

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони здоров'я України

17 вересня 2024 року № 1599

_____ (повне найменування закладу охорони здоров'я)

_____ (повне найменування закладу вищої освіти)

**Примірна форма «Щоденник
підготовки фахівця з реабілітації за дуальною формою
здобуття вищої освіти»**

_____ (прізвище, ім'я, по батькові)

Спеціальність та спеціалізація _____ курс, груп _____

рівень вищої освіти _____

посада, яку займає здобувач освіти _____

Кафедра (профільна/випускна) _____

«Затверджую» підпис/ПЕЧАТКА

Ректор закладу вищої освіти або особа, яка виконує його функції _____

(ПІБ)

_____ (назва закладу освіти)
«__» _____ 20__р.

«Погоджую» підпис/ПЕЧАТКА

Керівник закладу охорони здоров'я або (завідуючий відділенням) _____

(ПІБ)

_____ (назва закладу охорони здоров'я)
«__» _____ 20__р.

Здобувач освіти _____
(прізвище, ім'я, по батькові)

прибув до закладу охорони здоров'я _____

Печатка
Закладу охорони здоров'я «___» _____ 20__ року

(підпис)

(посада, прізвище та ініціали керівника)

Вибув з закладу охорони здоров'я

Печатка
Закладу охорони здоров'я «___» _____ 20__ року

(підпис)

(посада, прізвище та ініціали керівника)

П.І.Б. та посада наставника від закладу охорони здоров'я

П.І.Б. та керівника структурного підрозділу закладу вищої освіти відповідального за дуальну форму здобуття освіти за спеціальністю (спеціалізацією)

П.І.Б. та посада куратора від закладу вищої освіти

**I. Календарний графік освітнього процесу, чергування періодів практичного навчання
на робочому місці в закладі охорони здоров'я**

(прізвище, ім'я, по батькові здобувача освіти)

Тривалість підготовки _____ місяці (_____ годин, _____ кредитів ЄКТС)

Освітня частина: (заклад вищої) _____ місяців (_____ години, _____ кредитів ЄКТС)

Практична частина: (заклад охорони здоров'я) _____ місяці (_____ годин, _____ кредитів ЄКТС)

Рік підготовки _____

Семе стр	МІСЯЦЬ	Календарні дні та кількість годин навчання / роботи в закладі вищої освіти та закладі охорони здоров'я																															Загальна кількість днів (годин) у ЗОЗ
		01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Осін ній з _____ по _____	Вересень																																
		Відповідальна особа закладу вищої освіти _____ (підпис) (прізвище та ініціали)												Наставник від закладу охорони здоров'я _____ (підпис) (прізвище та ініціали)							Здобувач освіти _____ (підпис) (прізвище та ініціали)												
	Жовтень																																

		Відповідальна особа від закладу вищої освіти _____ (підпис) _____ (прізвище та ініціали)												Наставник від закладу охорони здоров'я _____ (підпис) _____ (прізвище та ініціали)												Здобувач освіти _____ (підпис) _____ (прізвище та ініціали)											
Осін ній з ____ по ____	Грудень	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Загальна кількість днів (годин) у ЗОЗ				
		Відповідальна особа від закладу вищої освіти _____ (підпис) _____ (прізвище та ініціали)												Наставник від закладу охорони здоров'я _____ (підпис) _____ (прізвище та ініціали)												Здобувач освіти _____ (підпис) _____ (прізвище та ініціали)											
Весня ний семес тр з ____ по ____	Січень	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Загальна кількість днів (годин) у ЗОЗ				
		Відповідальна особа від закладу вищої освіти _____ (підпис) _____ (прізвище та ініціали)												Наставник від закладу охорони здоров'я _____ (підпис) _____ (прізвище та ініціали)												Здобувач освіти _____ (підпис) _____ (прізвище та ініціали)											
	Травень	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Загальна кількість днів (годин) у ЗОЗ				

	Відповідальна особа від закладу вищої освіти _____ (підпис) (прізвище та ініціали)																				Наставник від закладу охорони здоров'я _____ (підпис) (прізвище та ініціали)										Здобувач освіти _____ (підпис) (прізвище та ініціали)									

З – практичне навчання/робота в закладі охорони здоров'я повний робочий день; О – освітня частина підготовки – заклад вищої освіти;	П – виробнича практика; А – підсумкова атестація;	К – канікули; В – відпустка.
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------	---------------------------------

**II. Перелік компетентностей, обов'язкових практичних навиків,
діагностичних та реабілітаційних втручань, якими повинен оволодіти здобувач освіти на робочому місці**
(згідно з програмою практичного навчання на робочому місці за дуальною формою здобуття вищої освіти)

Для кожної компетенції, практичної навички визначається в діапазоні від «А» до «D»:

A: має знання, описує;

B: виконує, керує, демонструє під наглядом;

C: виконує, керує, демонструє самостійно;

D: вчить або контролює інших у виконанні, управлінні, демонстрації.

№	Перелік компетентностей, практичних навиків, діагностичних та реабілітаційних втручань	Рівень оволодіння	Обов'язкова кількість діагностичних / реабілітаційних втручань (за можливості визначення)	Відмітка (підпис) наставника або іншого працівника закладу охорони здоров'я	Посада, ПІП особи, яка ставить відмітку (підпис)	Дата / період
OK1	<i>вказується компонент освітньо-професійної програми</i>					
1						
2						
3						
4						

5						
OK2	<i>вказується компонент освітньо-професійної програми</i>					
OK3	<i>вказується компонент освітньо-професійної програми</i>					
1						
2						
3						
OK4					

III. Компетентності, обов'язкові практичні навички, діагностичні та реабілітаційні втручання, якими оволодів здобувач освіти на робочому місці, але які не передбачені програмою практичного навчання на робочому місці за дуальною формою здобуття вищої освіти

№	Компетентності, практичні навички, діагностичні та реабілітаційні втручання	Рівень оволодіння <i>(не обов'язкове для заповнення, проставляється за бажанням наставника, координатора)</i>	Кількість діагностичних / реабілітаційних втручань <i>(за можливості визначення)</i>	Відмітка наставника або іншого працівника закладу охорони здоров'я*	Дата / період виконання
.....					

** У випадку відрядження здобувача освіти в інший заклад охорони здоров'я для виконання програми практичного навчання на робочому місці та набуття максимального обсягу професійних компетентностей, окрім відмітки, вказується найменування закладу охорони здоров'я в якому здобувачу була надана можливість набутти відповідну професійну компетентність*

**IV. Структурні підрозділи (відділення) закладу охорони здоров'я,
в яких працював здобувач освіти**

№	Найменування структурного підрозділу (відділення) закладу охорони здоров'я*	Середня тривалість роботи у відділенні від загального часу, передбаченого для виконання індивідуального навчального плану в ЗОЗ	Працював у період з _____ до _____
1			
2			
...			
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; width: 30%; text-align: center;">(ППП наставника/координатора)</div> <div style="border-top: 1px solid black; width: 30%; text-align: center;">(підпис)</div> <div style="border-top: 1px solid black; width: 30%; text-align: center;">(дата)</div> </div>			

**У випадку відрядження здобувача освіти в інший заклад охорони здоров'я для виконання програми практичного навчання на робочому місці та набуття максимального обсягу професійних компетентностей, окрім найменування структурного підрозділу (відділення) закладу охорони здоров'я, вказується найменування закладу охорони здоров'я в якому здобувачу була надана можливість набутти відповідну професійну компетентність*

V. Перелік курованих пацієнтів, їх діагноз

№ та шифр* пацієнта	Діагноз	Вік пацієнта	Найменування ЗОЗ**
<hr/> <i>(ППП наставника/координатора)</i>			<hr/> <i>(підпис)</i>
			<hr/> <i>(дата)</i>

* сформований шифр – номер історії хвороби, що забезпечує дотримання конфіденційної інформації про пацієнта.

** вказується найменування закладу охорони здоров'я, у якому здобувач освіти був у відрядження. Найменування закладу охорони здоров'я в якому здобувач освіти працевлаштований вказувати не обов'язково.

ІХ. Відгук пацієнта та/або його представників

(не обов'язково для заповнення.

У разі надання відгуку, заповнюється пацієнтом або іншою особою від імені пацієнта)

_____ *Власне ім'я та прізвище особи, яка надала відгук*

_____ *дата*

_____ *підпис*

**Директор Департаменту
високотехнологічної медичної
допомоги та інновацій**

Василь СТІЛКА