

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 2019r. poz.1573 ze zm.)

kierunek: lekarsko-dentystyczny, rok studiów: I, wymiar praktyk: 4 tygodnie, 120 godzin

Praktyka w zakresie organizacji ochrony zdrowia (2 tygodnie) oraz na oddziale chirurgii ogólnej, chorobach wewnętrznych lub chirurgii szczękowo-twarzowej (2 tygodnie).

1. Cel praktyki zawodowej:
praktyczne doskonalenie umiejętności zawodowych uzyskanych w toku realizacji przedmiotów klinicznych ogólnolekarskich oraz prawno-organizacyjnych podstaw medycyny.
2. Wykaz umiejętności praktycznych:

Wykaz umiejętności	Potwierdzenie odbycia praktyki zawodowej
Miejsce realizacji praktyki: w szpitalach klinicznych lub oddziałach szpitalnych zespołów opieki zdrowotnej 1. Stosowanie przepisów sanitarno-epidemiologicznych oraz dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy. 2. Opieka nad chorymi z zachowaniem zasad ergonomicznej organizacji pracy. 3. Prowadzenie podstawowej dokumentacji lekarskiej. 4. Przekazywanie pacjentowi podstawowych informacji na temat czynników ryzyka i sposobów zapobiegania najczęstszym chorobom społecznym. 5. Działanie w warunkach niepewności i stresu. 6. Rozpoznawanie ryzyka zagrożenia życia. 7. Przeprowadzanie higienicznego i chirurgicznego odkażania rąk oraz przygotowanie pola zabiegowego. 8. Mierzenie tętna, temperatury, ciśnienia krwi. 9. Wykonywanie iniekcji domięśniowych, podskórnych i dożylnych. 10. Pobieranie obwodowej krwi żyłnej. 11. Pobieranie wymazów z nosa gardła i skóry. 12. Przeprowadzanie pomiaru stężenia glukozy we krwi i jego interpretacja. 13. Udział w obchodach lekarskich oraz w badaniach konsultacyjnych pacjentów.	W terminie od do 2025r. 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 I roku studiów w roku akademickim 2024/2025

.....

Data i podpis opiekuna praktyk UM

Program praktyki zgodny ze standardami nauczania

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
Wydział
LEKARSKO-STOMATOLOGICZNY

.....

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