

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

2 tygodnie (60 godzin) – praktyka w zakresie pediatrii, 2 tygodnie (60 godzin) – praktyka w zakresie chirurgii.

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

2. Wykaz umiejętności praktycznych:

| Wykaz umiejętności                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Poświadczenie odbycia praktyki zawodowej                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Miejsce realizacji praktyki:</b> w klinice lub oddziale chorób dzieci</p> <p>Praktyka zawodowa w zakresie <b>pediatrii</b>:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>uzupełnienie wiadomości o organizacji oddziału dziecięcego (kliniki) i powiązaniach organizacyjnych oddziału (kliniki) z lecnictwem otwartym,</li><li>zapoznanie się z pielęgnacją niemowlęcia,</li><li>poznanie zasad żywienia zdrowego i chorego dziecka (a zwłaszcza niemowlęcia),</li><li>ocena stanu dziecka i jego psychomotorycznego rozwoju,</li><li>doskonalenie umiejętności badania fizykalnego dziecka,</li><li>zapoznanie się z zasadami postępowania w stanach zagrożenia życia,</li><li> pogłębienie umiejętności właściwego rozpoznawania i różnicowania podstawowych jednostek chorobowych ze szczególnym uwzględnieniem przypadków ostrych,</li><li>doskonalenie umiejętności właściwej interpretacji wyników EKG, badań laboratoryjnych, obrazowych i patomorfologicznych,</li><li>udział w wizytach i zapoznanie się z zasadami prowadzenia dokumentacji choroby,</li><li>ocena stopnia nawodnienia dziecka, a zwłaszcza niemowlęcia, z ustaleniem wskazań do leczenia nawadniającego (ilość i skład płynu infuzyjnego),</li><li>ocena równowagi kwasowo – zasadowej dziecka, zwłaszcza u niemowlęcia,</li><li>wykonywanie pod nadzorem zabiegów: pobierania materiału do badania diagnostycznego, podłączenie wlewu kroplowego oraz wykonywanie wstrzyknięć,</li><li>poznanie przepisów sanitarno – epidemiologicznych obowiązujących w oddziale niemowlęcym i dziecięcym oraz metod zapobiegania zakażeniom szpitalnym, uczestniczenie w konsultacjach wielospecjalistycznych.</li></ol> | <p>W terminie od ..... do..... 2026 r.</p> <p>w:</p> <p>.....<br/>(pieczęć Podmiotu)</p> <p>Opiekunem praktyki zawodowej z ramienia Podmiotu</p> <p>był/a: .....</p> <p>.....<br/>data, pieczęć, podpis osoby odpowiedzialnej<br/>za nadzór nad praktyką z ramienia Podmiotu</p> |
| <p><b>Miejsce realizacji praktyki:</b> w klinice lub oddziale chirurgii</p> <p>Praktyka zawodowa w zakresie <b>chirurgii</b>:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>poznanie organizacji oddziału chirurgicznego (izba przyjęć, blok operacyjny, sale opatrunkowe), zasad przyjęć, prowadzenia dokumentacji i wypisu chorego,</li><li>poznanie narzędzi chirurgicznych oraz aparatury używanej w oddziale chirurgicznym,</li><li>doskonalenie badania lekarskiego oraz postępowania diagnostycznego zwłaszcza w przypadkach nagłych,</li><li>opanowanie zasad opatrywania ran, zakładania i usuwania szwów,</li><li>doskonalenie technik desmurgii,</li><li>poznanie ogólnych zasad oraz różnych sposobów znieczulania pacjenta,</li><li>udział w wizytach lekarskich oraz raportach lekarza dyżurnego,</li><li>aktywny, nadzorowany udział w pracy oddziału: wykonywanie podstawowych zabiegów, np.: zmian opatrunków, zdejmowania szwów, podłączania kroplówek, pobierania materiału do badań diagnostycznych pod nadzorem lekarza, itp.,</li><li>opanowanie zasad aseptyki i antyseptyki oraz techniki mycia się do zabiegu operacyjnego,</li><li>udział (asysta) w operacjach na sali operacyjnej,</li><li>na polecenie i pod kontrolą lekarza wypisywanie skierowania na badanie patomorfologiczne,</li><li>poznanie przepisów sanitarno - epidemiologicznych obowiązujących w oddziale chirurgicznym oraz metod zapobiegania zakażeniom szpitalnym,</li><li>uczestniczenie w konsultacjach wielospecjalistycznych.</li><li>doskonalenie właściwej interpretacji wyników badań laboratoryjnych, obrazowych i patomorfologicznych.</li></ol>                                       | <p>W terminie od ..... do..... 2026 r.</p> <p>w:</p> <p>.....<br/>(pieczęć Podmiotu)</p> <p>Opiekunem praktyki zawodowej z ramienia Podmiotu</p> <p>był/a: .....</p> <p>.....<br/>data, pieczęć, podpis osoby odpowiedzialnej<br/>za nadzór nad praktyką z ramienia Podmiotu</p> |

Zaliczam praktykę zawodową po IV 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

dr hab. Robert Zymliński, profesor uczelni

(6)

10-12-2025

.....  
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 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: <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:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |   |   |   |   |   |

### 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:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |   |   |   |   |   |