Приложение № 2

к особенностям проведения аккредитации специалистов в 2021 году, утвержденным приказом Министерства здравоохранения

Российской Федерации  
от 2 февраля 2021 г. № 40н

**ПОРТФОЛИО**

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии) | ***ИВАНОВА АННА ИВАНОВНА*** |

|  |  |
| --- | --- |
| Дата получения последнего сертификата специалиста или свидетельства об аккредитации специалиста | ***20 августа 2016 г*** |

|  |  |
| --- | --- |
| Специальность**,** по которой проводится аккредитация | ***Сестринское дело*** |

|  |  |
| --- | --- |
| Уровень образования (высшее / среднее профессиональное) | ***Среднее профессиональное*** |

|  |
| --- |
| Страховой номер индивидуального лицевого счета застрахованного лица (для иностранных граждан и лиц без гражданства – при наличии)  ***167-522-300 10*** |

|  |
| --- |
| Полное наименование организации, в которой аккредитуемый осуществляет профессиональную деятельность (при наличии***) Государственное областное бюджетное учреждение здравоохранения «Центральная городская клиническая больница» клиника №2*** |
|  |
| (указывается в соответствии с данными в едином государственном реестре юридических лиц / едином государственном реестре индивидуальных предпринимателей) |

|  |  |
| --- | --- |
| Занимаемая должность (при наличии) | ***Медицинская сестра палатная (постовая)*** |

|  |  |
| --- | --- |
| Дата формирования портфолио | ***20 сентября 2021г.*** |

1. Сведения об освоении программ повышения квалификации.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование программы повышения квалификации | Трудоемкость, часы | Реквизиты документа о квалификации | Период обучения | Полное наименование организации, осуществляющей реализацию образовательной деятельности |
| 1. | ***«Сестринское дело в терапии. Общее усовершенствование»*** | ***144*** | ***Удостоверение о повышении квалификации№532412955435*** | ***15.07.2021-13.08.2021*** | ***Областное автономное учреждение здравоохранения «Медицинский центр развития сестринской деятельности»*** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

2. Сведения об образовании, подтвержденные на интернет-портале непрерывного медицинского и фармацевтического образования в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (при наличии).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Наименование | Вид и реквизиты подтверждающего документа |
| ***1.*** | ***Семинар «Актуальные вопросы новой коронавирусной инфекции (COVID-19)*** | ***Свидетельство о прохождении образовательного мероприятия, присвоено 2 ЗЕТ, обеспеченных Ассоциацией медицинских сестер России, ИКП XHL6015JKF*** |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 3. Отчет о профессиональной деятельности на | ***3*** л |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Аккредитуемый |  | / ***ИВАНОВА АННА ИВАНОВНА*** |

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии)

Приложение к портфолио

|  |
| --- |
| «Согласовано»Главный врач  Государственного областного бюджетного учреждения здравоохранения «Центральной городской клинической больницы» клиника №2 г. Великий Новгород  Тарасов А.В. |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (уполномоченного заместителя руководителя) организации), подпись, печать) |

**ОТЧЕТ**

о профессиональной деятельности

|  |
| --- |
| ***ИВАНОВА АННА ИВАНОВНА Медицинская сестра палатная (постовая) терапевтического отделения №1*** |
|  |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии), занимаемая должность (при наличии) |

|  |  |
| --- | --- |
| с | ***20.07.2016г по 20.08.2021г*** |

(указывается период, за который подается отчет о профессиональной деятельности)

***Государственное областное бюджетное учреждение здравоохранения «Центральная городская клиническая больница» клиника №2***

|  |
| --- |
|  |
|  |
| (полное наименование организации в соответствии с данными в едином государственном реестре юридических лиц / едином государственном реестре индивидуальных предпринимателей (при наличии) |

для прохождения периодической аккредитации по специальности

|  |
| --- |
| ***Сестринское дело*** |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | (личная подпись аккредитуемого) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Сведения об организации, в которой аккредитуемый осуществляет профессиональную деятельность (краткая характеристика организации, отражающая основные направления ее деятельности, ее структура***)*** | ***Городская клиническая больница» -многопрофильное медицинское учреждение,  имеющее  в своем составе:  многопрофильные клиники №1 и №2,  детские поликлиники №№1,2,3, детскую стоматологическую поликлинику,  поликлиники №№1,3,4, обслуживающие взрослое население, травматологический пункт,  диагностические службы: эндоскопическую, рентгенологическую, ультразвуковой диагностики, функциональной диагностики, централизованную лабораторию.*** | |  |
| Наименование структурного подразделения, в котором аккредитуемый осуществляет профессиональную деятельность, основные задачи и функции указанного структурного подразделения | | ***(Описать отделение: сколько постов, коек , основные задачи и функции структурного подразделения) Терапевтическое отделение №1. Осуществление диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий при заболеваниях терапевтического профиля; разработка и проведение мероприятий по повышению качества лечебно-диагностического процесса, внедрение в практику новых методов диагностики, лечения и реабилитации больных терапевтического профиля; ведение учетной и отчетной документации, сбор данных для ведения регистров больных.*** |  |
| Стаж работы по специальности | | ***10 ЛЕТ*** |  |
| Описание выполняемой работы в соответствии с трудовой функцией | | ***(Использовать данные из должностной инструкции) 1.Оказание медицинской помощи , осуществление сестринского ухода и наблюдения за пациентами.***  ***2. Уход за пациентом и наблюдение за санитарным содержанием палат.***  ***3.  Запись и точное выполнение лечебных и гигиенических назначений лечащего врача.***  ***4. Тщательный осмотр ослабленных пациентов, оказание им помощи при умывании, приеме пищи.***  ***5.  Оказание доврачебной помощи при неотложных состояниях, проведение сердечной и легочной реанимации.***  ***6. . Подготовка пациентов и сбор (по назначению врача) материалов для анализов (мочи, кала, мокроты и др.), передача их в лабораторию и своевременное получение из лаборатории результатов исследования и подклеивание их в истории болезни.***  ***7.  Наблюдение за тем, чтобы пациенты в точности получали назначенное лечебное питание (лечебный стол), за соответствием продуктов, приносимых пациенту, диетическим рекомендациям.***  ***8. Подготовка (по назначению врача) пациентов к исследованиям (фиброэзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия, рентгенография и др.).***  ***9.  Ведение и оформление медицинской документации.*** |  |
| Опыт работы, включая анализ профессиональной деятельности за отчетный период | | ***(Количественные данные за отчетный период по своей работе).***  ***Пролечено за отчетный период 2542 пациента . По назначению врача проведено : поставлено инъекций -2300,забор материалов для лабораторных исследований -2935,измерение температуры тела-6800,раздача лекарств-7850. Оказано доврачебной помощи : При судорогах- 12, при обмороке -3. Ведение медицинской документации осуществляется в электронном виде .*** |  |
| Повышение уровня знаний, умений, профессиональных навыков за отчетный период | | ***ПК «Сестринское дело в терапии. Общее усовершенствование» 144 часа***  ***Семинар «Актуальные вопросы новой коронавирусной инфекции (COVID-19)*** |  |
| Выполнение функции наставника (при наличии) | | ***Нет*** |  |
| Квалификационная категория, ученая степень (при наличии) | | ***Первая квалификационная категория*** |  |
| Предложения по совершенствованию своей профессиональной деятельности | | ***Участвовать в научно-практических конференциях и семинарах. Пройти обучение на цикле ПК «Новая нормативная документация по соблюдению санитарно-противоэпидемического режима».*** |  |