**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 о  квалификации | 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.*** |