

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

## **ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

### **НЕВРОЛОГИЯ**

Специальность 31.08.20 Психиатрия  
*код, наименование*

Кафедра: Неврологии, психиатрии и наркологии ФДПО

Форма обучения: очная

Нижний Новгород  
2024

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

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Неврология» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Неврология». 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 «Неврология» 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	Ситуационные задачи	Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.	Перечень задач
3	Реферат	Продукт самостоятельной работы, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной научной (учебно-исследовательской) темы, где автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее.	Перечень тем рефератов

### 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, УК-2, ПК-1, ПК-2	Текущий	Раздел 1. Общие вопросы клинической неврологии	Ситуационные задачи, реферат
		Раздел 2. Частная неврология	
УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2	Промежуточный	Все разделы дисциплины	Тестовые задания

### 4. Содержание оценочных средств текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: ситуационных задач, рефератов

4.1. Ситуационные задачи для оценки компетенций УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2 :

## А ВОПРОСЫ

гуса на языке, боль и слабость в конечностях. Из анамнеза известно, что 10 дней назад после перенесенного простуда появились боли в мышцах, затем появилась и стала нарастать слабость в ногах и руках.

питания, кожа чистая. Дыхание везикулярное, тоны сердца не изменены, тахикардия - до 100—106 ударов в 1 м

грубее справа, затруднение при свисте, надувании щек, невозможность наморщить лоб. Патологии других черепных нервов нет. Патологии кистей и стоп. Нервные стволы болезненные. Менингеальных знаков нет. Вибрационная чувствительность на стопе снижена. Гемоглобин - 120 г/л, цитоз - 5 клеток в 1 мкл.

Обоснуйте:

повышенной

Какой результат мы предполагаем увидеть?

характеризующему типу

Какой диагноз можно поставить пациентке

полинейропатия Гийена-Барре с выраженным тетрапарезом, diplegia facialis, нисходящий вариант.

симптомы, являются

Какие методы исследования процесса при полинейропатии Гийена-Барре, применяются

## А ВОПРОСЫ

слуха на левое ухо. В течение полугода до этого отмечался постоянный шум в этом же ухе. В последние два месяца появились слабость в левой половине лица, асимметрия лица, двоение в глазах.

Менингеальных знаков нет. Зрачки D=S, на свет реагируют, сходящееся косоглазие за счет левого глаза, двоение при взгляде вверх. Сила мышц достаточная во всех группах. В позе Ромберга – отклонение влево, пальце-носовую и пяточно-коленную про

водящего нерва, мозжечковая атаксия слева (в позе Ромберга – отклонение влево; пальце-носовую и пяточно- коленную пробу)

е синдромы

ских синдромов

й тройничного, отводящего, лицевого, вестибулокохлеарного нервов слева, поражение левого полушария мозжечка

поражение мозжечка и черепных нервов

енингеальных и общеинфекционных симптомов (гипертермии, миалгии, фотофобии),

мозжечкового угла, предположительно – опухоль.

рном этапе

ан неверный (предложена компьютерная томография).

ого образования левого мосто-мозжечкового угла с последующим гистологическим и иммуногистохимическим исследованием

о исследования опухоли

## А ВОПРОСЫ

о головную боль, сопровождающиеся тошнотой и, периодически, рвотой, не приносящей облегчения.

. Со слов родственников, несколько месяцев назад появились и стали постепенно нарастать изменения в поведении: раздражительность, рвот

их знаков нет. К собственному состоянию не критична, выявляется дурашливость, вязкость, склонность к плоским стопам, мышечный тонус повышен слева по спастическому типу, сухожильные рефлексы D=S, положительный симптом Бабинского слева

но-эйфорический синдром): неряшливость, эйфоричность, дурашливость, неадекватные поступки на работе, не критичность к себе (дурашливость- легкой сглаженность носогубной складки) слева,

е мышечного тонуса и сухожильных рефлексов слева, + симптом Бабинского слева)

дающаяся тошнотой и рвотой; по данным офтальмоскопии — явления начального застоя дисков зрительных нервов

е синдромы

дромов

латеральный парез лицевого нерва(VII п. ЧМН) слева, центральный левосторонний гемипарез

имеется поражение правого полушария головного мозга

ра).

предположительно – опухоль метастатического характера.

ий анализ крови, коагулограмма ЭКГ)

поиск), включающий в себя: ультразвуковое исследование (УЗИ) щитовидной железы, маммографию, консультацию  
ие органов брюшной полости и малого таза)

мость предоперационного обследования, онкопоиска.

ого обследования или онкопоиска. Может быть не расшифрован план предоперационного обследования или онкопо

последующим гистологическим и иммуногистохимическим исследованием.

емного образования - решение вопроса о лучевой и полихимиотерапии.

щего противоопухолевого лечения

## А ВОПРОСЫ

о головную боль, сопровождающуюся тошнотой, нарушение зрения, изменение внешности: увеличение надбровных  
астают. Головные боли и снижение зрения появились около 2 месяцев назад.

ых знаков нет. Выпадение латеральных полей зрения с обеих сторон, снижение остроты зрения на правый глаз. Д

и стоп по отношению к длине конечностей и тела.

сторон),

OD- 0,2),

ленной локализации, сопровождающаяся тошнотой),

ей и стоп).

ие синдромы

омов

мианопсия, амблиопия справа

ласти», предположительно – гормонпродуцирующая питуитарная аденома.

поставлен диагноз гормонпродуцирующей опухоли гипофиза.

на следующем этапе

гипофиза в крови: адренокортикотропный гормон (АКТГ), пролактин, соматотропный гормон (СТГ), тиреотропный гормон (ТТГ), биохимический анализ крови, коагулограмма, ЭКГ)

в плане предоперационного обследования, указана необходимость исследования уровня гормонов гипофиза.

если МРТ не выявила аденомы (компьютерная томография) или не указана необходимость исследования гормонов гипофиза в крови.

после гистологического и иммуногистохимического исследования образования хиазмально-селлярной области с последующим гистологическим и иммуногистохимическим исследованием темного образования и анализом, выявившим нарушение функции гипофиза - решение вопроса об эндокринной терапии

эндокринной терапии

## ВОПРОСЫ

потерял сознание на 5-7 минут. Машиной скорой помощи доставлен в больницу через 1,5 часа после травмы.

с жалобой на головокружение.

Больной не помнит место, времени и собственной личности. События, произошедшие незадолго до автоаварии, больной не помнит.

Через 1 мин, кожные покровы бледные, сухие.

Больной реагирует адекватно, менингеальных симптомов нет, симптомов очагового поражения нервной системы нет, в позе Ромберга устойчив.

сформулирован

на основании жалоб на общую симптоматику (головные боли в лобной области, тошнота), ретроградной амнезии (события, произошедшие незадолго до травмы).

на основании жалоб на общую симптоматику (головные боли в лобной области, тошнота), ретроградной амнезии (события, произошедшие незадолго до травмы), наличие, имеющее возможность выполнения компьютерной томографии, и продолжить обследование и лечение в условиях стационара.

в стационаре должна быть возможность выполнения компьютерной томографии

ан неверный (магнитно-резонансная томография)

#### 4.2. Темы рефератов для оценки компетенций УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2:

1. Субарахноидальное кровоизлияние
2. Черепно-мозговая травма
3. Острая перемежающаяся порфирия
4. Энцефалопатия Вернике
5. Острый герпетический энцефалит
6. Лейкоэнцефалиты
7. Болезнь Альцгеймера
8. Прионовые болезни
9. Ишемический инсульт
10. Геморрагический инсульт
11. Эпилепсия
12. Нейросифилис
13. Нейроспид
14. Астено-депрессивный синдром
15. Неврологические нарушения при алкоголизме
16. Неврологические нарушения при наркоманиях и токсикоманиях
17. Психические нарушения после тяжёлой черепно-мозговой травмы
18. Туберкулёзный менингит

### 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 по разделам дисциплины.

#### 5.1.1 Тестовые задания по дисциплине «Неврология»:

Тестовые вопросы	Код компетенции (согласно РПД)
1. При поражении отводящего нерва возникает паралич а) Наружной прямой мышцы б) Верхней прямой мышцы в) Нижней прямой мышцы г) Нижней косой мышцы	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2
2. Неустойчивость в позе Ромберга при закрывании глаз значительно усиливается при а) Сенситивной атаксии б) Мозжечковой атаксии в) Вестибулярной атаксии	

г) Лобной атаксии	
3. При поражении зрительного тракта возникает а) <b>Гомонимная гемианопсия</b> б) Биназальная гемианопсия в) Битемпоральная гемианопсия г) Нижнеквадрантная гемианопсия	
4. Обонятельные галлюцинации наблюдаются при поражении: а) <b>Височной доли</b> б) Теменной доли в) Обонятельной луковицы г) Обонятельного бугорка	
5. Половинное поражение поперечника спинного мозга (синдром Броун-Секара) характеризуется центральным параличом на стороне очага в сочетании: а) <b>С нарушением глубокой чувствительности на стороне очага</b> б) С нарушением всех видов чувствительности на противоположной стороне в) С нарушением болевой и температурной чувствительности на стороне очага г) С нарушением всех видов чувствительности на стороне очага	
6. При поражении червя мозжечка наблюдается атаксия: а) <b>Статическая</b> б) Динамическая в) Вестибулярная г) Сенситивная	
7. Верхняя граница проводниковых расстройств болевой чувствительности определяется на уровне Th 10 дерматома при поражении спинного мозга на уровне сегмента: а) <b>Th8 или Th9</b> б) Th6 или Th7 в) Th9 или Th10 г) Th10 или Th11	
8. При периферическом парезе левого лицевого нерва, сходящемся косоглазии за счет левого глаза, гиперестезии в средней зоне Зельдера слева, патологических рефлексов справа очаг локализуется: а) <b>В мосту мозга слева</b> б) В левом мостомозжечковом углу в) В правом полушарии мозжечка г) В области вершины пирамиды левой височной кости	
9. Сочетание боли и герпетических высыпаний в наружном слуховом проходе и на ушной раковине, нарушение слуховой и вестибулярной функции является признаком поражения узла: а) <b>Коленчатого</b> б) Вестибулярного в) Крылонебного г) Гассерова	
10. Аלקсия наблюдается при поражении: а) <b>Угловой извилины</b> б) Верхней лобной извилины в) Парагиппокампаальной извилины	



г) Таламуса	
<p>11. Поражение конского хвоста спинного мозга сопровождается:</p> <p>а) Вялым парезом ног и нарушение чувствительности по корешковому пути</p> <p>б) Спастическим парезом ног и тазовыми расстройствами</p> <p>в) Нарушением глубокой чувствительности дистальных отделов ног и задержкой мочи</p> <p>г) Спастическим парезом ног без расстройства чувствительности и нарушением функции тазовых органов</p>	
<p>12. Истинный астереогноз обусловлен поражением:</p> <p>а) Теменной доли</p> <p>б) Лобной доли</p> <p>в) Височной доли</p> <p>г) Затылочной доли</p>	
<p>13. Выпадение верхних квадрантов полей зрения наступает при поражении:</p> <p>а) Язычной извилины</p> <p>б) Глубинных отделов теменной доли</p> <p>в) Первичных зрительных центров в таламусе</p> <p>г) Наружных отделов зрительного перекреста</p>	
<p>14. Больной со зрительной агнозией:</p> <p>а) Видит предметы, но не узнает их</p> <p>б) Плохо видит окружающие предметы, но узнает их</p> <p>в) Видит предметы хорошо, но форма кажется искаженной</p> <p>г) Не видит предметы по периферии полей зрения</p>	
<p>15. Больной с моторной афазией:</p> <p>а) Понимает обращенную речь, но не может говорить</p> <p>б) Не понимает обращенную речь и не может говорить</p> <p>в) Может говорить, но не понимает обращенную речь</p> <p>г) Может говорить, но речь скандированная</p>	
<p>16. ОПУХОЛИ МОЗГОВОГО КОНУСА СПИННОГО МОЗГА ВЫЗЫВАЮТ</p> <p>а) Недержание мочи</p> <p>б) Боли в одной ноге</p> <p>в) Задержку мочи</p> <p>г) Боли в межлопаточной области</p>	
<p>17. СИМПТОМ «ОСТИСТОГО ОТРОСТКА» ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ</p> <p>а) Локальную болезненность при надавливании и постукивании по остистому отростку позвонка</p> <p>б) Боль в ногах при перкуссии остистых отростков позвонков</p> <p>в) Локальные боли в спине после нагрузки по оси позвоночника</p> <p>г) Боли при ходьбе с иррадиацией в конечности</p>	
<p>18. ПРИ ПАРКИНСОНИЗМЕ ПОРАЖАЕТСЯ</p> <p>а) Черная субстанция</p> <p>б) Красное ядро</p> <p>в) Прецентральная извилина</p> <p>г) Мозжечок</p>	
<p>19. ПРИ УРОВНЕ В КРОВИ КРЕАТИНФОСФОКИНАЗЫ, ПРЕВЫШАЮЩЕМ НОРМАЛЬНЫЕ ЗНАЧЕНИЯ В 40-50 РАЗ, СЛЕДУЕТ ИСКЛЮЧИТЬ</p>	

<p>а) Лице-лопаточно-плечевую мышечную дистрофию  б) Диабетическую полиневропатию  в) Генерализованную миастению  г) Ревматическую полимиалгию</p>	
<p>20. ТИПОМ НАСЛЕДОВАНИЯ АТАКСИИ ФРИДРАЙХА ЯВЛЯЕТСЯ  а) Аутосомно-рецессивный  б) Аутосомно-доминантный  в) Х-сцепленный  г) Полигенный</p>	
<p>21. К СИМПТОМАМ ГЕПАТОЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ДИСТРОФИИ ОТНОСЯТ  а) Кольцо Кайзера-Флейшера  б) Атрофию зрительного нерва  в) Помутнение хрусталика  г) Отек дисков зрительных нервов</p>	
<p>22. ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ РАЗВИТИЯ МИАСТЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ  а) Образование антител к ацетилхолиновым рецепторам постсинаптической мембраны  б) Гипопродукция ацетилхолинэстеразы  в) Образование антител к миелину  г) Гиперпродукция ацетилхолина</p>	
<p>23. ДОМИНИРУЮЩИМИ СИМПТОМАМИ ОСТРОЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ЯВЛЯЮТСЯ  а) Общемозговые (головная боль, тошнота, рвота, нарушение сознания, эпилептические припадки)  б) Очаговые «полушарные» (гемипарезы, афазия, гемианопсия)  в) Мозжечковые (расстройство координации движений, нистагм)  г) Характерные для поражения черепных нервов (диплопия, прозопарез, монокулярное снижение зрения, скотомы)</p>	
<p>24. ОСОБОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ К ИШЕМИИ В ГОЛОВНОМ МОЗГЕ ОБЛАДАЮТ  а) Гиппокамп, кора больших полушарий и кора мозжечка  б) Продолговатый мозг и черепные нервы  в) Передние отделы варолиева моста и среднего мозга  г) Базальные ганглии и внутренняя капсула</p>	
<p>25. ТИПИЧНЫЙ ДЛЯ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА ОЧАГ В СПИННОМ МОЗГЕ ПО ДАННЫМ МЕГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ ЗАНИМАЕТ ПО ДЛИНЕ _____ СЕГМЕНТОВ  а) Два или менее  б) Три или менее  в) Четыре или более  г) Пять или более</p>	
<p>26. ВОЗБУДИТЕЛЕМ СЕРОЗНОГО МЕНИНГИТА МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ  а) Вирус простого герпеса 1 типа  б) Пневмококк  в) Гемофильная палочка  г) Менингококк</p>	
<p>27. У ПАЦИЕНТА, У КОТОРОГО РАЗВИЛСЯ ВТОРИЧНЫЙ ГНОЙНЫЙ</p>	

<p>МЕНИНГИТ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ОТИТА И СИНУСИТА, НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ МЕНИНГИТА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) <b>Пневмококк</b></p> <p>б) Менингококк</p> <p>в) Вирус простого герпеса</p> <p>г) Стафилококк</p>	
<p>28. ПСЕВДОБУЛЬБАРНЫЙ СИНДРОМ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ СОЧЕТАННОМ ПОРАЖЕНИИ _____ ПОЛУШАРИЯ</p> <p>а) <b>Пирамидных путей доминантного и недоминантного</b></p> <p>б) Пирамидных и мозжечковых путей доминантного</p> <p>в) Чувствительных и мозжечковых путей недоминантного</p> <p>г) Чувствительных и экстрапиримидных путей доминантного</p>	
<p>29. ГЛАВНОЙ ПРИЧИНОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИИ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С НАРУШЕНИЕМ РИТМА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) <b>Снижение системного перфузионного давления</b></p> <p>б) Повышение вязкости крови</p> <p>в) Повышение активности свертывающей системы</p> <p>г) Ухудшение реологических свойств крови</p>	
<p>30. СИНДРОМ ВАЛЛЕНБЕРГА-ЗАХАРЧЕНКО ВОЗНИКАЕТ ПРИ ОККЛЮЗИИ</p> <p>а) <b>Нижней задней артерии мозжечка</b></p> <p>б) Коротких циркулярных артерий варолиева моста</p> <p>в) Длинных циркулярных артерий продолговатого мозга</p> <p>г) Парамедианных артерий среднего мозга</p>	
<p>31. КАРОТИДНО-КАВЕРНОЗНОЕ СОУСТЬЕ ФОРМИРУЕТСЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ СТЕНКИ</p> <p>а) <b>Кавернозной части внутренней сонной артерии</b></p> <p>б) Глазничной вены</p> <p>в) Трабекулярных артерий</p> <p>г) Яремной вены</p>	
<p>32. МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ОТКРЫТЫХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) <b>Повреждение апоневроза</b></p> <p>б) Перелом костей черепа</p> <p>в) Ушиб головного мозга</p> <p>г) Повреждение твердой мозговой оболочки</p>	
<p>33. ВЕЛИЧИНА ЛИКВОРНОГО ДАВЛЕНИЯ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ _____ ММ ВОДНОГО СТОЛБА</p> <p>а) <b>120</b></p> <p>б) 100</p> <p>в) 80</p> <p>г) 210</p>	
<p>34. ФЕНОМЕН КУШИНГА ПРИ ОСТРОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ</p> <p>а) <b>Артериальной гипертензией и брадикардией</b></p> <p>б) Артериальной гипотензией и тахикардией</p> <p>в) Низким венозным давлением и экстрасистолией</p> <p>г) <b>Высоким содержанием белка в ликворе</b></p>	

35. ПРИ РЕЗКОМ ПОВЫШЕНИИ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СЛЕДУЕТ ОПАСАТЬСЯ а) Дислокации ствола мозга б) Кровотечения в) Гипертермии г) Внутримозговой гематомы	
36. ПРИЧИНОЙ ВАЗОГЕННОГО ОТЕКА МОЗГА ЯВЛЯЕТСЯ а) Нарушения гематоэнцефалического барьера б) Рефлекторный вазоспазм в) Гемодинамический эффект г) Повышение внутричерепного давления	
37. ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ПАРЕЗ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ а) Области передней центральной извилины б) Височной области в) Полюса лобной доли г) Мозолистого тела	
38. РАННИМ СИМПТОМОМ ОПУХОЛИ МОСТО-МОЗЖЕЧКОВОГО УГЛА ЯВЛЯЕТСЯ а) Шум в ухе б) Двусторонняя глухота в) Шум в голове г) Односторонняя глухота	
39. ПОРАЖЕНИЕ VII НЕРВА ПРИ ОПУХОЛИ МОСТО-МОЗЖЕЧКОВОГО УГЛА ВЫЗЫВАЕТ а) Периферический ипсилатеральный парез мимических мышц б) Центральный контралатеральный парез мимических мышц в) Гипестезию на ипсилатеральной половине лица г) Снижение вкуса на задней трети языка	
40. ЧАСТЫМИ ЖАЛОБАМИ БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ ГИПОФИЗА ЯВЛЯЮТСЯ а) Головные боли, потливость, слабость, зрительные нарушения, расстройство половых функций б) Нарушение сна, нижний парапарез, дисфагия в) Головная боль, тошнота, дисфония г) Головная боль, парезы верхних конечностей, джексоновские припадки	

## 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»

Разработчик(и):

1. Руина Екатерина Андреевна, к.м.н., доцент кафедры неврологии, психиатрии и наркологии ФДПО.

2. Смирнов Александр Арсеньевич, д.м.н., профессор кафедры неврологии, психиатрии и наркологии ФДПО.

3. Антипенко Елена Альбертовна, д.м.н., профессор кафедры неврологии, психиатрии и наркологии ФДПО