

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 2019 r. poz.1573) z późn. zm.

zatwierdzony Uchwałą Senatu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu nr 2062 z dnia 23 września 2019 r.

kierunek: lekarski, rok studiów: I, wymiar praktyk: 4 tygodnie, 120 godzin

przedmiot/zakres praktyki: praktyka z zakresu opieki nad chorym

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. poznanie systemu organizacyjnego szpitala, 2. zaznajomienie studenta z rolą pielęgniarki w procesie pielęgnowania i leczenia pacjenta, 3. zdobycie umiejętności wykonywania podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych (mierzenie temperatury, tętna, ciśnienia krwi, liczby oddechów, technika stania łóżka i zmiany pościeli, toaleta chorego, obsługa sanitarna, karmienie chorych, przygotowanie leków do podania chorym), 4. nabycie umiejętności wykonywania wstrzyknięć podskórnych i domięśniowych oraz przygotowanie kroplówki dożylniej, 5. zapoznanie się z pracą w gabinetach zabiegowych, w tym samodzielne wykonywanie wstrzyknięć podskórnych, śródskórnych i domięśniowych oraz testów mających na celu sprawdzenie wrażliwości na leki i interpretowanie wyników tych testów, 6. opanowanie sposobu przygotowania materiałów opatrunkowych i narzędzi chirurgicznych do sterylizacji.	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

Program praktyki zgodny ze standardami nauczania

12 -01- 2023

prof. dr hab. Andrzej Hendrich

data i podpis Dziekana Wydziału

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

.....
Data i podpis opiekuna praktyk z Uczelni

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

Ankieta oceny podmiotu, w którym realizowano praktykę

Nazwa podmiotu, w którym realizowano praktykę:					
Rok studiów:	☐ I	☐ II	☐ III	☐ IV	☐ V
Praktyka w zakresie: ☐ opieki nad chorym ☐ podstawowej opieki zdrowotnej ☐ pomocy doraźnej ☐ chorób wewnętrznych ☐ intensywnej terapii ☐ chirurgii ☐ pediatrii ☐ ginekologii i położnictwa					
Okres odbywania praktyki: od do					
Ocena w skali od 1 do 5, gdzie 1 – najniższa, 5 - najwyższa					
W jakim stopniu praktyka umożliwiła doskonalenie umiejętności zawodowych?	1	2	3	4	5
W jakim stopniu praktyka umożliwiła osiągnięcie celów przewidzianych w programie?	1	2	3	4	5
W jakim stopniu praktyka umożliwiła osiągnięcie efektów uczenia się przewidzianych dla praktyk zawodowych?	1	2	3	4	5
Czy jednostka przyjmująca zapewniła właściwe warunki odbywania praktyki?	1	2	3	4	5
Czy jednostka zapewniła dostęp do wyposażenia medycznego koniecznego do realizacji praktyki?	1	2	3	4	5
Jaka była efektywność wykorzystania czasu na realizację zadań praktyki?	1	2	3	4	5
Proszę określić stopień satysfakcji z odbytej praktyki	1	2	3	4	5
UWAGI:					

Ankieta oceny praktykanta/praktykantki

Imię i nazwisko studenta/teki:													
Rok studiów: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V													
Praktyka w zakresie: <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>☐ opieki nad chorym</td> <td>☐ intensywnej terapii</td> </tr> <tr> <td>☐ podstawowej opieki zdrowotnej</td> <td>☐ chirurgii</td> </tr> <tr> <td>☐ pomocy doraźnej</td> <td>☐ pediatrii</td> </tr> <tr> <td>☐ chorób wewnętrznych</td> <td>☐ ginekologii i położnictwa</td> </tr> </table>						☐ opieki nad chorym	☐ intensywnej terapii	☐ podstawowej opieki zdrowotnej	☐ chirurgii	☐ pomocy doraźnej	☐ pediatrii	☐ chorób wewnętrznych	☐ ginekologii i położnictwa
☐ opieki nad chorym	☐ intensywnej terapii												
☐ podstawowej opieki zdrowotnej	☐ chirurgii												
☐ pomocy doraźnej	☐ pediatrii												
☐ chorób wewnętrznych	☐ ginekologii i położnictwa												
Okres odbywania praktyki: od do													
Imię i nazwisko opiekuna praktyki w miejscu odbywania praktyk:													
Ocena w skali od 1 do 5, gdzie 1 – najniższa, 5 - najwyższa													
Przygotowanie teoretyczne (stan wiedzy)	1	2	3	4	5								
Opanowanie umiejętności praktycznych	1	2	3	4	5								
Relacje z personelem medycznym	1	2	3	4	5								
Komunikacja z pacjentami	1	2	3	4	5								
Aktywność, wykazywanie inicjatywy własnej	1	2	3	4	5								
Punktualność, rzetelność wykonywania powierzonych zadań	1	2	3	4	5								
Data, podpis, pieczętka opiekuna praktyki													
UWAGI:													