

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

УТВЕРЖДАЮ
Проректор по учебной работе

Богомолова Е.С.
« 25 »  2021 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Ознакомительная (организационно-управленческая) практика

направление подготовки **32.04.01 Общественное здравоохранение**

профиль **Управление здравоохранением**

Квалификация выпускника:

Магистр

Форма обучения:

очно-заочная

Нижний Новгород
2021

1. Паспорт фонда оценочных средств

Цель фонда оценочных средств. Оценочные средства предназначены для контроля и оценки образовательных достижений обучающихся, освоивших программу ознакомительной (организационно-управленческой) практики. Перечень видов оценочных средств соответствует Рабочей программе практики.

Фонд оценочных средств включает контрольные материалы для проведения текущего контроля в форме контрольных вопросов по практике и тем докладов и рефератов, а также промежуточной аттестации в форме отчета по практике.

Структура и содержание заданий: задания разработаны в соответствии с рабочей программой ознакомительной (организационно-управленческой) практики.

Перечень компетенций выпускников образовательной программы с указанием результатов обучения (знаний, умений, владений), характеризующих этапы их формирования, описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, представлен в таблице 1.

Таблица 1

Паспорт фонда оценочных средств практики

Компетенция	Результаты обучения	Виды занятий	Оценочные средства
УК-6	Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий.		
	<p>ИД-1ук.6.1 Синтезирует и систематизирует имеющиеся теоретические знания для решения практических задач в ходе профессиональной деятельности.</p> <p>ИД-2ук.6.2 Формулирует цели собственной деятельности, определяет пути их достижения с учетом ресурсов, условий, средств, временной перспективы развития деятельности и планируемых результатов.</p> <p>ИД-3ук.6.3 Критически оценивает эффективность использования времени и других ресурсов для совершенствования своей профессиональной деятельности.</p>	самостоятельная работа	контрольные вопросы, доклад, реферат, отчет о практике
ПК-3	Способность и готовность к планированию, организации и реализации межсекторальных программ по профилактике заболеваний и укреплению здоровья населения.		
	<p>ИД-1пк.3.1 Умеет определять приоритетные проблемы популяционного здоровья и ключевых стейкхолдеров (заинтересованных лиц, принимающих решения).</p> <p>ИД-2пк.3.2 Демонстрирует умение применять на практике международные подходы к решению проблем общественного здоровья.</p> <p>ИД-3пк.3.3 Владеет современными технологиями построения профилактических программ, их мониторингования и оценки эффективности.</p> <p>ИД-4пк.3.4 Демонстрирует умение организовать и координировать межсекторальную деятельность в программах и мероприятиях по укреплению здоровья.</p> <p>ИД-5пк.3.5 Владеет современными информационными технологиями.</p>	самостоятельная работа	контрольные вопросы, доклад, реферат, отчет о практике
ОПК-4	Способность к применению современных методик сбора и обработки информации, к проведению статистического анализа и интерпретации результатов, к изучению, анализу, оценке тенденций, к прогнозированию развития	самостоятельная работа	контрольные вопросы, доклад, реферат, отчет

Компетенция	Результаты обучения	Виды занятий	Оценочные средства
	событий в состоянии популяционного здоровья населения.		о практике
	ИД-1 опк-4.1 Обосновывает адекватность выбора методов описательной и аналитической статистики для анализа результатов научного исследования.		
	ИД-2 опк-4.2 Умеет проводить статистический анализ данных с помощью компьютерных программ и адекватно интерпретирует результаты для решения профессиональных задач.		
	ИД-3 опк-4.3 Критически анализирует статистическую информации в профессиональных информационных источниках и в научной литературе с позиций доказательной медицины.		

* Код компетенции и содержание ее элементов соответствует рабочей программе практики.

2. Критерии и шкалы для интегрированной оценки уровня сформированности компетенций

Данная программа предусматривает проведение традиционной формы аттестации в виде зачета во 2 семестре. Шкалы оценивания представлены в таблице.

Таблица 2

Шкалы оценивания результатов обучения при проведении аттестации по Ознакомительной (организационно-управленческой) практике во 2 семестре

Индикаторы компетенции	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 незначительные 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 незначительные 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 незначительные 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

Оценка «зачтено» выставляется обучающемуся при удовлетворительной и выше оценке сформированности компетенций, в ином случае выставляется оценка «не зачтено».

3. Перечень контрольных заданий и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности

3.1. Текущий контроль

Примеры оценочных средств для текущего контроля

3.1.1 Задания с выбором одного или нескольких ответов

<i>Вопросы и варианты ответов</i>	<i>Компетенция, формируемая тестовым вопросом</i>
<p>1. К ЗАДАЧАМ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ НЕ ОТНОСИТСЯ:</p> <p>1) квалифицированная консультация больных, направленных из медицинских организаций из муниципальных образований</p> <p>2) квалифицированная консультация больных на дому</p> <p>3) организация плановых и экстренных выездных консультаций врачей-специалистов</p>	УК-6, ОПК-4, ПК-3
<p>2. УЧАСТКИ В ГОРОДСКИХ ПОЛИКЛИНИКАХ ФОРМИРУЮТСЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ:</p> <p>1) численности населения</p> <p>2) количества медицинских учреждений в районе</p> <p>3) количества врачебных штатных должностей</p>	УК-6, ОПК-4, ПК-3
<p>3. ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ВСЁ, КРОМЕ:</p> <p>1) лечения наиболее распространенных болезней, травм, отравлений и других неотложных состояний</p> <p>2) оказания высокотехнологичных видов медицинской помощи</p> <p>3) проведения санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий</p> <p>4) медицинской профилактики важнейших заболеваний</p> <p>5) санитарно-гигиенического образования</p> <p>6) мер по охране семьи, материнства, отцовства и детства</p>	УК-6, ОПК-4, ПК-3

3.1.2 Задания с развернутым ответом

№ п/п	Компетенции, проверяемые этим вопросом	Вопрос открытого типа	Правильный вариант ответа
1.	УК-6, ОПК-4, ПК-3	Основной закон, определяющий социальную политику	Основным законом, определяющим социальную политику государства в отношении инвалидов, является Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». Законом определены

		государства в отношении инвалидов.	основные понятия: инвалид; ограничение жизнедеятельности; социальная защита инвалидов.
2.	УК-6, ОПК-4, ПК-3	Медико-социальная экспертиза (МСЭ) ее цели и задачи.	С целью определения лица инвалидом проводят медико-социальную экспертизу (МСЭ), под которой понимают признание лица инвалидом и определение в установленном порядке потребностей лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию. МСЭ осуществляется исходя из комплексной оценки состояния организма с использованием соответствующих классификаций и критериев. Основными задачами и целями федеральных учреждений МСЭ являются: а) оказание гражданам услуги по проведению МСЭ; б) изучение причин, факторов и условий, влияющих на возникновение, развитие и исход инвалидности, анализ распространенности и структуры инвалидности.
3.	УК-6, ОПК-4, ПК-3	Порядок направления гражданина на медико-социальную экспертизу	Порядок направления гражданина на МСЭ определен Правилами признания лица инвалидом, утвержденными постановлением Правительства РФ от 05.04.2022 № 588. Гражданин направляется на МСЭ в соответствии с решением ВК МО при наличии данных, подтверждающих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, после проведения всех необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий с письменного согласия гражданина на направление и проведение МСЭ.

3.2. Темы докладов по практике

Таблица 4

Список докладов по практике, соотнесенный с формируемыми и оцениваемыми компетенциями

Темы докладов	Формируемые и оцениваемые компетенции
<p>1. Медико-санитарная помощь в дореволюционной России (земская, фабрично-заводская, система думских врачей).</p> <p>2. Становление и развитие государственной системы здравоохранения в России (1917 - 1940 гг.).</p> <p>3. Здравоохранение в период Отечественной войны (1941 - 1945 гг.), в период восстановления народного хозяйства (1946 - 1952 гг.). Организация здравоохранения в СССР в 50 - 80 е годы.</p> <p>4. Правовые основы здравоохранения в России. Конституция РФ об охране здоровья граждан. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (№323 ФЗ от 21.11.2011 г.). Основные принципы охраны здоровья.</p>	УК-6, ПК-3, ОПК-4

5. Виды, условия и формы оказания медицинской помощи (Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» №323 - ФЗ от 21.11.2011 г).

6. Правовые основы репродуктивных технологий и прерывание беременности (Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» №323 - ФЗ от 21.11.2011 г).

7. Добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство. Отказ от медицинского вмешательства. Оказание медицинской помощи без согласия пациента.

8. Национальный проект в сфере охраны здоровья. Основные задачи и приоритетные направления развития здравоохранения.

9. Правовой статус медицинских и фармацевтических работников. Правовой статус лечащего врача.

10. Кадры здравоохранения. Современные проблемы додипломной и последипломной подготовки врачей. Базовые специальности и специальности, требующие углубленной подготовки.

11. Порядок сертификации и аттестации врачей и средних медработников.

12. Регулирование трудовых отношений в здравоохранении. Порядок приема на работу, увольнения с работы, перевода на другую работу.

13. Проблемы биоэтики. Ятрогении. Проблемы эвтаназии. Врачебная тайна.

14. Всемирная организация здравоохранения. История создания, структура и основные задачи.

15. Уровни изучения здоровья. Понятие о факторах риска. Общественное здоровье и здравоохранение как наука и предмет преподавания. Основные методы. Понятие о качестве жизни.

16. Здоровье населения. Группы показателей, характеризующих здоровье населения и факторы, влияющие на их уровень. Демографические показатели, показатели статистики и динамики.

17. Показатели динамики. Механические и естественное движение населения. Виды миграций. Показатели физического развития населения.

18. Рождаемость, методика расчета и порядок регистрации рождений в РФ. Динамика рождаемости в России и факторы, влияю-

<p>щие на ее уровень. Государственная политика в области планирования семьи.</p> <p>19. Смертность населения. Методика расчета и динамика показателей в России. Структура смертности населения. Порядок оформления «Медицинского свидетельства о смерти». Младенческая смертность. Перинатальная смертность. Материнская смертность.</p> <p>20. Заболеваемость населения. Первичная заболеваемость и болезненность населения, патологическая пораженность, методика расчета. Методы изучения заболеваемости в России. Виды заболеваемости по обращаемости, методика регистрации. Международная классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем.</p> <p>21. Профилактика заболеваний. Задачи, методы и формы санитарно-гигиенического воспитания населения. Здоровый образ жизни.</p> <p>22. Диспансеризация населения. Основные элементы диспансерного метода, группы диспансерного наблюдения. Основные показатели, характеризующие объем и эффективность диспансеризации.</p> <p>23. Основные задачи врачебно-трудовой экспертизы. Состав и функции врачебной комиссии.</p> <p>24. Роль лечащего врача при проведении экспертизы нетрудоспособности.</p> <p>25. Документы, удостоверяющие временную нетрудоспособность. Оформление листка нетрудоспособности лечащими врачами ЛПУ, частнопрактикующими врачами, средними медицинскими работниками. Перечень учреждений, не имеющих право оформлять листки нетрудоспособности.</p>	
--	--

Таблица 5

Критерии оценки доклада (сообщения) по практике

Баллы	Описание
отлично	Обучающийся выразил своё мнение по сформулированной проблеме и аргументировал его. Приведены данные научной литературы, статистические сведения. Обучающийся владеет навыком самостоятельной исследовательской работы по теме, методами анализа теоретических и/или практических аспектов изучаемой области. Фактических ошибок, связанных с пониманием проблемы, нет
хорошо	Сообщение/доклад характеризуется смысловой цельностью,

	связностью и последовательностью изложения; допущено не более одной ошибки при объяснении смысла или содержания проблемы. Для аргументации приводятся данные отечественных и зарубежных авторов. Продемонстрированы исследовательские умения и навыки. Фактических ошибок, связанных с пониманием проблемы, нет
удовлетворительно	Обучающийся понимает базовые основы и теоретические обоснования темы. Проведён достаточно самостоятельный анализ основных смысловых составляющих проблемы. Привлечены основные источники по рассматриваемой теме. Допущена одна незначительная ошибка в смысле или содержании проблемы
неудовлетворительно	Обучающийся продемонстрировал фрагментарные знания. Сообщение/доклад представляет собой пересказ исходного текста без каких бы то ни было комментариев, анализа. Не раскрыта теоретическая составляющая темы. Допущено несколько ошибок в смысловом содержании раскрываемой проблемы. Обучающийся продемонстрировал отсутствие знаний, навыков анализа и обобщения информации, аргументации, ведения дискуссии и диалога. Проблема не раскрыта, либо задание не выполнялось

3.3. Структура отчета по практике

1. Введение:

1.1. Проблема исследования, актуальность ее изучения.

1.2. Общая характеристика исследования:

- цель исследования;
- задачи исследования;
- объект исследования;
- предмет исследования;
- гипотеза (гипотезы) исследования;
- методы исследования.

2. Основная часть отчета:

2.1. Общая характеристика предмета исследования.

2.2. Обзор современного состояния дел в выбранной области.

2.3. Подходы и методы, с помощью которых предполагается решение научной задачи.

2.4. Ожидаемые результаты и их потенциальная востребованность.

3. Выводы и заключение по результатам исследования.

4. Список литературных источников, использованных в работе.

Отчет оформляется на стандартных листах формата А4 в машинописном варианте, размер шрифта 12, интервал 1,5 Отчет оформляется в папку.

На титульном листе отчета указывается автор отчета, руководитель профильной организации (при его наличии) и руководитель практики от ФГОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России.

На втором листе приводится содержание работы с указанием страниц.

Форма отчета – Приложение 1.

3.4 Промежуточный контроль

3.4.1 Задания с выбором одного или нескольких ответов

<i>Вопросы и варианты ответов</i>	<i>Компетенция, формируемая тестовым вопросом</i>
<p>1. К ЗАДАЧАМ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ НЕ ОТНОСИТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) квалифицированная консультация больных, направленных из медицинских организаций из муниципальных образований 2) квалифицированная консультация больных на дому 3) организация плановых и экстренных выездных консультаций врачей-специалистов 	УК-6, ОПК-4, ПК-3
<p>2. УЧАСТКИ В ГОРОДСКИХ ПОЛИКЛИНИКАХ ФОРМИРУЮТСЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) численности населения 2) количества медицинских учреждений в районе 3) количества врачебных штатных должностей 	УК-6, ОПК-4, ПК-3
<p>3. ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ВСЁ, КРОМЕ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) лечения наиболее распространенных болезней, травм, отравлений и других неотложных состояний 2) оказания высокотехнологичных видов медицинской помощи 3) проведения санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий 4) медицинской профилактики важнейших заболеваний 5) санитарно-гигиенического образования 6) мер по охране семьи, материнства, отцовства и детства 	УК-6, ОПК-4, ПК-3
<p>4. ОКАЗАНИЕ ПЕРВИЧНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПО НАПРАВЛЕНИЮ ВСЕХ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ, КРОМЕ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) врача-терапевта участкового; 2) врача-педиатра участкового; 3) врача общей практики; 4) судебно-медицинского эксперта; 5) фельдшера; 6) врача-специалиста. 	УК-6, ОПК-4, ПК-3
<p>5. УКАЖИТЕ ПРЕДЕЛЬНУЮ ЧИСЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ НА ГОРОДСКОМ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 800 человек взрослого населения 2) 1700 человек взрослого населения 3) 2000 человек взрослого населения 	УК-6, ОПК-4, ПК-3
<p>6. ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА НАПРАВЛЕНА:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) на сохранение и развитие условий, способствующих здоровью 2) на предупреждение неблагоприятного влияния факторов внешней среды и условий жизни на отдельного человека, 	УК-6, ОПК-4, ПК-3

<p>группу лиц и населения в целом</p> <p>3) на предупреждение перехода заболеваний в хронические формы</p>	
<p>7.СКОЛЬКО ЭТАПОВ ВКЛЮЧАЕТ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ:</p> <p>1) 1 этап 2) 2 этапа 3) 3 этапа</p>	УК-6, ОПК-4, ПК-3
<p>8. ДЛЯ ОЦЕНКИ ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНО - ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В СТАЦИОНАРЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПОКАЗАТЕЛИ:</p> <p>1) средняя длительность пребывания больного в стационаре 2) частота послеоперационных осложнений 3) послеоперационная летальность</p>	УК-6, ОПК-4, ПК-3
<p>9. МЕДИЦИНСКИЙ РАБОТНИК В ДОСТУПНОЙ ФОРМЕ ДОЛЖЕН ПРЕДОСТАВИТЬ ПОЛНУЮ ИНФОРМАЦИЮ ОБО ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННОМ, КРОМЕ (ФЗ № 323, гл. 4, ст. 20):</p> <p>целей и методов оказания медицинской помощи, о связанном с ними риске возможных вариантов медицинского вмешательства, и его последствиях заранее известного исхода медицинского вмешательства предполагаемых результатов оказания медицинской помощи</p>	УК-6, ОПК-4, ПК-3
<p>10. КАЧЕСТВО ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В СТАЦИОНАРЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ, КРОМЕ:</p> <p>1) среднегодовая занятость койки 2) средняя длительность лечения одного больного 3) летальность 4) частота расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов</p>	УК-6, ОПК-4, ПК-3
<p>11. ЧТО ПОНИМАЮТ ПОД КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ?</p> <p>совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата удовлетворенность пролеченного человека результат, полученный при диагностике, реабилитации, профилактике</p>	УК-6, ОПК-4, ПК-3
<p>12. ДОСТУПНОСТЬ И КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ ВСЕМ, КРОМЕ (ФЗ № 323, гл. 2, ст. 10):</p>	УК-6, ОПК-4, ПК-3

<p>организации оказания медицинской помощи по принципу приближенности к месту жительства, месту работы или обучения</p> <p>наличия необходимого количества медицинских работников и уровнем их квалификации</p> <p>наличия большого количества медицинских работников, не зависимо от уровня их квалификации</p> <p>возможности выбора медицинской организации и врача</p> <p>применения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи</p>	
<p>13. МОЩНОСТЬ СТАЦИОНАРА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) численностью обслуживаемого населения 2) количеством коек 3) количеством оказываемых медицинских услуг 4) уровнем технической оснащённости 	УК-6, ОПК-4, ПК-3
<p>14. В ОБЯЗАННОСТИ ДЕЖУРНОГО ВРАЧА СТАЦИОНАРА ВХОДИТ ВСЕ, КРОМЕ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) приема и оказания помощи поступившим больным 2) наблюдения за тяжелыми больными 3) консультирование больных в приемном отделении 4) выдачи справки о смерти больного 	УК-6, ОПК-4, ПК-3
<p>15. ФОРМЫ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ, В ТОМ ЧИСЛЕ СКОРОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ, МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) экстренная 2) неотложная 3) плановая 	УК-6, ОПК-4, ПК-3
<p>16. МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ИЛИ КОМПЛЕКС МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ПРОФИЛАКТИКУ, ДИАГНОСТИКУ И ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ, МЕДИЦИНСКУЮ РЕАБИЛИТАЦИЮ И ИМЕЮЩИХ САМОСТОЯТЕЛЬНОЕ ЗАКОНЧЕННОЕ ЗНАЧЕНИЕ – ЭТО (ФЗ № 323, гл.1, ст.2):</p> <p>медицинская помощь</p> <p>медицинская услуга</p> <p>медицинская деятельность</p>	УК-6, ОПК-4, ПК-3
<p>17. ВИДЫ МЕДИЦИНСКИХ ОБСЛЕДОВАНИЙ И МАНИПУЛЯЦИЙ, ВЫПОЛНЯЕМЫЕ МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКОМ ПО ОТНОШЕНИЮ К ПАЦИЕНТУ, ЗАТРАГИВАЮЩИЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ИЛИ ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ЧЕЛОВЕКА И ИМЕЮЩИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКУЮ, ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКУЮ, ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ, ЛЕЧЕБНУЮ, РЕАБИЛИТАЦИОННУЮ НАПРАВЛЕННОСТЬ – ЭТО (ФЗ № 323, гл.1, ст.2):</p> <p>медицинская помощь</p> <p>медицинское вмешательство</p> <p>медицинская деятельность</p>	УК-6, ОПК-4, ПК-3

<p>18. СОГЛАСНО ФЕДЕРАЛЬНОМУ ЗАКОНУ ОТ 21.11.2011 № 323-ФЗ К ВИДАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСИТСЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ</p> <p>первичная медико-санитарная, скорая, специализированная, паллиативная</p> <p>амбулаторная, стационарная, стационарная дневная, вне медицинской организации</p> <p>экстренная, неотложная, плановая</p> <p>по врачебным специальностям</p>	УК-6, ОПК-4, ПК-3
<p>19. СОГЛАСНО ФЕДЕРАЛЬНОМУ ЗАКОНУ ОТ 21.11.2011 № 323-ФЗ К ФОРМАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСИТСЯ:</p> <p>экстренная, неотложная, плановая</p> <p>первичная медико-санитарная, скорая, специализированная, паллиативная</p> <p>амбулаторная, стационарная, стационарная дневная, вне медицинской организации</p> <p>по врачебным специальностям</p>	УК-6, ОПК-4, ПК-3
<p>20. ПО ХАРАКТЕРУ ЛЕЧЕБНЫХ СРЕДСТВ КУРОРТЫ ДЕЛЯТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) на климатические, бальнеологические, грязевые; 2) на приморские, грязевые, бальнеологические, горные, местные; 3) на кардиологические, пульмонологические, гастроэнтерологические, гинекологические. 	УК-6, ОПК-4, ПК-3
<p>21. ПРИ ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) медицинские вмешательства, 2) мероприятия психологического характера 3) меры социальной поддержки 4) уход 5) духовную религиозную помощь. 	УК-6, ОПК-4, ПК-3
<p>22. ПЕРВЫЙ ЭТАП МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) в острый период течения заболевания или травмы 2) в ранний восстановительный период течения заболевания или травмы 3) в отделениях реанимации и интенсивной терапии 4) при наличии реабилитационного потенциала 5) при отсутствии противопоказаний к методам реабилитации 	УК-6, ОПК-4, ПК-3
<p>23. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) от 18 до 28 дней 2) от 14 до 24 дней 3) от 14 до 21 дня 	УК-6, ОПК-4, ПК-3

<p>24. АМБУЛАТОРНУЮ АКУШЕРСКО - ГИНЕКОЛОГИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ ЖЕНЩИНАМ ОКАЗЫВАЮТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) родильные дома 2) диспансеры 3) женские консультации и гинекологические кабинеты поликлиник 	УК-6, ОПК-4, ПК-3
<p>25. ЖЕНЩИНУ, У КОТОРОЙ РОДЫ ПРОИЗОШЛИ В МАШИНЕ СКОРОЙ ПОМОЩИ, СЛЕДУЕТ ПОМЕСТИТЬ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) в первое акушерское отделение 2) в физиологическое акушерское отделение 3) в наблюдательное отделение 4) в отделение патологии беременности 	УК-6, ОПК-4, ПК-3
<p>26. ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В СТАЦИОНАРЕ ДЕТСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ ВСЕМ, КРОМЕ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) организации приемно-смотровых боксов 2) вакцинации детей 3) разобщения детей разных возрастных групп 4) устройства палатных секций 	УК-6, ОПК-4, ПК-3
<p>27. ОДИН ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ УЧАСТОК В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ НАСЧИТЫВАЕТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 200 детей 2) 800 детей 3) 1700 детей 	УК-6, ОПК-4, ПК-3
<p>28. ГОСУДАРСТВЕННАЯ СИСТЕМА ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА ВКЛЮЧАЕТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гарантии гражданских прав матери и ребенка 2) социальное страхование беременной женщины и женщины матери 3) общественное воспитание и обучение детей и подростков 	УК-6, ОПК-4, ПК-3
<p>29. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НЕ ВЫДАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) для санаторно-курортного лечения 2) лицам, находящимся в очередном отпуске, по уходу за больным членом семьи 3) при карантине 4) при травме по пути с работы 	УК-6, ОПК-4, ПК-3
<p>30. ФУНКЦИЯМИ ЛЕЧАЩЕГО ВРАЧА В ОБЛАСТИ ЭКСПЕРТИЗЫ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ, КРОМЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) установление факта временной нетрудоспособности 2) установление факта инвалидности 3) освобождение от занятий студентов 4) выдача листка нетрудоспособности на срок до 15 дней 	УК-6, ОПК-4, ПК-3

Эталонные ответы

<i>Номер тестового задания</i>	<i>Номер эталона ответа</i>
1	2)
2	1)
3	2)
4	4)
5	2)
6	1), 2)
7	2)
8	1)
9	3)
10	1)
11	1)
12	3)
13	2)
14	4)
15	1), 2)
16	2)
17	3)
18	1)
19	1)
20	1)
21	1), 2), 4)
22	1), 2), 4), 5)
23	3)
24	1), 3)
25	3)
26	2)
27	2)
28	1), 2), 3)
29	2)
30	2)

3.4.2 Задания с развернутым ответом

№ п/п	Компетенции,	Вопрос открытого типа	Правильный вариант ответа
-------	--------------	-----------------------	---------------------------

	проверяемые этим вопросом		
1.	УК-6, ОПК-4, ПК-3	Основной закон, определяющий социальную политику государства в отношении инвалидов.	Основным законом, определяющим социальную политику государства в отношении инвалидов, является Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». Законом определены основные понятия: инвалид; ограничение жизнедеятельности; социальная защита инвалидов.
2.	УК-6, ОПК-4, ПК-3	Медико-социальная экспертиза (МСЭ) ее цели и задачи.	С целью определения лица инвалидом проводят медико-социальную экспертизу (МСЭ), под которой понимают признание лица инвалидом и определение в установленном порядке потребностей лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию. МСЭ осуществляется исходя из комплексной оценки состояния организма с использованием соответствующих классификаций и критериев. Основными задачами и целями федеральных учреждений МСЭ являются: а) оказание гражданам услуги по проведению МСЭ; б) изучение причин, факторов и условий, влияющих на возникновение, развитие и исход инвалидности, анализ распространенности и структуры инвалидности.
3.	УК-6, ОПК-4, ПК-3	Порядок направления гражданина на медико-социальную экспертизу	Порядок направления гражданина на МСЭ определен Правилами признания лица инвалидом, утвержденными постановлением Правительства РФ от 05.04.2022 № 588. Гражданин направляется на МСЭ в соответствии с решением ВК МО при наличии данных, подтверждающих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, после проведения всех необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий с письменного согласия <i>гражданина на направление и проведение МСЭ.</i>
4.	УК-6, ОПК-4, ПК-3	Основания для признания гражданина инвалидом. Группы инвалидности.	Признание гражданина инвалидом осуществляется при проведении МСЭ исходя из комплексной оценки состояния организма при анализе его клинико - функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых и психологических данных в соответствии с Правилами признания лица инвалидом, утвержденными постановлением Правительства РФ от 05.04.2022 № 588 и Классификациями и критериями, используемыми при осуществлении МСЭ граждан федеральными государственными учреждениями МСЭ, утвержденными приказом Минтруда России от 27.08.2019 № 585. В зависимости от степени выраженности стойких расстройств функций гражданину, признанному инвалидом, устанавливается I, II или III группа инвалидности, а в возрасте до 18 лет - категория «ребенок-инвалид».
5.	УК-6, ОПК-4, ПК-3	Индивидуальные программы реабилитации инвалидов.	Индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида — комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, включающий в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных

			мер, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных функций организма, формирование, восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности.
6.	УК-6, ОПК-4, ПК-3	Роль и место амбулаторно - поликлинических учреждений в системе здравоохранения РФ.	Поликлиника может быть самостоятельным юридическим лицом или структурным подразделением медицинской организации. Основные задачи: – оказание ПМСП; – проведение профилактических мероприятий по предупреждению и снижению заболеваемости; – проведение диспансеризации населения; – клиничко-экспертная деятельность по оценке качества и эффективности лечебных и диагностических мероприятий; – диспансерное наблюдение за состоянием здоровья лиц, страдающих хроническими заболеваниями; – организация дополнительной бесплатной медицинской помощи, в том числе необходимыми лекарственными средствами отдельным категориям гражданам; – установление медицинских показаний и направление в медицинские организации для получения специализированных видов медицинской помощи; – организация и оказание паллиативной помощи больным; – проведение всех видов медицинских осмотров; – установление медицинских показаний для санаторно-курортного лечения; – проведение противоэпидемических мероприятий; – оказание медицинской помощи по отказу от курения, употребления наркотиков и злоупотребления алкоголем.
7.	УК-6, ОПК-4, ПК-3	Современные тенденции в строительстве больниц и реформировании стационарной помощи.	Современные направления реорганизации: 1. организация больниц с высокой интенсивностью лечебно – диагностического процесса. В основном, это стационары с экстренной медицинской помощью. 2. больницы, ориентированные на лечение плановых больных среднесрочного пребывания, т.е. восстановительное лечение. 3. больницы долечивания и медицинской реабилитации в основном с хроническими заболеваниями. 4. медико – социальные больницы сестринского ухода, хосписы. 5. развитие федеральных, региональных центров специализированной медицинской помощи. 6. обеспечение внедрения новейших технологий. Реформирование стационаров: 1. сокращение неполно используемых коек 2. уменьшение сроков пребывания на койке 3. передача части стационарной помощи амбулаторно – поликлиническим учреждениям.
8.	УК-6, ОПК-4, ПК-3	Стационарозамещающие технологии.	ДНЕВНЫЕ СТАЦИОНАРЫ В АМБУЛАТОРНО - ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ - для обследования и лечения больных с острыми и обострениями хронических заболеваний, патологией беременности, НЕ ТРЕБУЮЩИХ КРУГЛОСУТОЧНОГО СТАЦИОНАРНОГО РЕЖИМА, а также для реабилитации больных после стационарного лечения. Отбор и направление больных на обследование и лечение проводится участковыми терапевтами, педиатрами

			<p>и другими специалистами.</p> <p>ДНЕВНЫЕ СТАЦИОНАРЫ В БОЛЬНИЧНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ - для проведения профилактических (долечение), диагностических (лабораторных), лечебных (инъекции, инфузии) и реабилитационных мероприятий у больных, НЕ ТРЕБУЮЩИХ КРУГЛОСУТОЧНОГО МЕДИЦИНСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ.</p> <p>СТАЦИОНАРЫ НА ДОМУ - когда состояние больного и домашние (социальные, материальные) условия позволяют организовать медицинскую помощь и уход на дому. Проводится ежедневное наблюдение больного врачом и средним медицинским работником, лабораторно - диагностические обследования, медикаментозная терапия, различные процедуры.</p>
9.	УК-6, ОПК-4, ПК-3	Основные принципы охраны здоровья	<p>1) соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий; 2) приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи; 3) приоритет охраны здоровья детей; 4) социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья; 5) ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья; 6) доступность и качество медицинской помощи; 7) недопустимость отказа в оказании медицинской помощи; 8) приоритет профилактики в сфере охраны здоровья; 9) соблюдение врачебной тайны.</p>
10.	УК-6, ОПК-4, ПК-3	Основные показатели работы стационарных учреждений.	<p>Показатели доступности специализированной помощи:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Количество госпитализаций на 1 застрахованного (на 1 жителя). 2. Обеспеченность койками на 10 000 населения. 3. Сроки оказания специализированной помощи. <p>Показатели эффективности работы коечного фонда:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Выполнение планового объема госпитализаций (%). 2. Показатель среднегодовой занятости койки (в днях). 3. Показатель средней длительности пребывания больного на койке (в днях). 4. Средняя длительность лечения в днях по нозологии. 5. Оборот койки. <p>Показатели качества медицинской помощи:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Летальность. 2. Частота расхождения клинического и патологоанатомического диагноза по нозологиям. 3. Процент повторной госпитализации. 4. Необоснованное поступление больных в отделения стационара. 5. Процент переводов из одного отделения в другое.
11.	УК-6, ОПК-4, ПК-3	Особенности организации медицинской помощи сельскому населению.	<p>Особенности, обусловлены сельским трудом и бытом: значительно меньшая, чем в городе, плотность населения, сезонный характер труда, плохие дороги и др.</p> <p>Особенности организации: этапность; наличие специальных медицинских учреждений на селе; применение специальных организационных форм и методов работы.</p>

			<p>Этапы оказания врачебной помощи:</p> <p>1-й этап - сельский врачебный участок и его медицинские учреждения;</p> <p>2-й этап - медицинские учреждения района, межрайонные центры;</p> <p>3-й этап - медицинские (областные) учреждения региона.</p> <p>Основные учреждения на 1-м этапе - участковая больница или самостоятельная врачебная амбулатория, офис ВОП; на 2-м - ЦРБ; на 3-м - областная больница. В необходимых случаях сельские жители получают медицинскую помощь в городских учреждениях здравоохранения, клиниках медицинских вузов и НИИ. Основные функции участковой больницы и врачебной амбулатории - оказание ПМСП и проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий; ЦРБ - оказание специализированной помощи по основным ее видам; областной больницы - оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной помощи по всем видам.</p>
12.	УК-6, ОПК-4, ПК-3	Задачи и структура центральной районной больницы.	<p>ЦРБ осуществляет основные виды специализированной медицинской помощи сельскому населению.</p> <p>Структура ЦРБ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поликлиника со специализированными отделениями (до 20 специальностей врачей). 2. Стационар (количество специализированных отделений не менее пяти: терапевтическое, хирургическое с травматологией, педиатрическое, инфекционное и акушерско-гинекологическое (если в районе нет родильного дома). 3. Отделение скорой помощи. 4. Патологоанатомическое отделение. 5. Организационно-методический кабинет. 6. Вспомогательные структурные подразделения. <p>Функции ЦРБ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Обеспечение населения райцентра, района квалифицированной специализированной медицинской помощью. 2. Оперативное, организационно-методическое руководство, контроль за деятельностью всех учреждений здравоохранения района. 3. Планирование, финансирование деятельности медучреждений. 4. Проведение мероприятий, направленных на повышение качества медицинской помощи. 5. Повышение квалификации медицинских кадров.
13.	УК-6, ОПК-4, ПК-3	Функции областной больницы	<p>- оказание консультативной, специализированной или квалифицированной медицинской помощи, которая не может быть оказана в других МО области</p> <p>- помощь учреждениям и органам здравоохранения области в повышении качества лечебно-профилактической работы на местах, обобщении передового опыта и совер-</p>

			<p>шенствовании форм и методов медицинской деятельности</p> <ul style="list-style-type: none"> - координация лечебно-профилактической и организационно-методической работы, осуществляемой всеми специализированными МО области - выделение санитарной авиации и наземного транспорта для экстренной и плановой консультативной помощи больным - систематический анализ состояния здоровья населения области и деятельности МО, разработка совместно с главными специалистами областного минздрава необходимых мероприятий по снижению заболеваемости и повышению качества медицинского обслуживания.
14.	УК-6, ОПК-4, ПК-3	Структура областной больницы.	<p>Областная больница - это крупное многопрофильное МО, оказывающее в полном объеме специализированную помощь жителям области; это центр организационно-методического руководства медицинскими учреждениями, размещенными на территории области, база специализации и повышения квалификации врачей и среднего медицинского персонала. Областная больница является III этапом оказания медицинской помощи сельскому населению.</p> <p>Структура областной больницы:</p> <ul style="list-style-type: none"> - стационар с приемным отделением (специализированные отделения) - консультационная поликлиника - отделения экстренной и плановой консультационной помощи - лечебно-диагностические отделения, кабинеты, лаборатории - рентгенорадиологическое отделение - патологоанатомическое отделение - организационно-методический отдел и отделение медицинской статистики - хозяйственные подразделения. <p>Коечная мощность областной больницы зависит от численности населения области.</p>
15.	УК-6, ОПК-4, ПК-3	Основные задачи детской больницы.	<p>Детская больница - лечебно-профилактическое учреждение для детей и подростков в возрасте до 17 лет, нуждающихся в постоянном врачебном наблюдении, интенсивной терапии или специализированной помощи. Задачи:</p>

			<ul style="list-style-type: none"> - оказание специализированной медицинской помощи; - внедрение в практику медицинского обслуживания детей современных методов профилактики, диагностики и лечения, а также передового опыта работы ЛПУ; - проведение необходимых профилактических противоэпидемических мероприятий; - развитие и совершенствование организационных форм и методов работы МО, повышение качества и культуры обслуживания, санитарного просвещения населения; - изучение и анализ заболеваемости обслуживаемого населения, эффективности оказываемой лечебно - профилактической помощи, изучает исходы и отдаленные результаты лечения; - систематическое повышение квалификации персонала; - развитие и совершенствование организационных форм и методов медицинского обслуживания детского населения и ухода, за больными; - повышение качества и культуры работы; - преемственность в работе с другими ЛПУ.
16.	УК-6, ОПК-4, ПК-3	Специфика работы детского лечебного отделения.	<p>Заключается в необходимости максимальной изоляции и разобщения детей, постоянной работе по профилактике внутрибольничных инфекций. Для этого в палатах используются различного рода ширмы, предусматриваются боксы и полубоксы. Отделения оснащены бактерицидными лампами. Инвентарь и помещения периодически обрабатывают дезинфицирующими средствами. Персонал и посетители соблюдают санитарно-гигиенический режим отделения.</p> <p>Для оказания неотложной помощи детям в лечебном отделении организуют палаты интенсивной терапии и временной изоляции.</p> <p>В каждой палате для больных обычно находятся 2-4 детей. Распределение детей в палатах осуществляется по возрасту, полу или принципу однородности заболеваний. Койки в палатах размещают так, чтобы к ребенку можно было подойти со всех сторон. Во многих детских лечебных учреждениях палаты разделены стеклянными перегородками, что позволяет вести наблюдение за детьми.</p>
17.	УК-6, ОПК-4, ПК-3	Задачи и структура женской консультации	<p>Женская консультация - МО диспансерного (амбулаторно-поликлинического) типа, в которой оказывается внебольничная акушерско-гинекологическая помощь женщинам.</p> <p>Задачи:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Профилактика акушерской патологии и оказание квалифицированной амбулаторной акушерской помощи женщинам во время беременности и в послеродовом периоде, подготовка к родам, грудному вскармливанию; 2. Профилактика гинекологической патологии и оказание квалифицированной амбулаторной гинекологической помощи;

			<p>3. Диспансеризация женского населения;</p> <p>4. Проведение мероприятий по контрацепции;</p> <p>5. Обеспечение женщин правовой защитой в соответствии с законодательством охроне материнства и детства;</p> <p>6. Проведение мероприятий по повышению знаний санитарной культуры населения в области охраны репродуктивного здоровья, профилактики материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.</p> <p>Структура</p> <p>1) управление;</p> <p>2) регистратура;</p> <p>3) кабинеты: а) участковых акушер-гинекологов; б) врачей-специалистов (терапевт, стоматолог);</p> <p>4) операционная с предоперационной;</p> <p>5) процедурные кабинеты для: а) влагалищных манипуляций; б) внутривенных и подкожных вливаний;</p> <p>6) стерилизационная;</p> <p>7) диагностическая служба: а) эндоскопический кабинет;</p> <p>б) кабинет УЗИ; с) лаборатория;</p> <p>8) кабинет для психопрофилактики и занятий «Школы матерей»;</p> <p>9) кабинет контрацепции (планирования семьи);</p> <p>10) социально-правовой кабинет.</p>
18.	УК-6, ОПК-4, ПК-3	Что такое медицинская организация.	Медицинская организация (МО) - юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, предоставленной в порядке, установленном законодательством РФ о лицензировании отдельных видов деятельности. К МО приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность.
19.	УК-6, ОПК-4, ПК-3	Функция и структура родильного дома.	Родильный дом - МО, обеспечивающая стационарную акушерско - гинекологическую помощь женщинам в период беременности, родов, в послеродовом периоде и медицинскую помощь новорожденным детям. Структура родильного дома: пять обязательных отделений:
			<p>1. Приемно-пропускной блок (приемное отделение).</p> <p>2. 1-е (физиологическое) акушерское отделение - 50-55% от общего числа акушерских коек.</p>

			<p>3. 2-е (обсервационно-изоляционное) акушерское отделение (палаты) - 20-25% от общего числа акушерских коек.</p> <p>4. Отделение (палаты) патологии беременности – 25-30% от общего числа акушерских коек.</p> <p>5. Отделение (палаты) для новорожденных детей в составе 1-го и 2-го акушерских отделений.</p> <p>Кроме того, в родильном доме обязательно должны быть лаборатория, рентген-кабинет, кабинет УЗИ, физиотерапевтический кабинет, выписная комната, АХЧ. При наличии гинекологического отделения оно должно быть изолированным и иметь собственное приемное отделение. В гинекологическом отделении имеется три профиля коек: для консервативного лечения больных, оперативного лечения и искусственного прерывания беременности.</p>
20.	УК-6, ОПК-4, ПК-3	Нормативная база, регламентирующая оказание СМП.	<p>Федеральные законы РФ: № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»; № 326-ФЗ от 29.11.2010 «Об обязательном медицинском страховании в РФ».</p> <p>Постановления Правительства РФ «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».</p> <p>Приказы Министерства здравоохранения РФ: № 388н от 20.06.2013 «Об утверждении порядка оказания скорой, в числе скорой специализированной, медицинской помощи»; № 36н от 22.01.2016 «Об утверждении требований к комплектации лекарственными препаратами и медицинскими изделиями упаковок и наборов для оказания скорой медицинской помощи».</p>
21.	УК-6, ОПК-4, ПК-3	Условия оказания СМП.	<p>СМП оказывается при заболеваниях; несчастных случаях; травмах; отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.</p> <p>СМП оказывается в следующих условиях:</p> <p>а) вне медицинской организации - по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации;</p> <p>б) амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);</p> <p>в) стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).</p>
22.	УК-6, ОПК-4, ПК-3	Выездные бригады скорой медицинской помощи.	<p>По своему составу подразделяются на врачебные и фельдшерские. По своему профилю подразделяются на общепрофильные и специализированные. Специализированные выездные бригады скорой медицинской помощи:</p> <p>а) анестезиологии-реанимации, в т. ч. педиатрические;</p> <p>б) педиатрические;</p> <p>в) психиатрические;</p> <p>г) экстренные консультативные;</p> <p>д) авиамедицинские.</p>
23.	УК-6, ОПК-4,	Организация санитарно - эпидемиоло-	Государственный санитарно-эпидемиологический надзор - деятельность по предупреждению, обнаружению, пресече-

	ПК-3	гического надзора в РФ. Охрана по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор).	нию нарушений законодательства РФ в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения в целях охраны здоровья населения и среды обитания. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека является уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, защиты прав потребителей и потребительского рынка.
24.	УК-6, ОПК-4, ПК-3	Порядок организации деятельности Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека	1. Исполнение поручений Правительства РФ, если поручение адресованных непосредственно в Федеральную службу. 2. Подготовку проектов актов, вносимых в Правительство РФ по поручению МЗ РФ. Структура: 1. Управление санитарного надзора. 2. Управление эпидемиологического надзора. 3. Управление надзора на транспорте и санитарной охраны территории. 4. Управление организации надзора и контроля в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека 5. Управление государственной регистрации и лицензирования в сфере обеспечения благополучия человека, которое. 6. Управление юридического обеспечения деятельности в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.
25.	УК-6, ОПК-4, ПК-3	Полномочия Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.	1. Надзор и контроль за исполнением обязательных требований законодательства РФ в области обеспечения СЭБ населения, защиты прав потребителей и в области потребительского рынка. 2. Выдает лицензии на осуществление деятельности, связанной с использованием возбудителей инфекционных заболеваний; деятельности в области использования источников ионизирующего излучения. 3. Регистрирует впервые внедряемые в производство химические, биологические вещества и изготавливаемые на их основе препараты, потенциально опасные для человека. 4. Устанавливает причины и выявляет условия возникновения и распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений). 5. Информировывает органы государственной власти, местного самоуправления и население о санитарно - эпидемиологической обстановке и о принимаемых мерах по обеспечению сан-эпид. благополучия населения. 6. Готовит предложения о введении и об отмене на терри-

			<p>тории РФ, субъектов Федерации ограничительных мероприятий (карантина).</p> <p>7. Организует проведение социально-гигиенического мониторинга.</p> <p>8. Организует деятельность системы государственной санитарно - эпидемиологической службы РФ.</p> <p>9. Осуществляет проверку деятельности юридических лиц, индивидуальных предпринимателей и граждан по выполнению требований санитарного законодательства.</p> <p>10. Организует прием граждан, обеспечивает своевременное и полное рассмотрение обращений граждан, принимает по ним решения и направляет заявителям ответы в установленный срок.</p>
26.	УК-6, ОПК-4, ПК-3	Методы работы санитарного врача	<p>— информационно-аналитические методы наблюдения, оценки и прогнозирования изменений (тенденций) в окружающей среде и здоровье;</p> <p>— методы специальных санитарно - эпидемиологических исследований факторов, условий и причинно - следственных связей между состоянием здоровья и средой обитания человека;</p> <p>— динамическое санитарное наблюдение и описание отдельных объектов, административных территорий, групп и факторов риска, определяющих здоровье и санитарно-эпидемиологическое благополучие населения;</p> <p>— метод экспертных оценок;</p> <p>— методы объективной оценки санитарного состояния объекта, территории — лабораторные и инструментальные исследования факторов окружающей среды;</p> <p>— статистические методы;</p> <p>— социологические методы;</p> <p>— экспериментальные исследования.</p>
27.	УК-6, ОПК-4, ПК-3	Санаторно - курортное лечение: понятие, направление.	<p>Санаторно-курортное лечение включает в себя медицинскую помощь, осуществляемую медицинскими организациями в профилактических, лечебных и реабилитационных целях на основе использования природных лечебных ресурсов, в том числе в условиях пребывания в лечебно-оздоровительных местностях и на курортах.</p> <p>Санаторно-курортное лечение направлено на:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. активацию защитно-приспособительных реакций организма в целях профилактики заболеваний, оздоровления; 2. восстановление и (или) компенсацию функций организма, нарушенных вследствие травм, операций и хронических заболеваний, уменьшение количества обострений, удлинение периода ремиссии, замедление развития заболеваний и предупреждение инвалидности в качестве одного из этапов медицинской реабилитации.
28.	УК-6, ОПК-4,	Формы и принципы оказания санаторно-	Санаторно-курортное лечение включает в себя медицинскую помощь, оказываемую в плановой форме.

	ПК-3	курортного лечения населению. Санаторно-курортные организации в соответствии с номенклатурой медицинских организаций.	<p>Принципы: этапность; непрерывность; преемственность между медицинскими организациями, оказывающими первичную и специализированную медицинскую помощь.</p> <p>Санаторно-курортное лечение осуществляется в санаторно-курортных организациях: санаториях; санаториях для детей, в том числе, для детей с родителями; санаториях - профилакториях; курортной поликлинике; грязелечебнице; бальнеологической лечебнице; санаторном оздоровительном лагере круглогодичного действия.</p>
29.	УК-6, ОПК-4, ПК-3	Показатели здоровья населения Нижнего Новгорода и области.	<p>По данным государственной статистической отчетности за период 2012 -2022 гг. наблюдается рост распространенности и первичной заболеваемости детей и подростков, а у взрослых наблюдается незначительное снижение первичной заболеваемости и рост распространенности. В структуре заболеваемости детского населения преобладают болезни органов дыхания, их доля составляет 61,4%. На протяжении последнего десятилетия темп роста данной патологии составил 30,4%. Прослеживается выраженная тенденция к росту болезней эндокринной системы, крови и кроветворных органов, нервных болезней, болезней системы кровообращения, органов пищеварения, мочеполовой системы, кожи и подкожной клетчатки, костно - мышечной системы, врожденных аномалий. Динамика распространенности болезней у взрослых за последние годы: возросла распространенность болезней эндокринной, костно - мышечной, мочеполовой системы, системы кровообращения, количество осложнений беременности, родов и послеродового периода. Нижегородская область на протяжении многих лет характеризуется стабильно высоким уровнем и темпами роста заболеваемости злокачественными новообразованиями по сравнению с РФ.</p>
30.	УК-6, ОПК-4, ПК-3	Перспективы развития здравоохранения Нижегородской области.	<p>Благодаря реализации нацпроекта «Здравоохранение», к 2024 г. в регионе планируется снизить общий уровень смертности на 14,3%, смертность трудоспособного населения – на 23,8%. Ожидаемая продолжительность жизни к концу нацпроекта должна вырасти до 77,1 года. К 2024 г. Нижегородская область должна добиться снижения смертности от новообразований до 173,9 случаев на 100 тыс. населения. Уровень младенческой смертности к 2024 г. необходимо уменьшить до 4,3 на 1000 детей, родившихся живыми. Однако, региону удалось достичь цели раньше запланированного срока. К концу 2023 г. не менее 80% учреждений Нижегородской области должны реализовать у себя систему электронных рецептов и автоматизированное управление льготным лекарственным обеспечением.</p>

Приложение 1

ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России

ОТЧЕТ

о прохождении _____ практики (_____)

Фамилия имя отчество обучающегося _____

Направление подготовки _____ шифр, наименование _____

Профиль подготовки _____ наименование _____

Курс _____ Форма обучения _____ Год зачисления **20** _____

Место прохождения практики _____

(наименование учреждения, кафедры)

Руководитель практики (ПИМУ) _____

Ф.И.О. должность руководителя практики

Руководитель практики (сторонняя организация) _____

Ф.И.О. должность руководителя практики

Сроки прохождения практики с «__» _____ 202__ г. по «__» _____ 202__ г.

Результаты выполнения индивидуального плана
практики _____

- 1.
- 2.
- 3.

Основные итоги практики:

Отзыв руководителя практики (ПИМУ) о прохождении практики обучающимся

Отзыв руководителя практики (профильная организация) о прохождении практики обучающимся

Оценка _____
(цифрой, прописью) (подпись) (расшифровка подписи)

Руководитель практики (ПИМУ) _____ / _____ /

Руководитель практики (профильная организация) _____ / _____ /

«__» _____ 202__ г.