



ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России
Институт стоматологии
Лаборатория симуляционных технологий в стоматологии
Кафедра ортопедической стоматологии

ЛИСТ УЧЕТА
ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ
по практике
«Помощник врача - стоматолога - ортопеда»

студента _____ группы

фамилия

имя

отчество

преподаватель

2024 – 2025 уч. год

№ п/п	Процедуры	Число процедур	Освоение		
			Оценка	Дата	Подпись
1.	Снятие оттиска альгинатным материалом	2			
2.	Отливка вспомогательных гипсовых моделей	1			
3.	Изготовление восковых прикусных шаблонов на моделях челюстей	1			
4.	Создание силиконового шаблона для изготовления временных коронок	1			
5.	Изготовление временных коронок	1			
6.	Перебазировка временных коронок	1			
7.	Ретракция десны	1			
8.	Заполнение медицинской карты ортопедического пациента	1			
Проведено ВСЕГО процедур из 9:					

Допущен(а) к экзамену (дата, подпись) _____

№ п/п	Процедуры	Число процедур	На чём/ком проводится отработка навыков	семестр
1.	Снятие оттиска альгинатным материалом	2	Пациент/студент	6
2.	Отливка вспомогательных гипсовых моделей	1	Оттиск	6
3.	Изготовление восковых прикусных шаблонов на моделях челюстей	1	Гипсовые модели челюстей с частичной адентией	6
4.	Создание силиконового шаблона для изготовления временных коронок	1	Пациент/модели челюстей	6
5.	Изготовление временных коронок	1	Пациент/модели челюстей	6
6.	Перебазировка временных коронок	1	Пациент/модели челюстей	6
7.	Ретракция десны	1	Пациент/модели челюстей с искусственной десной	6
8.	Заполнение медицинской карты ортопедического пациента	1	Бумажный носитель	6

Код формы по ОКУД _____	Код учреждения по ОКПО _____
-------------------------	------------------------------

Министерство здравоохранения России		Медицинская документация
Название учреждения		Форма № 043/у
Стоматологическая клиника		Утв. приказом Минздрава СССР от 04.10.80 г. № 1030

Медицинская карта стоматологического больного

№ _____ 20____ г.

Фамилия, имя, отчество _____

Пол (м., ж.) _____ Возраст _____

Адрес _____

Профессия _____

Диагноз _____

Жалобы _____

Перенесенные и сопутствующие заболевания _____

Развитие настоящего заболевания _____

УВАЖАЕМЫЙ ПАЦИЕНТ!

На процесс лечения у стоматолога могут оказать влияние общие заболевания, поэтому просим Вас внимательно заполнить эту анкету.

Мы гарантируем, что сведения, указанные Вами в анкете, будут использованы только для подбора лечения с учетом Вашего здоровья и не будут доступны посторонним лицам.

АНКЕТА

(заполняется пациентом)

О своем здоровье сообщаем следующее: последнее посещение врача-стоматолога (указать месяц и год) _____

1. Аллергия (лекарственная, пищевая, другие) _____

Симптомы _____

Чем купируется приступ _____

2. Группа крови _____ Резус-фактор _____

3. Страдаете ли Вы заболеваниями:

– сердца (стенокардия, сердцебиение, одышка) _____

– почек _____

– печени _____

– желудочно-кишечного тракта _____

– легких (бронхиальная астма) _____

4. Страдаете ли Вы:

– повышенным артериальным давлением _____

– пониженным артериальным давлением _____

5. Бывают ли у Вас припадки, обмороки, головокружение ... _____

6. Длительные кровотечения после порезов _____

7. Диабет _____

8. Беременность _____

9. Принимаемые лекарства (указать) _____

10. Были ли у вас травмы головы _____

11. Перенесенный гепатит _____

12. СПИД, венерические заболевания _____

13. Периодически возникающие язвы полости рта, герпес _____

14. Бруксизм (ночное скрежетание зубами) _____

15. Заболевания гайморовых пазух _____

16. Употребляете ли Вы наркотики _____

17. Курите ли Вы _____

18. _____

19. _____

Я искренне ответил(а) на все пункты анкеты, хочу дополнительно сообщить о состоянии своего здоровья следующее:

Мне известно, что только в случае обязательных профилактических осмотров (1 раз в 6 месяцев) можно рассчитывать на определенный срок результатов лечения, протезирования. Я знаю, что в случае приема лекарственных препаратов до начала приема стоматолога должен(на) сообщить врачу об этом.

« _____ » _____ 20__ года

Подпись пациента _____

[illegible]

Состояние слизистой оболочки полости рта, десен, альвеолярных отростков и нёба _____

Для проведения отработки навыков требуются:

- гипсовые модели челюстей с частичной адентией
- модели челюстей со сменными искусственными зубами
- наборы искусственных зубов
- фрезы и полиры для прямого наконечника
- альгинатный оттискной материал
- силиконовый оттискной материал С-класса
- пластмасса для изготовления искусственных коронок в клинике
- супергипс
- гипс зуботехнический
- воск зуботехнический базисный
- прямые наконечники
- оттисковые ложки металлические
- шпатели по воску зуботехнические
- шпатели для замешивания оттискного материала и гипса
- шпатели стоматологические
- блоки для замешивания оттискного материала
- модели челюстей с искусственной десной
- ретракционные нити без пропитки 00, 000
- корд-пакеры
- гладилки тонкие стоматологические №1
- экскаваторы стоматологические №1