

Imię i nazwisko studenta:.....

Nr albumu:.....

Program praktyki zawodowej na rok akademicki 2025/2026

wg standardów kształcenia z dnia 29 września 2023 r. (Dz. U. z 2023 r. poz. 2152)

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 podstawowej opieki zdrowotnej lub w praktyce lekarza rodzinnego Praktyka w zakresie leczenia otwartego (lekarz rodzinny): - zaznajomienie się z zakresem prac przychodni, - zapoznanie się z tokiem rejestrowania chorych, rodzajami dokumentacji, sposobem jej prowadzenia oraz systemem prowadzenia kartotek, - zaznajomienie się z zasadami wydawania zwolnień chorobowych, zaświadczeń lekarskich, skierowań do badań specjalistycznych 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..... 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
Miejsce realizacji praktyki: w szpitalnym oddziale ratunkowym lub pogotowiu ratunkowym Praktyka zawodowa w zakresie pomocy doraźnej: - zapoznanie się z zakresem czynności szpitalnego oddziału ratunkowego lub zespołu ratownictwa medycznego (np.: prowadzeniem dokumentacji, orzekaniem o czasowej niezdolności do pracy, kierowaniem chorych do szpitala, świadczeniem usług transportowych, organizowaniem akcji ratunkowej w masowych zatruciach, zachorowaniach, wypadkach, klęskach żywiołowych itp.), - asystowanie lekarzowi lub ratownikowi medycznemu przy diagnozowaniu, leczeniu i wykonywaniu medycznych czynności ratunkowych w czasie hospitalizacji i wizyt, ustalanie rozpoznania, sposobu leczenia i postępowania (doraźne podanie leków, zalecenie wizyty u lekarza pierwszego kontaktu, przewiezienie do izby przyjęć szpitala, SOR), - wypisywanie pod nadzorem lekarza recept i wszelkiego rodzaju zaświadczeń, skierowań itp., - zapoznanie się ze sposobem prowadzenia dokumentacji medycznej - udział w charakterze praktykanta w wyjazdach zespołu ratownictwa medycznego lub wykonywanie czynności asysty lekarza w szpitalnych oddziałach ratunkowych, - zdobycie umiejętności postępowania w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, udzielania medycznych czynności ratunkowych podstawowych i zaawansowanych czynności resuscytacyjnych, - zapoznanie się z techniką zaopatrywania obrażeń.	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

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

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

Program praktyki zgodny ze standardami nauczania

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

WYDZIAŁ LEKARSKI

DZIEKAN

10-12-2025

dr hab. Robert Zymiński, profesor uczelni

.....
data i podpis Dziekana Wydziału

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 wymagany 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 ☐ pediatrii ☐ podstawowej opieki zdrowotnej ☐ chirurgii ☐ pomocy doraźnej ☐ ginekologii i położnictwa ☐ chorób wewnętrznych ☐ 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:					

100

10