**Рекомендуемый образец**

**ПОРТФОЛИО**

Фамилия, имя, отчество (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_ ***Власова Екатерина Николаевна*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата получения последнего сертификата специалиста или свидетельства об аккредитации специалиста \_\_\_\_ ***от 06 июля 2014 года*** \_\_\_\_\_\_

Специальность (должность – для лиц с немедицинским образованием), 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) \_\_\_\_\_\_\_***154-562-814-65***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Полное наименование организации, в которой аккредитуемый осуществляет профессиональную деятельность (при наличии) ***Государственное Бюджетное Учреждение Здравоохранения Камчатская краевая больница им. А.С. Лукашевского***

 (указывается в соответствии с данными в едином государственном реестре юридических лиц / едином государственном реестре индивидуальных предпринимателей)

Занимаемая должность (при наличии) \_***медицинская сестра терапевтического отделения*** \_\_

Дата формирования портфолио\_\_\_\_***12.09.2021***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Сведения об освоении программ повышения квалификации.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование программы повышения квалификации | Трудоемкость, часы  | Реквизиты документа оквалификации | Период обучения  | Полное наименование организации, осуществляющей реализацию образовательной деятельности |
| 1  | ***ПК «Сестринское дело в терапии»*** | ***144*** | ***Удостоверение*** ***о повышении*** ***квалификации*** ***№ 254820125476*** | ***07.07.17 -21.07.17*** | ***Государственное бюджетное образовательное учреждение профессионального образования Камчатского края "Камчатский медицинский колледж"*** |

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 | ***VII Межрегиональная научно-практическая конференция*** ***ИОМ «Абдоминальный болевой синдром» (30зет)*** | ***Сертификат № 58100*** |
| 2  | ***«Актуальные вопросы обструктивных заболеваний легких - бронхиальной астмы, ХОБЛ)» (36 зет)*** | ***Удостоверение № 90246*** |

3. Отчет о профессиональной деятельности (мотивированный отказ в согласовании отчёта о профессиональной деятельности на \_\_***6***\_ л.

Аккредитуемый \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***Власова Екатерина Николаевна*** \_\_\_\_

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

 Согласован

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии)

руководителя (уполномоченного заместителя

руководителя) организации), подпись, печать)

**ОТЧЁТ**

о профессиональной деятельности

*Власова Екатерина Николаевна, медицинская сестра терапевтического отделения*

 (фамилия, имя, отчество (при наличии), занимаемая должность (при наличии)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(страховой номер индивидуального лицевого счёта застрахованного лица)

с ***1 февраля 2017 по 1 августа 2022 года***

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

***Государственное Бюджетное Учреждение Здравоохранения Камчатская краевая больница им. А.С. Лукашевского***

 (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***

***Власова Е.Н.***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(личная подпись аккредитуемого)

|  |  |
| --- | --- |
| Сведения об организации, в которой аккредитуемый осуществляет профессиональную деятельность (краткая характеристика организации, отражающая основные направления ее деятельности, ее структура) | ***Камчатская краевая больница, многопрофильное*** ***стационарное учреждение, обслуживающее*** ***население города Петропавловск-Камчатский, Камчатского края.*** ***Круглосуточный стационар на 300 коек, 12*** ***клинических отделений, 16*** ***вспомогательных подразделений.*** |
| Наименование структурного подразделения, в котором аккредитуемый осуществляет профессиональную деятельность, основные задачи и функции указанного структурного подразделения | ***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; оказание консультативной помощи врачам других*** ***отделений стационара по вопросам*** ***диагностики, лечения и профилактики терапевтических заболеваний;******осуществление экспертизы временной*** ***нетрудоспособности; 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  | ***1. Проведение обследования пациентов по назначению врача.******2. Проведение манипуляций пациенту и*** ***контроль их эффективности и*** ***безопасности******3. Проведение и контроль*** ***эффективности мероприятий по*** ***профилактике и формированию здорового*** ***образа жизни и санитарно-гигиеническому*** ***просвещению населения******4. Ведение медицинской документации*** ***и организация деятельности находящего в*** ***распоряжении медицинского персонала******5. Оказание экстренной и неотложной*** ***медицинской помощи пациентам*** |
| Опыт работы, включая анализ профессиональной деятельности за отчетный период  | ***Обследовано за отчетный период 1562******пациента. Из них проведено лабораторных и*** ***инструментальных исследований с******болезнями: кровообращения – 120 человек,*** ***органов дыхания – 42 человека,*** ***заболеваниями системы пищеварения – 31*** ***человек и т.д.*** ***Разработана программа формирования*** ***здорового образа жизни по борьбе с*** ***курением.******Ведение медицинской документации*** ***осуществляется в электронном виде.******Проводилось оказание медицинской помощи*** ***в экстренной форме при остановке дыхания.*** ***Участие в сестринских конференциях больницы.*** |
| Повышение уровня знаний, умений, профессиональных навыков за отчетный период | ***ПК «Сестринское дело в терапии» - 144 часа.*** |
| Выполнение функции наставника (при наличии) | ***Выполняю функции наставника для 2 (двух)*** ***молодых специалистов*** |
| Квалификационная категория, ученая степень (при наличии) | ***Высшая квалификационная категория,*** ***ученой степени не имею*** |
| Предложения по совершенствованию своей профессиональной деятельности | ***Участвовать в научно-практических конференциях.*** |