**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ПРАКТИКЕ**

**Помощник врача**

(наименование практики)

по направлению подготовки (специальности)

31.05.01 Лечебное дело

(код, наименование направления подготовки (специальности))

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки (специальности)

Лечебное дело ,

утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 8 от «25» марта 2016

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по практике содержит типовые контрольно-оценочные материалы для контроля сформированных в процессе прохождения практики результатов обучения на промежуточной аттестации в форме зачета.

Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по данному виду практики, определенной в учебном плане ОПОП и направлены на проверку сформированности умений, навыков и практического опыта по каждой компетенции, установленной в программе практики.

В результате прохождения практики у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

*(Для ФГОС 3+)*

1.ОПК-6 готовностью к ведению медицинской документации готовностью к ведению медицинской документации.

2. ПК-11 готовностью к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

3. ПК-5 готовностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания.

 4. ПК-8 способностью к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами.

1. **Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.**

Промежуточная аттестация по практике в форме зачета проводится по зачетным билетам*(в устной форме)*

Вопросы для

**Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации**

*(Расчет дисциплинарного рейтинга по практике осуществляется следующим образом:*

*Рд=Рт+Рб+Рз,*

***Рб -****бонусный фактический рейтинг ;*

***Рд -****дисциплинарные рейтинг;*

***Рз -****зачетный рейтинг;*

***Рт -****текущий фактический рейтинг)*

 *Образец**критериев, применяемых для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации для определения зачетного рейтинга.*

**Критерии оценивания на зачете по практике**

**11-15 баллов.** При отсутствии нарушения сроков сдачи отчетной документации, вся документация оформлена в соответствие с требованиями, положительная характеристика с места практики.  Продемонстрировал высокую активность в ходе практики. На зачете демонстрирует хорошее владение практическими навыками. Ответы на поставленные вопросы излагаются логично, последовательно и не требуют дополнительных пояснений. Полно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Делаются обоснованные выводы. Демонстрируются глубокие знания базовых нормативно-правовых актов. Соблюдаются нормы литературной речи.

**6-10 баллов.** При отсутствии нарушения сроков сдачи отчетной документации, в отчетной документации присутствуют негрубые ошибки и недочеты, свидетельствующие о некотором снижении уровня профессионализма выполнения заданий. Положительная характеристика с места практики. Демонстрация практического навыка с небольшими ошибками, но без грубых нарушений алгоритма. Ответы на поставленные вопросы излагаются систематизировано и последовательно. Материал излагается уверенно. Раскрыты причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируется умение анализировать материал, однако не все выводы носят аргументированный и доказательный характер. Соблюдаются нормы литературной речи.

**3-5 баллов.** Небольшие нарушения сроков сдачи отчетной документации без уважительной причины, в отчетной документации присутствуют ошибки и недочеты, свидетельствующие о снижении уровня профессионализма выполнения заданий. Демонстрация практического навыка с одной/двумя грубыми ошибками. В ответе нарушения в последовательности изложения. Неполно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируются поверхностные знания вопроса, с трудом решаются конкретные задачи. Имеются затруднения с выводами. Допускаются нарушения норм литературной речи.

**0-2 балла.** Документация оформлена с серьезными замечаниями. Отсутствует положительная характеристика с места работы. Материал излагается непоследовательно, сбивчиво, не представляет определенной системы знаний по дисциплине. Не раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Не проводится анализ. Выводы отсутствуют. Ответы на дополнительные вопросы отсутствуют. Имеются заметные нарушения норм литературной речи.

**Практические задания для проверки сформированных умений, навыков, приобретенного практического опыта**

**Вопросы для устного опроса:**

**(модуль терапия)**

1. Алгоритм опроса больного с заболеваниями сердечно-сосудистой деятельности

2. Алгоритм опроса больного с заболеваниями дыхательной системы

3. Алгоритм опроса больного с заболеваниями пищеварительной системы

4.Алгоритм опроса больного с заболеваниями мочевыделительной системы

5. Алгоритм опроса больного с заболеваниями ревматологического профиля

6. Алгоритм опроса больного с эндокринологическими заболеваниями

7. Алгоритмы проведения клинического физикального обследованиябольных (осмотр, пальпация, аускультация) при заболеваниях сердечно-сосудистой деятельности

8. Алгоритмы проведения клинического физикального обследования больных (осмотр, пальпация, аускультация) при заболеваниях дыхательной системы

9. Алгоритмы проведения клинического физикального обследования больных (осмотр, пальпация, аускультация) при заболеваниях пищеварительной системы

10. Алгоритмы проведения клинического физикального обследования больных (осмотр, пальпация, аускультация) при заболеваниях мочевыделительной системы

11. Алгоритмы проведения клинического физикального обследования больных (осмотр, пальпация, аускультация) при заболеваниях ревматологического профиля

12. Алгоритмы проведения клинического физикального обследования больных (осмотр, пальпация, аускультация) эндокринологического профиля

13.Алгоритм лабораторно-инструментальной диагностики у пациентов с подозрением на заболевания сердечно-сосудистой системы

14. Алгоритм лабораторно-инструментальной диагностики у пациентов с подозрением на заболевания дыхательной системы.

15.Алгоритм лабораторно-инструментальной диагностики у пациентов с подозрением на заболевания пищеварительной системы

16.Алгоритм лабораторно-инструментальной диагностики у пациентов с подозрением на заболевания мочевыделительной системы

17.Алгоритм лабораторно-инструментальной диагностики у пациентов при подозрении наревматологического профиля

18.Алгоритм лабораторно-инструментальной диагностики у пациентов при подозрении эндокринологического профиля

19.Алгоритм ведения пациентов с ишемической болезнью сердца

20.Алгоритм ведения пациентов с инфарктом миокарда

21.Алгоритм ведения пациентов с хронической сердечной недостаточностью

22.Алгоритм ведения пациентов с гипертонической болезнью

23.Алгоритм ведения пациентов с бронхиальной астмой

24.Алгоритм ведения пациентов с пневмонией

25.Алгоритм ведения пациентов с ХОБЛ

26.Алгоритм ведения пациентов с язвенной болезнью

27. Алгоритм ведения пациентов с панкреатитом

28.Алгоритм ведения пациентов с гепатитами

29.Алгоритм ведения пациентов с циррозами

30.Алгоритм ведения пациентов с пиелонефритом

31.Алгоритм ведения пациентов с гломерулонефритом

32.Алгоритм ведения пациентов с острым и хроническим лейкозом.

33. Алгоритм ведения пациентов с анемией

34.Алгоритм ведения пациентов с пороками сердца

35.Алгоритм ведения пациентов с ревматойдным артритом

36.Алгоритм ведения пациентов с ревматизмом

37.Принципы патогенетической терапии пациентов с ишемической болезнью сердца

38.Принципы патогенетической терапии пациентов с инфарктом миокарда

39.Принципы патогенетической терапии пациентов с хронической сердечной недостаточностью

40. Принципы патогенетической терапии пациентов с гипертонической болезнью

41.Принципы патогенетической терапии пациентов с бронхиальной астмой

42.Принципы патогенетической терапии пациентов с пневмонией

43.Принципы патогенетической терапии пациентов с ХОБЛ

44.Принципы патогенетической терапии пациентов с язвенной болезнью

45. Принципы патогенетической терапии пациентов с панкреатитом

46.Принципы патогенетической терапии пациентов с гепатитами

47.Принципы патогенетической терапии пациентов с циррозами

48.Принципы патогенетической терапии пациентов с пиелонефритом

49.Принципы патогенетической терапии пациентов с гломерулонефритом

50.Принципы патогенетической терапии пациентов с острым и хроническим лейкозом.

51. Принципы патогенетической терапии пациентов с анемией

52.Принципы патогенетической терапии пациентов с пороками сердца

53.Принципы патогенетической терапии пациентов с ревматойдным артритом

54.Принципы патогенетической терапии пациентов с ревматизмом

55. Алгоритм оказания неотложной помощи при гипертоническом кризе

56. Алгоритм оказания неотложной помощи при комах и острых отравлениях

57.Алгоритм оказания неотложной помощи при острой левожелудочковой недостаточности

58.Алгоритм оказания неотложной помощи при остром коронарном синдроме

59. Алгоритм оказания неотложной помощи при остром нарушении мозгового кровообращения

60. Алгоритм оказания неотложной помощи при приступе бронхиальной астмы

61. Алгоритм оказания неотложной помощи при отеке Квинке

62. Алгоритм оказания неотложной помощи при нестабильной стенокардии

63. Алгоритм оказания неотложной помощи при суставном синдроме

64.Алгоритм реанимационных мероприятий при клинической смерти

65.Алгоритм заполнения оформления историй болезни

66.Алгоритм написания выписного эпикриза

67.Алгоритм карты выбывшего из стационара

68.Алгоритм формулировки и обоснования клинического диагноза

69.Алгоритм ведения пациентов при вирусной пневмонии (в т.ч. COVID)

**Ситуационные задачи для зачета:**

Ситуационная задача № 1.

В приемный покой обратился мужчина с жалобами на давящие загрудинные боли, не купирующиеся нитроглицерином. При внешнем осмотре обращала на себя внимание бледность кожных покровов, акроцианоз, кисти и стопы холодные на ощупь. Тоны сердца приглушены АД 90/60 мм рт.ст. (при рабочем АД 130/80 мм рт.ст.). В легких хрипов нет. Живот не напряжен.

На снятой при поступлении ЭКГ: в отведениях I, аVL, V1-V5 – зубцы QS и подъем STвыше изолинии, периодически появляются ранние экстрасистолы типа «R» на «Т».

Через 15 минут после обращения пациент потерял сознание. Усилился акроцианоз. Тоны сердца сердца глухие, ЧСС 160 в минуту, пульс нитевидный АД 60/40 мм рт.ст. В легких хрипов нет. Живот не напряжен.

На ЭКГ: регистрируется кривая в виде синусойды, невозможно выделить комплексы QRS, сегмент ST, зубец T, хаотичность, нерегулярность и резкая деформация желудочковых волн, которая регистрируется с частотой 250-300 в минуту.

Список вопросов:

1.Какие жалобы больного и данные объективного обследования позволяют заподозрить у больного наличие инфаркта миокарда?

2. О каком заболевании возможно подумать, анализируя пленку ЭКГ при поступлении?

3. Какие дополнительные методы обследования могут подтвердить предполагаемый диагноз(инструментальные и лабораторные)?

4. Назначении каких групп препаратов будет составлять адекватное терапевтическое лечение у данного больного?

5.Основным патогенетическим лечением у данного больного будет являться?

6. Какую неотложную помощь должен оказать врач при наличии изменении на ЭКГ после потери больным сознания?

7.При использовании наркотических препаратов в целях обезболивания и для улучшения параметров гемодинамики какую документацию следует заполнить (напишите рецепт)?

 **Ситуационная задача № 2**

В приемный покой привезли женщину, 45 лет с жалобами на частые и длительные приступы удушья в течение суток, плохое самочувствие в период между приступами, мучительный кашель. Со слов родственников: ранее лечилась у пульмонолога по поводу бронхиальной астмы, периодически принимала ингаляторы, но постоянного лечения не получала. При этом последнее время приступы астмы стали возникать чаще чем один раз в день, а последние показатели ОФВ1 составляли 53%, вариабельность ПСВ составляла более 30%. Неоднократное использование сальбутамола без эффекта, в связи с ухудшением состояния вызвали СМП.

При приезде СМП состояние крайне тяжелое. Больная сильно возбуждена, находится в положениортопноэ. При аускультации легких: мозаичное дыхание (неодинаковость дыхания в различных отделах легких), ,где выслушивается масса сухих свистящих хрипов.При перкуссии легких отмечается наличие коробочного звука. Тоны сердца глухие, ритмичные ЧСС 100 в минуту.АД 110/70 мм рт.ст.Живот мягкий, безболезненный при пальпации.

При поступленнии в приемный покой состояние пациентки изменилось: возбуждение сменилось на торможение. Аускультативно выслушивается «немое легкое»: отсутствие дыхательных шумов при аускультации в определенных участках легкого или в целом легком. Цифры АД снизились до 90/60 мм рт.ст. ЧСС возросло до 130 в минуту. Живот по-прежнему мягкий, безболезненный при пальпации.

Список вопросов:

1.На что указывают жалобы и клиническая картина больного при приезде скорой помощи?

2. О чем свидетельствует изменение жалоб и клинической картины (возникновение «немого легкого» и т.д.) у больного?

3.Какие дополнительные методы могут подтвердить усугубление вентиляционных отношенийу данной больной?

4.Назначение каких групп препаратов составляло бы адекватное терапевтическое лечение у данной больной?

5.Назначение каких групп препаратов является основным патогенетическим лечением у данного больного?

6.Окажите неотложную помощь данному больному.

**Ситуационная задача №3.**

Больная М., 75 лет, обратилась с жалобами на боли в правой половине грудной клетки при дыхании, кашель с отделением слизисто-гнойной мокроты, одышку при незначительной физической физической нагрузке, лихорадку до 38,5 С, выраженную слабость, потливость по ночам. Из анамнеза известно, что заболела остро, с повышением температуры до 38,5 С, появлился сухой кашель, слабость. К врачу не обращалась, принимала жаропонижающие и отхаркивающие препараты. На третий день присоединились боли в грудной клетки справа, связанные с кашлем и глубоким дыханием. Кроме того выяснено, что в течении пяти лет страдает ревматойдным артритом, постоянно принимает ГКС (преднизолон 20 мг), периодически получала лечение цитостатиками.

 При осмотре состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Бледная. Грудная клетка нормостенического типа, справа отстает в акте дыхания, голосовое дрожание и бронхофония над S8-10 справа усилены.Перкуторно над нижней долей правого легкого определяется укорочение перкуторного звука, здесь же локально выслушивается бронхиальное дыхание, звучные мелкопузырчатые хрипы, шум трения плевры. ЧДД 24 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные АД 100/70 мм рт.ст. Пульс 110 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный.

 Результаты обследования.ОАК:Hb -112 г/л, лейкоциты – 3,8 х 10/л, э-2%, п-12%, с-70%, л-12%, м-4%,СОЭ-52 мм/час. Биохимический анализ крови: сахар 5,2 ммоль/л; мочевина-9,6 ммоль/л; биллирубин общий-15,7 ммоль/л; АЛАТ -72 ед/л; АСАТ – 80 ед/л; ревматойдный фактор – 612; ПТИ-115%. Анализ мокроты: светлая, слизисто-гнойная.КУМ не обнаружены.Лейкоциты 20-30 (с/я-89%, л-11%). Тяжи слизи, клетки плоского эпителия без изменени.й, макрофаги-2-3. Микробиологическое исследование грудной клетки: справа в нижнем поясе обширная негомогенная инфильтрация легочной ткани без четких границ. Слева в плевральной полости небольшое скопление выпота. Тень сердца расположена срединно.

1.Какие жалобы больного и данные объективного обследования позволяют заподозрить у больного наличие пневмонии?

2. О каком заболевании возможно подумать, анализируя рентгенограмму легких?

3. Какие основные и какие дополнительные методы обследования подтверждают предполагаемый диагноз?

4. Тактика ведения больного в отношении госпитализации и назначения медикаментозного лечения?

5.Назначение каких групп препаратов является основным патогенетическим лечением у данного больного?

6.Окажите неотложную помощь больному

7. Какую документацию должен заполнить врач при впервые выявленной внебольничной пневмонии?

Ситуационная задача № 4

Больная Д., 32 года, поступила в стационар с жалобами на боль в коленных, лучезапястных, плечевых суставах (боль носит «мигрирующий», «летучий» характер), сердцебиение, одышку при физической нагрузке (быстрая ходьба, подъем на 2-й этаж по лестнице)

Из анамнеза известно, что 14 дней назад он переболел ангиной.

При осмотре: состояние средней степени тяжести, температура 37,8С.Контуры коленных, лучезапясных суставов сглажены, температура тела над ними повышена, движения ограничены из-за болей и припухлости. Плечевые суставы внешне не изменены, на ощупь горячие, движение ограничены из-за болевого синдрома. Миндалины увеличены в объеме, гиперемированы, рыхлые, в криптах гнойные пробки. Перкутрно над легкими ясный легочный звук. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 17 в минуту. Границы относительной сердечной тупости представлены в таблице.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Межреберье | Справа | Слева |
| II | По краю грудины | На 1,5 см кнаружи от края грудины |
| III | На 0,5 см кнаружи от края грудины  | На 0,5 см кнутри от среднеключичной линии |
| IV | На 1,0 см кнаружи от края грудины | По среднеключичной линии |
| V |  | На 1,5 см кнаружи от среднеключичной линии |

Тоны сердца приглушены, на верхушке выслушивается дующий систолический шум. Шум не меняется при перемене положения тела, хорошо проводится в левую подмышечную область. Число сердечных сокращений 100 в минуту, ритм правильный, АД- 120/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Отеков нет.

Результаты обследования: ОАК: Hb-128 г/л, эритроциты-3,8 х 10 12/л, ЦП-0,9, тромбоциты – 280 х 109/л, лейкоциты -11,5 х 109/л, нейтрофилы п/ядерные – 17%, сегментоядерные – 63%, моноциты – 5%, лимфоциты – 15%, СОЭ-35 мм/ч.Биохимические показатели крови: билирубин общий: 16,6 мкмоль/л, АЛАТ – 18 ед/л, АСАТ- 16 ед/л, мочевина – 6,12 ммоль/л, креатинин- 60 мкмоль/л, общий белок – 75 г/л, фибриноген – 5,7 г/л, С-реактивный белок +++, АСЛО – 1:340 Ед, АСТ -1:750 Ед .

Вопросы:

1Наличие жалоб больного и данные объективного обследования позволяют заподозрить у больного наличие ревматической болезни сердца?

2. О каком заболевании возможно подумать, анализируя анамнез заболевания и данные объективного обследования при поступлении?

3. Какие дополнительные методы обследования могут подтвердить предполагаемый диагноз(инструментальные и лабораторные)?

4. Назначении каких групп препаратов будет составлять адекватное терапевтическое лечение у данного больного?

5.Основным патогенетическим лечением у данного больного будет являться?

6. Какую неотложную помощь должен оказать врач при декомпенсации сердечной деятельности (возникновении левожелудочковой недостаточности)?

7.При использовании наркотических препаратов для разгрузки малого круга кровообращения какую документацию следует заполнить (напишите рецепт)?

**Ситуационная задача № 5.**

В приемный покой привезли женщину, 32 лет, с жалобами на быструю утомляемость, одышку, сердцебиение, возникающее при выполнении домашней работы, беспричинные синяки на теле, кровоточивость десен.Ухудшение состояния отмечает в течении последних 2-х месяцев.Из перенесенных заболеваний отмечает частые ОРЗ, ангины. В акушерскоманамненезе: месячные регулярные, необильные, беременностей – 2, родов -2.
Объективно: общее состояние средней степени тяжести, нормостенический тип телосложения. Кожный покров и видимые слизистые бледные. На передней поверхности грудной клетки петехиальные высыпания, на верхних и нижних конечностях геморрагии от 0,5 до 3 см в диаметре различной давности.На слизистой ротовой полости множественные геморрагии. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, систолический шум на верхушке, ЧСС-100 в минуту, АД -90/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени, селезенки не увеличены.Диурез в норме. Отеков нет.

В ОАК: Hb-38 г/л, эр.1,5х 1012, ЦП-0,9, МСV-80, МСH-27, лейк. – 2,2 х 109/л, нейтрофилы п/ядерные-4%, с/ядерные- 36%, моноциты-5%, эозинофилы 3%, базофилы 2%, лимфоциты-50%, СОЭ-28 мм/час; железо сыворотки-16 мкг/дл.Ретикулоциты-2%.ОАК: без патологии.Анализ кала: без патологии.Миелограмма: клеточность снижена, бласты-3,2%, гранулоцитный, эритройдный, мегакариоцитарный ростки угнентены, лимфоциты -20%.

1Наличие жалоб больного и данные объективного обследования позволяют заподозрить у больного наличие апластической анемии?

2. О каком заболевании возможно подумать, анализируя анамнез заболевания и данные объективного обследования при поступлении?

3. Какие дополнительные методы обследования могут подтвердить предполагаемый диагноз(инструментальные и лабораторные)?

4. Назначении каких групп препаратов будет составлять адекватное терапевтическое лечение у данного больного?

5.Основным патогенетическим лечением у данного больного будет являться?

6. При необходимости экстренного переливания у больного возникла необходимость экстренно определить группу крови. При определении групп крови использовались цоликлоны анти-А и анти-В, путем выявления антигенов А и В в эритроцитах стандартными антителами, содержащимися в цоликлонах. Если реакция агглютинации наступила с анти-А цоликлоном (красного цвета), содержащие АТ к агглютиногенам эритроцитов при отсутствии агглютинации в с анти-В цоликлоном (синего цвета), то исследуемая кровь вероятно будет относится к группе?

7.Составьте протокол переливания эритромассы (какие разделы он содержит)?

**Ситуационная задача №6**

В отделение пульмонологии госпитализована больная К., 70 год, с жалобами на интенсивный кашель с отделением большого количества вязкой гнойной мокроты, одышку смешанного характера при незначительной физической нагрузке, усиливающуюся в горизонтальном положении, приступ экспираторного удушья в ночное время, повышение температуры тела до 38С, слабость, усталость, нарушение сна.

Из анамнеза выяснено, что на протяжении 30 лет курит до 1,5 пачки сигарет в сутки. В течении последних 25 лет отмечает малопродуктивный кашель, иногда возникающий в ночное время, усиливающийся в холодную и дождливую погоду. Около 10 лет назад появилась одышка экспираторного характера при умеренной физической нагрузке. С этого времени ежегодно на фоне вирусной инфекции отмечает усиление кашля и увеличение продукции мокроты. Мокрота становится желто-зеленого цвета, иногда с появлением неприятного запаха, откашливается с трудом. В связи с этим неоднократно находилась на стационарном лечении. Получала антибактериальную терапию, регулярно принимала бронхолитические препараты, муколитики, физиотерапевтическое лечение. Даанное ухудшение длятся около недели.Вышеперечисленные жалобы появились на фоне переохлаждения.Больная госпитализирована в отделение пульмонологии.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожный покров бледно-розовый, повышенной влажности, чистый, горячий на ощупь.Температура тела-37,8С.Повышенного питания.Частота дыхания-25 в минуту. Грудная клетка эмфизематозноя.Над легкими перкуторно-легочный звук с коробочным оттенком.При аускультации легких –везикулярное дыхание с жестким оттенком, масса сухих рассеянных хрипов по всем легочным полям, слышных на расстоянии, фаза выдоха удлинена. Границы относительной тупости не изменены. Тоны сердца ритмичные, приглушены.ЧСС98 в минуту. АД 130/80 мм рт ст.

Результаты обследования: ОАК: Hb-128 г/л; эр.-3,08 х 10 12/л; лейкоциты -12,7 х 109/л; э-4%, п-12%, с-62%, л-20%, м-2%; СОЭ-46 мм/час. Общий анализ мокроты: характер- гнойный, консистенция- вязкая. КУМ не обнаружены. Лейкоциты – 40-50 в поле зрения (с/я 91%, л-9%).Тяжи слизи, дегенеративные изменения в клетках плоского эпителия, коккобациллярная микрофлора, макрофаги-6-10. Микробиологическое исследование мокроты: выделена H.influenzae. Спирометрия: ОФВ1-65%, ОФВ1/ФЖЕЛ-68% от должных величин. ЭКГ: синусовая тахикардия, ЧСС -105 в минуту. Рентгенография: легочные поля без видимых очаговых и инфильтративных изменений. Легочный рисунок усилен, деформирован по мелкоячеистому типу. Легочные поля повышенной прозрачности. Корни малоструктурны, не расширены. В нижних поясах с обеих сторон участки фиброзных изменений. Синусы свободные.Тень средостения расположена срединно. ФБС: признаки 2-стороннего гнойного эндобронхитаII-III ст. активности воспаления.

Список вопросов:

1.Какие жалобы больного и данные объективного обследования позволяют заподозрить у больного наличие ХОБЛ?

2. О каких заболеваниях возможно подумать, анализируя ФВД больного?

3. Какие дополнительные методы обследования могут подтвердить предполагаемый диагноз(инструментальные и лабораторные) ?

4. Назначении каких групп препаратов будет составлять адекватное терапевтическое лечение у данного больного?

5.Основным патогенетическим лечением у данного больного будет являться?

6. Какую неотложную помощь должен оказать врач при усугублении дыхательной недостаточности у данного больного?

**Образец зачетного билета**

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра факультетской терапии и энокринологии

направление подготовки (специальность) Лечебное дело

практика Помощник врача

**ЗАЧЕТНЫЙ  БИЛЕТ № 1.**

**I.модуль терапия**

**I.**Алгоритм опроса больного с заболеваниями сердечно-сосудистой деятельности

**II.**Алгоритм ведения пациентов с анемией

**III.**Решите ситуационную задачу:

 В приемный покой обратился мужчина с жалобами на давящие загрудинные боли, не купирующиеся нитроглицерином. При внешнем осмотре обращала на себя внимание бледность кожных покровов, акроцианоз, кисти и стопы холодные на ощупь. Тоны сердца приглушены АД 90/60 мм рт.ст. (при рабочем АД 130/80 мм рт.ст.). В легких хрипов нет. Живот не напряжен.

На снятой при поступлении ЭКГ: в отведениях I, аVL, V1-V5 – зубцы QS и подъем STвыше изолинии, периодически появляются ранние экстрасистолы типа «R» на «Т».

Через 15 минут после обращения пациент потерял сознание. Усилился акроцианоз. Тоны сердца сердца глухие, ЧСС 160 в минуту, пульс нитевидный АД 60/40 мм рт.ст. В легких хрипов нет. Живот не напряжен.

На ЭКГ: регистрируется кривая в виде синусойды, невозможно выделить комплексы QRS, сегмент ST, зубец T, хаотичность, нерегулярность и резкая деформация желудочковых волн, которая регистрируется с частотой 250-300 в минуту.

Список вопросов:

1.Какие жалобы больного и данные объективного обследования позволяют заподозрить у больного наличие инфаркта миокарда?

2. О каком заболевании возможно подумать, анализируя пленку ЭКГ при поступлении?

3. Какие дополнительные методы обследования могут подтвердить предполагаемый диагноз(инструментальные и лабораторные)?

4. Назначении каких групп препаратов будет составлять адекватное терапевтическое лечение у данного больного?

5.Основным патогенетическим лечением у данного больного будет являться?

6. Какую неотложную помощь должен оказать врач при наличии изменении на ЭКГ после потери больным сознания?

7.При использовании наркотических препаратов в целях обезболивания и для улучшения параметров гемодинамики какую документацию следует заполнить (напишите рецепт)?

Зав. каф.фак. терапии и эндокринологии Сайфутдинов Р.И.

Декан лечебного факультета Лященко  С.Н.

 «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_

**Перечень дидактических материалов для обучающихся на промежуточной аттестации.**

*(Раздел приводится при условии, когда на промежуточной аттестации обучающиеся используют дидактические материалы. Перечисляются нормативные- правовые документы, справочная литература, наглядные средства обучения, таблицы, схемы и т.д., которыми может пользоваться обучающийся на промежуточной аттестации)*

**Таблица соответствия результатов обучения по практике и оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации.**

*(заполняется для практик по ФГОС 3+)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №  | Проверяемая компетенция  | Дескриптор  | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания)  |
| 1  | ОПК-6 готовностью к ведению медицинской документации  | **Уметь** использовать нормативную документацию | Вопросы для устного опроса: 65-68 |
| Владеть навыками заполнения медицинской документации | Ситуционная задача №1(вопрос №7) Ситуационная задача №3 (вопрос № 7)Ситуационная задача № 4 (вопрос №7)Ситуационная задача № 5 (вопрос №7) |
| Иметь практический опыт заполнения истории болезни, включая работу в ЕГИС, амбулаторной карты беременной и т.д., а также листа назначений больного, протоколов переливания крови, оформления экстренных извещений. | Анализ дневника практики  |
| 2  | ПК-5 готовностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания  | Уметь определить статус пациента: провести опрос больного со сбором анамнеза, первичное физикальное обследование, лабораторно-инструментальное обследование, наметить объем дополнительных исследований в соответствии с диагнозом болезни для уточнения диагноза и получения достоверного результата (ЭКГ, рентгенологические методы исследования, УЗИ методы, гистологиия и т.д.) | Вопросы для устного опроса: 1-18 (модуль терапия) |
| Владеть навыками получения исчерпывающей информации от больного,анализа жалоб пациента, данных его анамнеза, применения объективных методов клинического обследования, выявлением общих и специфических признаков заболевания, оценкой тяжести состояния пациента , анализа результатов лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания | Ситуационная задача № 1,2,3,4,5,6 (вопрос №1,2,3) |
|  Иметь опыт оценки жалоб и анамнеза заболевания,данных клинического осмотра, а также ЭКГ, ренгенологических и ультразвуковых методов обследования с акцентом на выявление у больного заболеваний. | Отчет по практике.Представление дневника практики. |
| 3  | ПК-8 способностью к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами  | Уметь сформулировать показания к избранному методу лечения заболеваний внутренних органов с учетом этиотропных и патогенетических средств; обосновывать принципы патогенетической терапии наиболее распространенных заболеваний. | Вопросы для устного опроса:19-54, 69 |
| Владеть навыками назначения больным адекватного терапевтического лечения в соответствии с выставленным диагнозом  | Ситуационная задача № 1,2,3,4,5,6 (вопрос № 4,5) |
| Иметь практический опыт определеления тактики ведения больного в зависимости от полученных данных ЭКГ, ренгенологического и лабораторно-инструментального методов диагностики, данных кличического осмотра и жалоб больного | Анализ дневника практики  |
| 4  |  ПК-11 готовностью к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства  | Уметь оказывать первую врачебную помощь при неотложных и угрожающих состояниях, проводить интенсивную терапию; противошоковые мероприятия,  проводить реанимационные мероприятия при возникновении клинической смерти. | Вопросы для опроса13-36 |
| Владеть навыками оказания первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях посредством медикаментозного или иного вмешательства(дефибриллятором), а также при отсутствии необходимого оборудования. | Ситуационная задача 1,2,3,4,5,6 (вопрос № 6  |
| Иметь опыт оценки ЭКГ, ренгенологических и ультразвуковых методов обследования с акцентом на выявление состояний, требующих срочного медицинского вмешательства и опыт оказания такого вмешательства больным | Анализ дневника учебной практики  |

1. **Методические рекомендации по применению балльно-рейтинговой системы на практике.**

В рамках реализации балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений обучающихся по практике определены правила формирования:

* текущего фактического рейтинга обучающегося;
* бонусного фактического рейтинга обучающегося.

**Правила формирования текущего фактического рейтинга обучающегося по практике**

Текущий фактический рейтинг по практике обучающегося формируется в результате текущего контроля в ходе практики посредством проведения анализа выполнения обязательных практических навыков.

Бонусный фактический рейтинг по практике обучающегося является результатом оценки выполнения факультативных навыков в ходе практики.

Подходы к формированию текущего фактического рейтинга по практике и бонусного фактического рейтинга по практике обучающегося единые для всех видов практик и осуществляются по шкале от 1 до 70 и по шкале от 1 до 15 соответственно.

Расчет текущего фактического рейтинга по практике и бонусного фактического рейтинга по практике обучающегося осуществляется автоматически по завершении обучающимся работы над отчетом в Информационной системе Университета и доступен для преподавателя при проведении промежуточной аттестации.

Текущий фактический  рейтинг по практике формируется на основании суммарного коэффициента овладения обязательными навыками (далее – суммарный коэффициент), который рассчитывается по формуле 1.

фактическое значение / плановое значение = суммарный коэффициент  (1),

где

фактическое значение -  общее количество проделанных обучающимся обязательных манипуляций или практических действий за время практики, предусмотренных отчетом по практике;

плановое значение - общее количество запланированных обязательных для выполнения во время практики манипуляций или практических действий, предусмотренных отчетом по практике;

суммарный коэффициент- отношение фактически выполненных обучающимся и запланированных для выполненных манипуляций или практических действий в рамках программы практики.

Текущий фактический  рейтинг по практике приравнивается к

* 70 баллам, если суммарный коэффициент больше 0,9 и меньше или равен 1;
* 65 баллам, если суммарный коэффициент больше 0,8 и меньше или равен 0,9;
* 60 баллам, если суммарный коэффициент больше 0,7 и меньше или равен 0,8;
* 0 баллов, если суммарный коэффициент меньше или равен 0,7.

Бонусный фактический рейтинг по практике формируется на основании бонусного коэффициента, который рассчитывается по формуле 2.

(суммарный коэффициент + количество факультативных навыков) / плановое значение                                                                                                                           (2),

где

количество факультативных навыков – количество выполненных за время практики необязательных манипуляций или практических действий в рамках программы практики;

 Бонусный фактический  рейтинг по практике приравнивается к

* 15 баллам, если полученный бонусный коэффициент больше 2;
* 10 баллам, если полученный бонусный коэффициент больше или равен 1,5 и меньше или равен 1,9;
* 5 баллам, если полученный бонусный коэффициент больше или равен 1,1 и меньше или равен 1,4;
* 0 баллам, если полученный бонусный коэффициент меньше 1,1.

При расчете дисциплинарного рейтинга по практике в качестве текущего стандартизированного рейтинга применяется значение текущего фактического рейтинга, а в качестве бонусного стандартизированного применяется значение бонусного фактического рейтинга.

Правила перевода дисциплинарного рейтинга по практике в пятибалльную систему.

|  |  |
| --- | --- |
| **дисциплинарный рейтинг по БРС**   | **оценка по практике**  |
| дифференцированный зачет  | зачет  |
| 91– 100 баллов  | 5 (отлично)  | зачтено  |
| 71 – 89 баллов  | 4 (хорошо)  | зачтено  |
| 65–70 баллов  | 3 (удовлетворительно)  | зачтено  |
| 64 и менее баллов  | 2 (неудовлетворительно)  | не зачтено  |