Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
Wydział Lekarsko-Stomatologiczny
ul. Krakowska 26, 50-425 Wrocław
tel. 71 784 03-56

Imię i nazwisko studenta:.....

Nr albumu:.....

Program praktyki zawodowej na rok akademicki 2022/2023

wg standardów kształcenia z dnia 26 lipca 2019 r. (Dz. U. z 2019r. poz.1573)

kierunek: lekarsko-dentystyczny, rok studiów: I, wymiar praktyk: 4 tygodnie, 120 godzin

Praktyka w zakresie organizacji ochrony zdrowia (2 tygodnie) oraz na oddziale chirurgii ogólnej, chorobach wewnętrznych lub chirurgii szczękowo-twarzowej (2 tygodnie).

1. **Cel praktyki zawodowej:**
   praktyczne doskonalenie umiejętności zawodowych uzyskanych w toku realizacji przedmiotów kierunkowych.
2. **Wykaz umiejętności praktycznych:**

Wykaz umiejętności	Potwierdzenie odbycia praktyki zawodowej
Miejsce realizacji praktyki: w szpitalach klinicznych lub oddziałach szpitalnych zespołów opieki zdrowotnej 1.Zaznajomienie się ze strukturą szpitala i oddziału. 2.Czynności administracyjne związane z obsługą chorych (przyjęcia, wypisy, przenoszenia). 3.Sprawy zaopatrzenia oddziału (żywność, leki, sprzęt). 4.Pomoc w karmieniu chorych. 5.Obsługa sanitarno – higieniczna chorych (słanie łóżek, toaleta chorych). 6.Mierzenie tętna, temperatury, ciśnienia krwi. 7.Pomoc przy podawaniu leków. 8.Pomoc w przygotowaniu narzędzi, strzykawek – technika sterylizacji, pojęcie septyki i antyseptyki. 9.Nauka i wykonywanie zastrzyków podskórnych i domięśniowych. 10.Pomoc przy zabiegach lekarskich. 11.Prowadzenie chorych na badania. 12.Udział w obchodach lekarskich. 13.Udział i pomoc w badaniach konsultacyjnych pacjentów.	W terminie od ..... do..... 2023 r. w: ..... (pieczęć Podmiotu) Opiekunem praktyki zawodowej z ramienia Podmiotu był/a: .... data, pieczęć, podpis osoby odpowiedzialnej za nadzór nad praktyką z ramienia Podmiotu

Zaliczam praktykę zawodową po I roku studiów w roku akademickim 2022/2023

.....
Data i podpis opiekuna praktyk UM

Program praktyki zgodny ze standardami nauczania

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
LEKARSKO-STOMATOLOGICZNY
prof. dr n. [illegible] Mikulewicz

.....
data i podpis Dziekana Wydziału

Wypełnia student:

Oświadczam, iż zostałem poinformowany o konieczności posiadania:

a) ubezpieczenia od NNW, OC,
b) zaświadczenia o szczepieniu przeciw WZW typu B,
c) aktualnego zaświadczenia o przeprowadzeniu badań lekarskich do celów sanitarno-epidemiologicznych,
d) obowiązującej dokumentacji niezbędnej do zaliczenia praktyki,
e) ochronnego ubrania medycznego (fartuch, obuwie zmienne, okulary ochronne),
f) identyfikatora wykonanego przez studenta we własnym zakresie, zgodnie ze wzorem wymaganym przez Uczelnię.

Potwierdzam odbiór programu praktyki zawodowej.

.....

podpis studenta