

Imię i nazwisko studenta:.....
Nr albumu:.....

Program praktyki zawodowej na rok akademicki 2024/2025
wg standardów kształcenia z dnia 29 września 2023 r. (Dz. U. z 2023 r. poz. 2152)
zatwierdzony Uchwałą Senatu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu nr 2578 z dnia 14 lutego 2024 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 sprawujących całodobową opiekę medyczną 1. poznanie systemu organizacyjnego szpitala, 2. zaznajomienie studenta z rolą pielęgniarki w procesie pielęgnowania i leczenia pacjenta, 3. zdobycie umiejętności wykonywania podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych i oceny parametrów życiowych (mierzenie temperatury, tętna, ciśnienia krwi, liczby oddechów, technika siania łóżka i zmiany pościeli, toaleta chorego, obsługa sanitarna, karmienie chorych, przygotowanie leków do podania chorym), 4. nabycie umiejętności wykonywania wstrzyknięć podskórnych, śródskórnych i domięśniowych oraz przygotowanie kroplówki dożylniej, kontroli stanu i zabezpieczenia dostępu naczyń, 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..... 2025 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

.....
data i podpis Dziekana Filii

Zaliczam praktykę zawodową po I 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