

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 póź. zm.

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

kierunek: lekarski, rok studiów: II, wymiar praktyk łącznie 120 godzin, przedmiot/zakres praktyki:

3 tygodnie (90godz.) – praktyka w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (medycyna rodzinna),

1 tydzień (30 godz.) – praktyka w zakresie pomocy doraźnej.

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

Wykaz umiejętności	Poświadczenie odbycia praktyki zawodowej
Miejsce realizacji praktyki: w przychodni lub ośrodku zdrowia lub praktyce lekarza rodzinnego Praktyka w zakresie leczenia otwartego (lekarz rodzinny): 1. zaznajomienie się z zakresem prac przychodni (ośrodka), 2. zapoznanie się z tokiem rejestrowania chorych, rodzajami dokumentacji, sposobem jej prowadzenia oraz systemem prowadzenia kartotek w przychodni lub ośrodku, 3. zaznajomienie się z zasadami wydawania zwolnień chorobowych, zaświadczeń lekarskich, skierowań do badań specjalistycznych oraz sposobami ich wypełniania, 4. asysta lekarzowi przyjmującemu pacjentów w przychodni oraz w wizytach domowych, 5. wypisywanie pod kontrolą lekarza wszelkiego rodzaju zaświadczeń, np. o czasowej niezdolności do pracy, skierowań itp., 6. uczestniczenie w pracach profilaktycznych, 7. zapoznanie się z metodami prowadzenia oświaty sanitarnej, 8. zapoznanie się z właściwą interpretacją wyników podstawowych badań laboratoryjnych.	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
Miejsce realizacji praktyki: w szpitalnym oddziale ratunkowym lub pogotowiu ratunkowym Praktyka zawodowa w zakresie pomocy doraźnej: 1. zapoznanie się z zakresem czynności oddziału pomocy doraźnej (np.: prowadzeniem dokumentacji, orzekaniem o czasowej niezdolności do pracy, kierowaniem chorych do szpitala, świadczeniem usług transportowych, organizowaniem akcji ratunkowej w masowych zatruciach, zachorowaniach, wypadkach, klęskach żywiołowych itp.), 2. asystowanie lekarzowi przy udzielaniu pomocy chorym oraz przy badaniu chorych w czasie wizyt, ustalanie rozpoznania, sposobu leczenia i postępowania (doraźne podanie leków, zalecenie wizyty u lekarza pierwszego kontaktu, przewiezienie do izby przyjęć szpitala), 3. wypisywanie pod nadzorem lekarza recept i wszelkiego rodzaju zaświadczeń, skierowań itp., 4. zapoznanie się ze sposobem prowadzenia dokumentacji medycznej przez pracowników oddziału pomocy doraźnej, 5. udział w charakterze sanitariusza w wyjazdach karetki reanimacyjnej, wypadkowej, pediatrycznej lub wykonywanie tych samych czynności na szpitalnych oddziałach ratunkowych, 6. zdobycie umiejętności postępowania w stanach zagrożenia życia i udzielania pierwszej pomocy, 7. zapoznanie się z techniką desmurgii.	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 II roku studiów
w roku akademickim 2022/2023

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

Program praktyki zgodny ze standardami nauczania

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

WYDZIAŁ LEKARSKI

12-01-2023

.....
prof. dr hab. Andrzej Hendrich
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

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: ☐ 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, pieczęć opiekuna praktyki					
UWAGI:					

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, pieczęć opiekuna praktyki														
UWAGI:														