

З В І Т
про проходження виробничої лікарської практики Модуль 3 «Виробнича
лікарська практика з дитячої хірургічної стоматології»
здобувача вищої освіти ОПП «Стоматологія», за спеціальністю
221«Стоматологія», галузі знань 22 «Охорона здоров'я»
Полтавського державного медичного університету
(відповідно до наказу ПДМУ 18.12.24 року «Про проведення практик у осінньому семестрі
2024-2025 н.р.»)

П.І.П. _____

Курс _____ № групи _____

Термін практики _____

База практики _____

ЦИФРОВИЙ ЗВІТ

№ з/п	Перелік практичних навичок	Заплановано	Відмітка про виконання
	Прийнято всього пацієнтів (І відвідування)	10-12	
1.	Видалення зубів:	6-8	
	• тимчасових (порушення прорізування постійного зуба, хронічний періодонтит, загострення хронічного періодонтиту)	4-5	
	• постійних (хронічний періодонтит, загострення хронічного періодонтиту, ортодотичні показання)	2-3	
2.	Проведення місцевого знеболення (аплікаційне, інфільтраційне, провідникове)	<u>Кожному пацієнту</u>	
3.	Проведення амбулаторних операцій	4	
	• гострі запальні процеси ЩЛД: періостит, перикоронарит	2	
	• Цистотомія (зубовміщуюча кіста)	1	
	• Травматичні пошкодження ЩЛД (ПХО рани обличчя та слизової оболонки порожнини рота)	1	
4.	Санітарно-просвітницька робота:	2	
	• оформлення власноруч письмової бесіди		

Відповіді на питання:

1. Характеристика бази практики, рівень оснащення інструментарієм і матеріалами _____

[illegible]

This image shows a full page of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a template for handwriting practice or general writing. There are no margins, text, or other markings on the page.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

4. Побажання і та пропозиції щодо покращення проведення виробничої лікарської практики з дитячої хірургічної стоматології.

[illegible]

Дата

Особистий підпис
здобувача

Особистий підпис та
печатка керівника
практики
від закладу охорони
здоров'я

Дата