

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: IV, wymiar praktyk łącznie 120 godzin, przedmiot/zakres praktyki:

2 tygodnie (60 godzin) – praktyka w zakresie pediatrii, 2 tygodnie (60 godzin) – praktyka w zakresie chirurgii.

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><b>Miejsce realizacji praktyki:</b> w klinice udzielającej całodobowej opieki zdrowotnej lub oddziale chorób dzieci</p> <p>Praktyka zawodowa w zakresie <b>pediatrii:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>uzupełnienie wiadomości o organizacji oddziału dziecięcego (kliniki) i powiązaniach organizacyjnych oddziału (kliniki) z lecnictwem otwartym,</li><li>zapoznanie się z pielęgnacją niemowlęcia i małego dziecka,</li><li>poznanie zasad żywienia zdrowego i chorego dziecka (a zwłaszcza niemowlęcia),</li><li>ocena stanu dziecka i jego psychomotorycznego rozwoju,</li><li>doskonalenie umiejętności badania fizykalnego dziecka,</li><li>zapoznanie się z zasadami udzielania pierwszej pomocy,</li><li> pogłębienie umiejętności właściwego rozpoznawania i różnicowania podstawowych jednostek chorobowych ze szczególnym uwzględnieniem przypadków ostrych,</li><li>doskonalenie umiejętności właściwej interpretacji wyników badań laboratoryjnych, obrazowych i patomorfologicznych,</li><li>udział w odprawach i wizytach lekarskich oraz zapoznanie się z zasadami prowadzenia dokumentacji choroby,</li><li>ocena stopnia nawodnienia dziecka, a zwłaszcza niemowlęcia, z ustaleniem wskazań do leczenia nawadniającego (ilość i skład płynu infuzyjnego),</li><li>ocena równowagi kwasowo – zasadowej dziecka, zwłaszcza u niemowlęcia,</li><li>wykonywanie pod nadzorem lekarza zabiegów: pobierania materiału do badania diagnostycznego, podłączenie wlewu kroplowego oraz wykonywanie wstrzyknięć,</li><li>poznanie przepisów sanitarno – epidemiologicznych obowiązujących w oddziale niemowlęcym i dziecięcym oraz metod zapobiegania zakażeniom szpitalnym, uczestniczenie w konsultacjach wielospecjalistycznych.</li></ol>	<p>W terminie od ..... do..... 2025 r. w:</p> <p>..... (pieczęć Podmiotu)</p> <p>Opiekunem praktyki zawodowej z ramienia Podmiotu był/a: .....</p> <p>..... data, pieczęć, podpis osoby odpowiedzialnej za nadzór nad praktyką z ramienia Podmiotu</p>
<p><b>Miejsce realizacji praktyki:</b> w klinice udzielającej całodobowej opieki zdrowotnej lub oddziale chirurgii</p> <p>Praktyka zawodowa w zakresie <b>chirurgii:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>poznanie organizacji oddziału chirurgicznego (izba przyjęć, blok operacyjny, sala zabiegowe), zasad przyjęć, prowadzenia dokumentacji i wypisu chorego,</li><li>poznanie narzędzi chirurgicznych oraz aparatury medycznej,</li><li>doskonalenie badania lekarskiego oraz postępowania diagnostycznego zwłaszcza w przypadkach nagłych,</li><li>opanowanie zasad opatrywania ran, zakładania i ściągania szwów,</li><li>doskonalenie technik desmurgii,</li><li>poznanie ogólnych zasad oraz różnych sposobów znieczulania pacjenta,</li><li>udział w odprawach i wizytach lekarskich,</li><li>aktywny, nadzorowany udział w pracy oddziału: wykonywanie podstawowych zabiegów, np.: zmian opatrunków, zdejmowania szwów, podłączania kroplówek, pobierania materiału do badań diagnostycznych pod nadzorem lekarza, itp.,</li><li>opanowanie zasad aseptyki i antyseptyki oraz techniki mycia się do zabiegu operacyjnego,</li><li>udział (asysta) w operacjach na sali operacyjnej,</li><li>na polecenie i pod kontrolą lekarza wypisywanie załącznika na badanie patomorfologiczne,</li><li>poznanie przepisów sanitarno - epidemiologicznych obowiązujących w oddziale chirurgicznym oraz metod zapobiegania zakażeniom szpitalnym,</li><li>uczestniczenie w konsultacjach wielospecjalistycznych</li><li>doskonalenie właściwej interpretacji wyników badań laboratoryjnych, obrazowych i patomorfologicznych.</li></ol>	<p>W terminie od ..... do..... 2025 r. w:</p> <p>..... (pieczęć Podmiotu)</p> <p>Opiekunem praktyki zawodowej z ramienia Podmiotu był/a: .....</p> <p>..... data, pieczęć, podpis osoby odpowiedzialnej za nadzór nad praktyką z ramienia Podmiotu</p>

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

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

23-12-2024

Program praktyki zgodny ze standardami nauczania

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu  
WYDZIAŁ LEKARSKI  
DZIEKAN

.....  
data i podpis Dziekana Wydziału  
dr hab. Robert Zymlinski, profesor uczelni  
(4)

**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

**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, pieczęć opiekuna praktyki					
UWAGI:					

### 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, pieczęć opiekuna praktyki					
UWAGI:					