

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД  
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»  
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я  
ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ

**П А С П О Р Т**  
**бази стажування лікарів-інтернів**

1. Назва закладу вищої медичної освіти \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

(Назва департаменту / управління охорони здоров'я, якому підпорядкована лікувальна база)

3. \_\_\_\_\_

(Повна назва бази)

4. \_\_\_\_\_

(Адреса)

5. Прізвище, ім'я, по батькові головного лікаря \_\_\_\_\_

6. Прізвище, ім'я, по батькові відповідального за проведення інтернатури \_\_\_\_\_

7. Керівники інтернів:

прізвище, ім'я, по батькові; спеціальність; загальний стаж роботи; стаж по спеціальності;  
вчена ступінь та звання; кваліфікаційна категорія \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. З яких спеціальностей може проводитись навчання інтернів \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. Кількість інтернів, яку можна підготувати на базі \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10. Загальна характеристика установи: перелік відділень із вказанням кількості ліжок в кожному; наявність рентген-кабінетів, кабінетів функціональної діагностики, біохімічних, клінічних та інш. лабораторій; наявність патологоанатомічного відділення, поліклінічного, перелік дільниць, відділень та кабінетів \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

11. Детальна характеристика відділень, в яких здійснюватиметься підготовка інтернів: обсяг роботи (контингент хворих, об'єм оперативних втручань, обстеження та лікування хворих), обладнання відділень, наявність спеціалізованих відділень, палат, ліжок:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

12. Можливість виділення приміщень для проведення занять з інтернами на базі стажування:

---

---

13. Можливість забезпечення інтернів житловою площею: \_\_\_\_\_

---

14. Доповнення: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

Головний лікар \_\_\_\_\_

Представник вищого навчального закладу освіти \_\_\_\_\_

Представник департаменту охорони здоров'я \_\_\_\_\_

Дата обстеження «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ р.