническая фармакология, фармакотерапия. Содержание понятий.
2. Понятие об индивидуализации/персонализации фармакотерапии.
3. Клинико-фармакологические технологии персонализированной медицины (фармакогенетическое тестирование).
4. Понятие «Терапевтический лекарственный мониторинг».
5. Основные фармакокинетические параметры, их клиническое применение.
6. Способы титрования доз лекарственных средств для получения персонализированных эффектов фармакотерапии.

7. Фармакокинетический мониторинг: значение для персонализации фармакотерапии.
8. ЛС, применяемые при заболеваниях бронхолегочной системы. Значение для персонализации ФТ выбора ЛС, их доз, корректировки в зависимости от получения лечебного действия и нежелательных лекарственных реакций.
9. ЛС, применяемые при заболеваниях сердечно-сосудистой системы. Значение для персонализации ФТ выбора ЛС, их доз, корректировки в зависимости от получения лечебного действия и нежелательных лекарственных реакций.
10. ЛС, применяемые при заболеваниях сердечно-сосудистой системы. Значение для персонализации ФТ выбора ЛС, их доз, корректировки в зависимости от получения лечебного действия и нежелательных лекарственных реакций.
11. Алгоритмы лечения и их персонализация при лечении гриппа.
12. Алгоритмы лечения и их персонализация при лечении новой коронавирусной инфекции.
13. Алгоритмы лечения и их персонализация при внебольничной пневмонии.
14. Алгоритмы лечения и их персонализация при лечении гипертонической болезни.
15. Алгоритмы лечения и их персонализация при лечении ИБС.
16. Алгоритмы лечения и их персонализация при лечении сердечной недостаточности.
17. Алгоритмы лечения и их персонализация при лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.
18. Алгоритмы лечения и их персонализация при лечении гастроэзофагорефлюксной болезни.
19. Алгоритмы лечения и их персонализация при лечении желчекаменной болезни.

5.1.2. Тестовые вопросы с вариантами ответов к зачёту по дисциплине «Основы персонализированной фармакотерапии».

Тестовые задания	Код компетенции (согласно РПД)
<p>1. Полипрагмазия - это:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) необоснованное назначение нескольких лекарственных средств без учета их совместимости; 2) ответственное самолечение; 3) низкая комплаентность больного. <p>2. Фармацевтическая несовместимость возникает при:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) инактивации лекарственных средств до приема больным; 2) выпадении осадков в лекарственной форме; 3) всасывании лекарственных средств в кишечнике; 4) образовании гигроскопических смесей в порошках; 5) ингибировании ферментов биотрансформации лекарственных средств. <p>3. При фармацевтической несовместимости лекарственные средства утрачивают активность в результате:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) химического взаимодействия в лекарственной форме; 2) индукции ферментов биотрансформации; 3) изменения рН растворов до их введения больному; 4) изменения рН пищеварительных соков. <p>4. Относительная фармакологическая несовместимость:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) преодолевается изменением дозы и интервалов между приемами лекарственных средств; 2) не подвергается коррекции; 3) преодолевается изменением пути введения лекарственных средств; 4) не требует коррекции. <p>5. Абсолютная фармакологическая несовместимость:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) преодолевается изменением дозы и интервалов между приемами лекарственных средств; 2) не подвергается коррекции; 3) обусловлена влиянием одного лекарственного средства на всасывание 	УК-1, ПК-8

- другого;
- 4) обусловлена антагонизмом лекарственных средств;
 - 5) связана со значительным усилением побочного действия совместно назначенных лекарственных средств.
 6. Нежелательное взаимодействие часто возникает при комбинации лекарственных средств с:
 - 1) антикоагулянтами непрямого действия;
 - 2) α -адреномimetиками;
 - 3) ноотропными средствами;
 - 4) синтетическими сахароснижающими средствами;
 - 5) антидепрессантами.
 7. Фармакокинетическое взаимодействие лекарственных средств развивается при:
 - 1) всасывании;
 - 2) распределении;
 - 3) взаимодействии с циторецепторами;
 - 4) разнонаправленном влиянии на функции клеток;
 - 5) биотрансформации.
 8. Фармакодинамическое взаимодействие лекарственных средств развивается при их:
 - 1) взаимодействии с циторецепторами;
 - 2) депонировании;
 - 3) экскреции;
 - 4) разнонаправленном влиянии на функции клеток.
 9. Лекарственные средства взаимодействуют при всасывании, если:
 - 1) интервал между их приемом больше 4 ч;
 - 2) интервал между их приемом меньше 2 ч;
 - 3) для достижения их терапевтического эффекта требуется создание в плазме максимальной концентрации;
 - 4) их период полуэлиминации больше 12 ч.
 10. Всасывание лекарственных средств группы слабых кислот уменьшают:
 - 1) антацидные средства;
 - 2) ингибиторы протонного насоса;
 - 3) слабительные средства;
 - 4) аскорбиновая кислота;
 - 5) блокаторы H_2 -рецепторов.
 11. Всасывание лекарственных средств группы слабых кислот увеличивают:
 - 1) аскорбиновая кислота;
 - 2) антацидные средства;
 - 3) м-холиноблокаторы;
 - 4) ацетилсалициловая кислота.
 12. Всасывание лекарственных средств группы слабых оснований увеличивают:
 - 1) аскорбиновая кислота;
 - 2) антацидные средства;
 - 3) м-холиноблокаторы;
 - 4) ацетилсалициловая кислота;
 - 5) блокаторы H_2 -рецепторов.
 13. Невсасывающиеся комплексы с препаратами кальция, магния, железа и алюминия в желудочно-кишечном тракте образуют:
 - 1) макролиды;
 - 2) тетрациклины;
 - 3) фторхинолоны;
 - 4) аминогликозиды;
 - 5) диклофенак.
 14. Ингибиторы гликопротеина Р всасывание его субстратов:
 - 1) повышают;
 - 2) уменьшают.
 15. Биодоступность полярных, медленно всасывающихся лекарственных средств уменьшают:
 - 1) м-холиноблокаторы;

<p>2) ингибиторы холинэстеразы; 3) метоклопрамид; 4) магния сульфат; 5) морфин.</p> <p>16. Биодоступность полярных, медленно всасывающихся лекарственных средств увеличивают:</p> <p>1) хлорпромазин; 2) неостигмина метилсульфат; 3) amitриптилин; 4) лоперамид; 5) домперидон.</p> <p>17. Действие местных анестетиков пролонгируют:</p> <p>1) ацетилсалициловая кислота; 2) эpineфрин; 3) атропин; 4) фенилэфрин.</p> <p>18. Фармакологический эффект при конкуренции лекарственных средств за связь с белками плазмы изменяется, если:</p> <p>1) их связанная фракция больше 90%; 2) их связанная фракция составляет 20-30%; 3) объем их распределения больше 35 л; 4) они обладают небольшой широтой терапевтического действия.</p> <p>19. При вытеснении варфарина из связи с альбуминами плазмы появляется риск:</p> <p>1) кровотечения; 2) тромбоза.</p> <p>20. Область распределения в легких беклометазона при одновременной ингаляции с β_2-адреномиметиками:</p> <p>1) увеличивается; 2) уменьшается.</p> <p>21. Клинически значимое взаимодействие в процессе биотрансформации возможно при совместном применении:</p> <p>1) гентамицина и атракурия безилата; 2) метронидазола и этанола; 3) налоксона и морфина; 4) фенобарбитала и варфарина; 5) меркаптопурина и аллопуринола.</p> <p>22. С терапевтической целью применяют ингибиторы ферментов:</p> <p>1) дисульфирам; 2) фенобарбитал; 3) карбидопу; 4) клавулановую кислоту; 5) эритромицин.</p> <p>23. Лекарственные средства, ацидифицирующие мочу, повышают реаб-сорбцию:</p> <p>1) атропина; 2) ацетилсалициловой кислоты; 3) фенобарбитала; 4) платифиллина.</p> <p>24. Лекарственные средства, алкализующие мочу, повышают реаб-сорбцию:</p> <p>1) хлорохина; 2) пропранолола; 3) варфарина; 4) ампициллина; 5) морфина.</p> <p>25. Фуросемид замедляет экскрецию аминогликозидов, так как:</p> <p>1) ухудшает почечный кровоток и фильтрацию аминогликозидов в первичную мочу; 2) конкурирует с аминогликозидами за связь с транспортерами при секреции в почечных канальцах; 3) ингибирует в печени ферменты биотрансформации аминогликозидов.</p> <p>26. Риск аритмогенного действия сердечных гликозидов увеличивают:</p>	
---	--

- | | |
|--|--|
| <p>1) спиронолактон;
2) ацетазоламид;
3) кальция хлорид;
4) эналаприл;
5) эпинефрин.</p> <p>27. Риск кровотечения при совместном применении с варфарином увеличивают:</p> <p>1) эпинефрин;
2) тетрациклин;
3) хлорамфеникол;
4) менадиона натрия бисульфит;
5) диклофенак.</p> <p>28. Ингибиторы холинэстеразы пролонгируют паралич скелетных мышц, вызванный:</p> <p>1) пипекурония бромидом;
2) суксаметония йодидом;
3) атракурия безилатом.</p> <p>29. Паралич дыхательной мускулатуры, вызванный антидеполяризирующими миорелаксантами, усиливают:</p> <p>1) неостигмина метилсульфат;
2) гентамицин;
3) тетрациклин;
4) галантамин;
5) диазепам.</p> <p>30. Гипертензивное действие эпинефрина извращается при совместном введении с:</p> <p>1) пропранололом;
2) доксазолином;
3) атропином;
4) хлорпромазином.</p> <p>31. β-Адреноблокаторы вызывают выраженную брадикардию и атриовентрикулярную блокаду при совместном применении с:</p> <p>1) лидокаином;
2) атропином;
3) верапамилом;
4) дигоксином;
5) амлодипином.</p> <p>32. β_2-Адреномиметики могут не купировать бронхоспазм, вызванный пропранололом, в результате:</p> <p>1) десенситизации циторцепторов;
2) уменьшения количества циторцепторов;
3) большего аффинитета антагониста к β_2-адренорецепторам.</p> <p>33. Несовместимость бактериостатических антибиотиков с β-лактамами обусловлена:</p> <p>1) влиянием β-лактамовых антибиотиков на микроорганизмы в стадии размножения;
2) конкуренцией антибиотиков за связь с ферментами микроорганизмов;
3) ускоренным эффлюксом β-лактамовых антибиотиков.</p> <p>34. Для коррекции лекарственного паркинсонизма, вызванного антипсихотическими средствами, применяют:</p> <p>1) леводопу;
2) тригексифенидил;
3) селегилин;
4) бипериден.</p> <p>35. Антигипертензивный эффект ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента уменьшают:</p> <p>1) НПВС;
2) блокаторы кальциевых каналов.</p> <p>36. Непереносимость этанола вызывают:</p> <p>1) цефоперазон;
2) кофен;</p> | |
|--|--|

<p>3) метронидазол; 4) фуразолидон; 5) пирацетам. 37. Действие наркотических средств потенцируют: 1) кофеин; 2) пирацетам; 3) диазепам; 4) атракурия безилат. 38. Рациональные комбинации лекарственных средств - это: 1) гидрохлоротиазид + триамтерен; 2) метформин + глибенкламид; 3) суксаметония йодид + неостигмина метилсульфат; 4) оксациллин + доксициклин. 39. Рациональные комбинации лекарственных средств - это: 1) амитриптилин + атропин; 2) салметерол + флутиказон; 3) варфарин + амоксициллин; 4) пиперациллин + сульбактам. 40. Рациональные комбинации лекарственных средств при артериальной гипертензии - это: 1) эналаприл + спиронолактон; 2) периндоприл + индапамид; 3) доксазозин + нифедипин; 4) амлодипин + гидрохлоротиазид. 41. Рациональные комбинации лекарственных средств при ишемической болезни сердца - это: 1) розувастатин + эзетимиб; 2) дилтиазем + ивабрадин; 3) метопролол + верапамил; 4) ацетилсалициловая кислота + бисопролол; 5) амлодипин + лизиноприл. 42. Потенциально опасные комбинации лекарственных средств - это: 1) изониазид + пиридоксин; 2) динитрогена оксид + пипекурония бромид; 3) стрептомицин + фуросемид; 4) галотан + норэпинефрин; 5) дигоксин + кальция хлорид (в вену). 43. Нерациональные комбинации лекарственных средств - это: 1) сульфаниламид + бензокаин (в присыпке); 2) периндоприл + индометацин; 3) дигоксин + калия и магния аспарагинат; 4) спиронолактон + гидрохлоротиазид.</p>	
---	--

Вопрос	Правильные ответы
1	1
2	1, 2, 4
3	1, 3
4	1, 3
5	2, 4, 5
6	1, 4, 5
7	1, 2, 5
8	1, 4
9	2, 3

10	1, 2, 5
11	1, 4
12	2, 3, 5
13	2, 3, 5
14	1
15	2, 3, 4
16	1, 3, 4
17	2, 4
18	1, 4
19	1
20	1

21	2, 4, 5
22	1, 3, 4
23	2, 3
24	1, 2, 5
25	2
26	2, 3, 5
27	2, 3, 5
28	2
29	2, 3, 5
30	2, 4

31	3, 4
32	3
33	1
34	2, 4
35	1

36	1, 3, 4
37	3, 4
38	1, 2
39	2, 4

40	2, 4
41	1, 4, 5
42	3, 4, 5
43	1, 2

5.1.3. Ситуационные задачи к зачёту по дисциплине «Основы персонализированной фармакотерапии».

1. Пациент, 78 лет, с гипертонической болезнью в анамнезе без консультации с лечащим врачом стал принимать с гипотензивной целью фуросемид по 40 мг/сутки. Оцените назначенную терапию. Какой препарат из этой же группы ЛС, может быть назначен вместо фуросемида и в какой дозе?

2. Больная, 47 лет, обратилась к врачу с жалобами на сухой кашель. Из анамнеза известно, что больная в течение 3 месяцев принимает периндоприл 8 мг/сутки в качестве монотерапии гипертонической болезни. Состояние больной удовлетворительное. Над легкими везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены. АД 125/80 мм. Рт.ст., пульс ритмичный с частотой 70 в минуту. Оцените тактику врача.

3. Больная, 62 лет, страдает гипертонической болезнью в течение 10 лет. Принимает амлодипин 10 мг однократно утром. Так как уровень САД оставался высоким - более 160 мм. рт.ст., больная самостоятельно начала прием гидрохлортиазида по 100 мг сутки. Через 2 недели от начала терапии тиазидным диуретиком появились общая слабость, перебои в работе сердца, судорожные подергивания мышц. Объективно тоны ритмичные с ЧСС 74 в минуту, прерывающиеся частыми экстрасистолами, АД – 130/80 мм. рт.ст. На ЭКГ – депрессия сег- мента ST в отведениях V3-V6 на 0,8 мм, частая монотопная желудочковая экстрасистолия. Оцените клиническую ситуацию.

4. Больная, 74 года, 2 года назад перенесла инфаркт миокарда переднесептальной области левого желудочка. Беспокоит одышка при ходьбе на расстояние более 200 метров. На момент осмотра состояние больной удовлетворительное. Над легкими везикулярное дыхание, единичные влажные хрипы в базальных отделах с обеих сторон. Тоны сердца приглушены. АД 115/70 мм. рт.ст., пульс ритмичный с частотой 95 в минуту. Печень по краю реберной дуги. Пастозность лодыжек. Оцените клиническую ситуацию.

5. Больная, 60 лет, поступила в стационар с жалобами на сильную головную боль, рвоту и мелькание мушек перед глазами. В течение 15 лет страдает гипертонической болезнью. Целевой уровень АД у данной пациентки не достигнут: АД постоянно выше 140/90 мм. Рт.ст. Объективно: состояние тяжелое, кожные покровы бледные. Больная вялая, адинамичная. Лицо одутловатое. Отечность век. АД 240/130 мм, рт.ст. Тоны сердца при- глушены, ритм правильный с ЧСС 70 в минуту. Аускультативно в легких жесткое дыхание, хрипы не выслушиваются. Живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см. Пастозность голеней. Диурез снижен. Какие лекарственные препараты показаны для терапии данного состояния?

6. Критерии оценивания результатов обучения

Для зачета:

Результаты обучения	Критерии оценивания	
	Не зачтено	Зачтено

Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены несущественные ошибки
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Мотивация (личностное отношение)	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.
Характеристика сформированности компетенции	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач.
Уровень сформированности компетенций	Низкий	Средний/высокий

Для тестирования:

Оценка «5» (Отлично) - баллов (100-90%)

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

Оценка «3» (Удовлетворительно) - балла (79-70%)

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Полный комплект оценочных средств для дисциплины «Название дисциплины» представлен на портале СДО Приволжского исследовательского медицинского университета – ссылка <https://sdo.pimunn.net/course/view.php?id=3751>

Разработчик(и):

Ловцова Л.В., доктор медицинских наук, ученое звание - доцент, заведующий кафедрой общей и клинической фармакологии.

Сорокина Ю.А., кандидат биологических наук, ученое звание - доцент, доцент кафедры общей и клинической фармакологии.

Дата «27» февраля 2023 г.