

**Непосредственное наблюдение за процедурными навыками (ННПН)  
ТЕРАПИЯ**

**Оценка руководителем/наставником**

Клиническая база \_\_\_\_\_

Фамилия преподавателя/куратора \_\_\_\_\_

Должность \_\_\_\_\_

Фамилия ординатора \_\_\_\_\_

**Процедуры/манипуляции:**

<input type="checkbox"/> Измерение АД <input type="checkbox"/> Проведение и базовая расшифровка ЭКГ <input type="checkbox"/> Пульсоксиметрия <input type="checkbox"/> Пикфлоуметрия <input type="checkbox"/> Глюкометрия <input type="checkbox"/> Другое (укажите)	<input type="checkbox"/> Базовая сердечно-легочная реанимация (непрямой массаж сердца, дыхание «рот в рот») <input type="checkbox"/> ИВЛ, обеспечение проходимости дыхательных путей (использование мешка Амбу) <input type="checkbox"/> Проведение дефибриляции при желудочковой тахикардии и фибрилляции желудочков	<input type="checkbox"/> Оценка неврологических симптомов (моторные функции, чувствительность, менингеальные симптомы) <input type="checkbox"/> Проведение аэрозольной ингаляции с помощью спейсера, небулайзера <input type="checkbox"/> Промывание желудка
---	---	--

1 - многое требуется улучшить 10 - немного требуется улучшить по отношению к уровню образования	Что было хорошо?	Что необходимо улучшить?
Подготовка к выполнению ○○○○○○○○○○ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
Техническое выполнение ○○○○○○○○○○ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
Соблюдение асептики / безопасности ○○○○○○○○○○ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
Способность к клинической оценке ○○○○○○○○○○ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
Организация/эффективность ○○○○○○○○○○ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
Профессиональное отношение ○○○○○○○○○○ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
Общее впечатление ○○○○○○○○○○ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		

Сложность вмешательства                      Ослабая      Средняя      Высокая

Продолжительность оценки (в минутах)

Подпись ординатора

Подпись куратора

Дата оценки

**Непосредственное наблюдение за процедурными навыками (ННПН)  
ТЕРАПИЯ**

Оценка руководителем/наставником

Клиническая база \_\_\_\_\_

Фамилия преподавателя/куратора \_\_\_\_\_

Должность \_\_\_\_\_

Фамилия ординатора \_\_\_\_\_

**Процедуры/манипуляции:**

<input type="checkbox"/> Измерение АД	<input type="checkbox"/> Базовая сердечно-легочная реанимация (непрямой массаж сердца, дыхание «рот в рот»)	<input type="checkbox"/> Оценка неврологических симптомов (моторные функции, чувствительность, менингеальные симптомы)
<input type="checkbox"/> Проведение и базовая расшифровка ЭКГ	<input type="checkbox"/> ИВЛ, обеспечение проходимости дыхательных путей (использование мешка Амбу)	<input type="checkbox"/> Проведение аэрозольной ингаляции с помощью спейсера, небулайзера
<input type="checkbox"/> Пульсоксиметрия	<input type="checkbox"/> Проведение дефибриляции при желудочковой тахикардии и фибрилляции желудочков	<input type="checkbox"/> Промывание желудка
<input type="checkbox"/> Пикфлоуметрия		
<input type="checkbox"/> Глюкометрия		
<input type="checkbox"/> Другое (укажите)		

1 – многое требуется улучшить 10 – немного требуется улучшить по отношению к уровню образования	Что было хорошо?	Что необходимо улучшить?
Подготовка к выполнению ○○○○○○○○○○ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
Техническое выполнение ○○○○○○○○○○ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
Соблюдение асептики / безопасности ○○○○○○○○○○ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
Способность к клинической оценке ○○○○○○○○○○ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
Организация/эффективность ○○○○○○○○○○ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
Профессиональное отношение ○○○○○○○○○○ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
Общее впечатление ○○○○○○○○○○ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		

Сложность вмешательства      ○слабая      ○средняя      ○высокая

Продолжительность оценки (в минутах)

Подпись ординатора

Подпись куратора

Дата оценки