

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: V, wymiar praktyk: 4 tygodnie, 120 godzin przedmiot/zakres praktyki:

2 tygodnie (60 godzin) – praktyka w zakresie ginekologii i położnictwa, 2 tygodnie (60 godzin) – praktyka w zakresie pediatrii

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

2. **Wykaz umiejętności praktycznych:**

Wykaz umiejętności	
<p><b>Miejsce realizacji praktyki:</b> w klinice udzielającej całodobowej opieki zdrowotnej lub oddziale ginekologii i położnictwa</p> <p><b>Praktyka zawodowa w zakresie ginekologii i położnictwa:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. zapoznanie się z organizacją izby przyjęć położniczej, traktu porodowego i oddziału położniczego,</li><li>2. przyjęcie rodzącej, zapoznanie się z odpowiednią dokumentacją, przygotowanie pacjentki do porodu,</li><li>3. obserwacja porodu oraz prowadzenia pod nadzorem lekarza dokumentacji przebiegu porodu, z uwzględnieniem najważniejszych parametrów świadczących o stanie matki i płodu,</li><li>4. asysta przy porodzie fizjologicznym pod ścisłym nadzorem położnej i lekarza,</li><li>5. nauka szycia krocza,</li><li>6. ocena łóżyska po porodzie,</li><li>7. zapoznanie się z aparaturą dostępną w oddziale (amnioskop, detektor tętna itp.),</li><li>8. asysta przy cięciu cesarskim,</li><li>9. zapoznanie się z organizacją pracy w izbie przyjęć ginekologicznej i na oddziale (klinice) ginekologicznym,</li><li>10. omówienie zasad kwalifikowania pacjentek do zabiegu operacyjnego,</li><li>11. poznanie zasad pracy w gabinecie zabiegowym i prowadzenie dokumentacji zabiegowej, pobieranie pod nadzorem lekarza materiału do badania histopatologicznego i cytologicznego oraz wypełnianie załącznika do badania histopatologicznego i cytologicznego,</li><li>12. asysta przy operacjach ginekologicznych,</li><li>13. obserwacja pacjentek we wczesnym okresie pooperacyjnym i prowadzenie pod nadzorem lekarza karty obserwacji,</li><li>14. postępowanie z pacjentkami hospitalizowanymi z powodu patologii ciąży,</li><li>15. poznanie zasad profilaktyki nowotworów narządów płciowych żeńskich i gruczołu piersiowego,</li><li>16. poznanie przepisów sanitarno – epidemiologicznych obowiązujących w oddziale położniczym i ginekologicznym oraz metod zapobiegania zakażeniom szpitalnym.</li><li>17. doskonalenie umiejętności właściwej interpretacji wyników badań laboratoryjnych, obrazowych i patomorfologicznych.</li></ol>	<p>W terminie od ..... do..... 2025 r.</p> <p>W:</p> <p>.....</p> <p>(pieczęć Podmiotu)</p> <p>Opiekunem praktyki zawodowej z ramienia Podmiotu</p> <p>był/a: .....</p> <p>.....</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 chorób dzieci</p> <p><b>Praktyka zawodowa w zakresie pediatrii:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. uzupełnienie wiadomości o organizacji oddziału dziecięcego (kliniki) i powiązaniach organizacyjnych oddziału (kliniki) z lecznictwem otwartym,</li><li>2. zapoznanie się z pielęgnacją niemowlęcia,</li><li>3. poznanie zasad żywienia zdrowego i chorego dziecka (a zwłaszcza niemowlęcia),</li><li>4. ocena stanu dziecka i jego psychomotorycznego rozwoju,</li><li>5. doskonalenie umiejętności badania fizykalnego dziecka,</li><li>6. zapoznanie się z zasadami udzielania pierwszej pomocy,</li><li>7. pogłębienie umiejętności właściwego rozpoznawania i różnicowania podstawowych jednostek chorobowych ze szczególnym uwzględnieniem przypadków ostrych,</li><li>8. doskonalenie umiejętności właściwej interpretacji wyników badań laboratoryjnych, obrazowych i patomorfologicznych,</li><li>9. udział w odprawach i wizytach i zapoznanie się z zasadami prowadzenia dokumentacji choroby,</li><li>10. ocena stopnia nawodnienia dziecka, a zwłaszcza niemowlęcia, z ustaleniem wskazań do leczenia nawadniającego (ilość i skład płynu infuzyjnego),</li><li>11. ocena równowagi kwasowo – zasadowej dziecka, zwłaszcza u niemowlęcia,</li><li>12. wykonywanie pod nadzorem lekarza zabiegów: pobierania materiału do badania diagnostycznego, podłączenie wlewu kroplowego oraz wykonywanie wstrzyknięć,</li><li>13. 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.</p> <p>W:</p> <p>.....</p> <p>(pieczęć Podmiotu)</p> <p>Opiekunem praktyki zawodowej z ramienia Podmiotu</p> <p>był/a: .....</p> <p>.....</p> <p>data, pieczęć, podpis osoby odpowiedzialnej za nadzór nad praktyką z ramienia Podmiotu</p>

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

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

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu  
Program praktyki zgodny ze standardami nauczania

23-12-2024

.....  
Data i podpis Dziekana Wydziału  
(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:					