

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

3 tygodnie (90godz.) – praktyka w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (medycyna rodzinna),

1 tydzień (30 godz.) – praktyka w zakresie pomocy doraźnej.

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

2. **Wykaz umiejętności praktycznych:**

Wykaz umiejętności	Poświadczenie odbycia praktyki zawodowej
Miejsce realizacji praktyki: w przychodni lub ośrodku zdrowia podstawowej opieki zdrowotnej lub praktyce lekarza rodzinnego Praktyka w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (lekarz rodzinny): - zaznajomienie się z zakresem prac przychodni (ośrodka), - zapoznanie się z tokiem rejestrowania chorych, rodzajami dokumentacji, sposobem jej prowadzenia oraz systemem prowadzenia kartotek w przychodni lub ośrodku, - zaznajomienie się z zasadami wydawania zwolnień chorobowych, zaświadczeń lekarskich, skierowań na badania i konsultacje specjalistyczne oraz sposobami ich wypełniania, - asysta lekarzowi przyjmującemu pacjentów w przychodni oraz w wizytach domowych, - wypisywanie pod kontrolą lekarza wszelkiego rodzaju zaświadczeń, np. o czasowej niezdolności do pracy, skierowań itp., - uczestniczenie w pracach profilaktycznych, - zapoznanie się z metodami prowadzenia oświaty sanitarnej, - zapoznanie się z właściwą interpretacją wyników podstawowych badań laboratoryjnych.	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
Miejsce realizacji praktyki: w szpitalnym oddziale ratunkowym lub pogotowiu ratunkowym Praktyka zawodowa w zakresie pomocy doraźnej: - zapoznanie się z zakresem czynności oddziału ratunkowego i pogotowia ratunkowego (np.: prowadzeniem dokumentacji, segregacją pacjentów, diagnostyką i leczeniem, organizacją zespołów wielospecjalistycznych do opieki nad pacjentem w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, kierowaniem chorych na konsultacje, świadczeniem usług transportowych, organizowaniem przekazywania pacjenta, w miarę możliwości organizowaniem akcji ratunkowej w zdarzeniach jednostkowych, mnogich i masowych - asystowanie lekarzowi i ratownikowi medycznemu przy udzielaniu pomocy chorym oraz przy badaniu chorych w czasie wizyt, ustalanie rozpoznania, sposobu leczenia i postępowania (doraźne podanie leków, zalecenie wizyty u lekarza pierwszego kontaktu, przewiezienie do oddziału ratunkowego), - wypisywanie pod nadzorem lekarza recept i wszelkiego rodzaju zaświadczeń, skierowań itp., - zapoznanie się ze sposobem prowadzenia dokumentacji medycznej przez pracowników oddziałów ratunkowych i pogotowia ratunkowego, - udział w wyjazdach zespołu ratownictwa medycznego lub wykonywanie tych samych czynności na szpitalnych oddziałach ratunkowych, - zdobycie umiejętności postępowania w stanach zagrożenia życia i wykonywania medycznych czynności ratunkowych i leczenia ratunkowego, - zapoznanie się z techniką desmurgii, zaopatrywania złamań, zwichnięć i skręceń oraz szycia ran.	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

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

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

Program praktyki zgodny ze standardami nauczania

.....
data i podpis Dziekana Filii

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