

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)

kierunek: lekarski, rok studiów: III, wymiar praktyk: 4 tygodnie, 120 godzin

przedmiot/zakres praktyki: praktyka w zakresie chorób wewnętrznych.

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 klinice lub oddziale chorób wewnętrznych 1. uzupełnienie wiadomości o organizacji oddziału wewnętrznego oraz powiązaniu organizacyjnym oddziału/kliniki z lecnictwem otwartym, poznanie zasad przyjęć, prowadzenie dokumentacji i wypisu chorego, 2. doskonalenie umiejętności badania fizykalnego, 3. pogłębienie umiejętności rozpoznawania i różnicowania podstawowych jednostek chorobowych ze szczególnym uwzględnieniem przypadków ostrych, 4. nauka właściwej interpretacji wyników EKG, badań laboratoryjnych, obrazowych i patomorfologicznych. 5. udział w wizytach lekarskich, 6. wykonywanie przez studenta pod nadzorem zabiegów stosowanych w codziennej praktyce oddziału (wstrzyknięcia dożylnie, podłączenie kroplówki, cewnikowanie itp.), 7. pobieranie przez studenta pod nadzorem materiału do badań diagnostycznych (pobieranie krwi na posiew, moczu na posiew, wykonywanie wymazów do badań bakteriologicznych), 8. poznanie przepisów sanitarno – epidemiologicznych, obowiązujących w oddziale wewnętrznym oraz metod zapobiegania zakażeniom szpitalnym, 9. uczestniczenie w konsultacjach wielospecjalistycznych.	W terminie od do..... 2026 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

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

WYDZIAŁ LEKARSKI

DZIEKAN

10-12-2025

dr hab. Robert Zymiński, profesor uczelni

(6)

data i podpis Dziekana Wydziału

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

.....
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

Ankieta oceny podmiotu, w którym realizowano praktykę

Nazwa podmiotu, w którym realizowano praktykę:					
Rok studiów: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V					
Praktyka w zakresie: ☐ opieki nad chorym ☐ podstawowej opieki zdrowotnej ☐ pomocy doraźnej ☐ chorób wewnętrznych ☐ pediatrii ☐ chirurgii ☐ ginekologii i położnictwa ☐ 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:					

Ankieta oceny praktykanta/praktykantki

Imię i nazwisko studenta/teki:					
Rok studiów: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V					
Praktyka w zakresie:					
☐ opieki nad chorym		☐ pediatrii			
☐ podstawowej opieki zdrowotnej		☐ chirurgii			
☐ pomocy doraźnej		☐ ginekologii i położnictwa			
☐ chorób wewnętrznych		☐ 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:					