

Imię i nazwisko studenta:.....

Nr albumu:.....

Program praktyki zawodowej na rok akademicki 2024/2025
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: III, wymiar praktyk: 4 tygodnie, 120 godzin
przedmiot/zakres praktyki: praktyka w zakresie chorób wewnętrznych.

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

| Wykaz umiejętności | Poświadczenie odbycia praktyki zawodowej |
|---|---|
| <p>Miejsce realizacji praktyki: w klinice udzielającej całodobowej opieki zdrowotnej lub oddziale chorób wewnętrznych</p> <ol style="list-style-type: none">uzupełnienie wiadomości o organizacji oddziału wewnętrznego oraz powiązaniu organizacyjnym oddziału/kliniki z lecnictwem otwartym, poznanie zasad przyjęć, prowadzenie dokumentacji i wypisu chorego,doskonalenie umiejętności badania fizykalnego, pogłębienie umiejętności rozpoznawania i różnicowania podstawowych jednostek chorobowych ze szczególnym uwzględnieniem przypadków ostrych,nauka właściwej interpretacji wyników badań laboratoryjnych, obrazowych i patomorfologicznych.udział w odprawach, wizytach i konsultacjach lekarskich,wykonywanie przez studenta pod nadzorem lekarza zabiegów stosowanych w codziennej praktyce lekarskiej (wstrzyknięcia dożylnie, podłączenie kroplówki, cewnikowanie itp.),pobieranie przez studenta pod nadzorem lekarza materiału do badań diagnostycznych (pobieranie krwi na posiew, moczu na posiew, wykonywanie wymazów do badań bakteriologicznych),poznanie przepisów sanitarno – epidemiologicznych, obowiązujących w oddziale wewnętrznym oraz metod zapobiegania zakażeniom szpitalnym,uczestniczenie w konsultacjach wielospecjalistycznych.umiejętność komunikacji z pacjentem | <p>W terminie od do..... 2025 r.</p> <p>w:</p> <p>.....</p> <p>(pieczęć Podmiotu)</p> <p>Opiekunem praktyki zawodowej z ramienia Podmiotu był/a:</p> <p>.....</p> <p>data, pieczęć, podpis osoby odpowiedzialnej za nadzór nad praktyką z ramienia Podmiotu</p> |

Program praktyki zgodny ze standardami nauczania

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

WYDZIAŁ LEKARSKI

DZIEKAN

dr.hab. Robert Zymliński, profesor uczelni

data i podpis Dziekana Wydziału

23-12-2024

Zaliczam praktykę zawodową po III roku studiów
w roku akademickim 2024/2025

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

Wypełnia student:

Oświadczam, iż zostałem poinformowany o konieczności posiadania:

- a) ubezpieczenia od NNW,
- 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

2022-02-08

Ankieta oceny podmiotu, w którym realizowano praktykę

| | | | | | |
|---|---|--|---|---|---|
| Nazwa podmiotu, w którym realizowano praktykę: | | | | | |
| Rok studiów: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V | | | | | |
| Praktyka w zakresie: | | | | | |
| <input type="checkbox"/> opieki nad chorym | | <input type="checkbox"/> intensywnej terapii | | | |
| <input type="checkbox"/> podstawowej opieki zdrowotnej | | <input type="checkbox"/> chirurgii | | | |
| <input type="checkbox"/> pomocy doraźnej | | <input type="checkbox"/> pediatrii | | | |
| <input type="checkbox"/> chorób wewnętrznych | | <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V | | | | | |
| Praktyka w zakresie: | | | | | |
| <input type="checkbox"/> opieki nad chorym | | <input type="checkbox"/> intensywnej terapii | | | |
| <input type="checkbox"/> podstawowej opieki zdrowotnej | | <input type="checkbox"/> chirurgii | | | |
| <input type="checkbox"/> pomocy doraźnej | | <input type="checkbox"/> pediatrii | | | |
| <input type="checkbox"/> chorób wewnętrznych | | <input type="checkbox"/> 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: | | | | | |