

Imię i nazwisko studenta: .....

Nr albumu: .....

**Program praktyki zawodowej na rok akademicki 2025/2026**  
**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 intensywnej terapii**

**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 lub oddziale ginekologii i położnictwa</p> <p>Praktyka zawodowa w zakresie <b>ginekologii i położnictwa:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. zapoznanie się z organizacją izby przyjęć położniczej, traktu porodowego i oddziału położkowego,</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..... 2026 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<br/>za nadzór nad praktyką z ramienia Podmiotu</p> |
| <p><b>Miejsce realizacji praktyki:</b> w szpitalnym oddziale anestezjologii i intensywnej terapii</p> <p>Praktyka zawodowa w zakresie <b>intensywnej terapii:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. poznanie organizacji oddziału anestezjologii i intensywnej terapii, zasad przyjęć, prowadzenia dokumentacji i wypisu chorego,</li><li>2. poznanie aparatury używanej w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii,</li><li>3. doskonalenie badania lekarskiego oraz postępowania diagnostycznego zwłaszcza w przypadkach nagłych,</li><li>4. poznanie ogólnych zasad oraz różnych sposobów znieczulania i sedacji pacjenta,</li><li>5. udział w wizytach lekarskich oraz raportach lekarza dyżurnego,</li><li>6. aktywny, nadzorowany udział w pracy oddziału: wykonywanie podstawowych zabiegów, np.: zmian opatrunków, podłączania kroplówek, pobierania materiału do badań diagnostycznych pod nadzorem lekarza, itp.,</li><li>7. poznanie przepisów sanitarno - epidemiologicznych obowiązujących w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii oraz metod zapobiegania zakażeniom szpitalnym,</li><li>8. uczestniczenie w konsultacjach wielospecjalistycznych.</li><li>9. doskonalenie właściwej interpretacji wyników EKG, badań laboratoryjnych, obrazowych i patomorfologicznych,</li><li>10. poznawanie ogólnych zasad leczenia pooperacyjnego i przeciwbólowego oraz wskazań i zasad intensywnej terapii,</li><li>11. poznanie wskazań do podejmowania, niepodjęwania i zaprzestania czynności resuscytacyjnych oraz stwierdzania zgonu, wykonywanie podstawowych i zaawansowanych czynności resuscytacyjnych oraz innych czynności ratunkowych</li><li>12. ocena stanu chorego zgodnie z obowiązującymi skalami punktowymi.</li></ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <p>W terminie od ..... do..... 2026 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<br/>za nadzór nad praktyką z ramienia Podmiotu</p> |

Zaliczam praktykę zawodową po V roku studiów  
w roku akademickim 2025/2026

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

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu  
Program praktyki zgodny ze standardami nauczania

22 PAŹ 2025

.....  
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 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:<br><input type="checkbox"/> opieki nad chorym <input type="checkbox"/> pediatrii<br><input type="checkbox"/> podstawowej opieki zdrowotnej <input type="checkbox"/> chirurgii<br><input type="checkbox"/> pomocy doraźnej <input type="checkbox"/> ginekologii i położnictwa<br><input type="checkbox"/> chorób wewnętrznych <input type="checkbox"/> intensywnej terapii |   |   |   |   |   |
| 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:<br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> opieki nad chorym<br/> <input type="checkbox"/> podstawowej opieki zdrowotnej<br/> <input type="checkbox"/> pomocy doraźnej<br/> <input type="checkbox"/> chorób wewnętrznych         </div> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> pediatrii<br/> <input type="checkbox"/> chirurgii<br/> <input type="checkbox"/> ginekologii i położnictwa<br/> <input type="checkbox"/> intensywnej terapii         </div> </div> |                            |                             |                              |                             |                            |
| 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:<br><input type="checkbox"/> opieki nad chorym <input type="checkbox"/> pediatrii<br><input type="checkbox"/> podstawowej opieki zdrowotnej <input type="checkbox"/> chirurgii<br><input type="checkbox"/> pomocy doraźnej <input type="checkbox"/> ginekologii i położnictwa<br><input type="checkbox"/> chorób wewnętrznych <input type="checkbox"/> intensywnej terapii |   |   |   |   |   |
| 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:<br><input type="checkbox"/> opieki nad chorym <input type="checkbox"/> pediatrii<br><input type="checkbox"/> podstawowej opieki zdrowotnej <input type="checkbox"/> chirurgii<br><input type="checkbox"/> pomocy doraźnej <input type="checkbox"/> ginekologii i położnictwa<br><input type="checkbox"/> chorób wewnętrznych <input type="checkbox"/> intensywnej terapii |   |   |   |   |   |
| 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:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |   |   |   |   |   |