

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: I, wymiar praktyk: 4 tygodnie, 120 godzin
przedmiot/zakres praktyki: praktyka z zakresu opieki nad chorym

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

Wykaz umiejętności	Potwierdzenie odbycia praktyki zawodowej
Miejsce realizacji praktyki: w szpitalach klinicznych lub oddziałach szpitalnych zespołów opieki zdrowotnej 1. poznanie systemu organizacyjnego szpitala, 2. zaznajomienie studenta z rolą pielęgniarki w procesie pielęgnowania i leczenia pacjenta, 3. zdobycie umiejętności wykonywania podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych (mierzenie temperatury, tętna, ciśnienia krwi, liczby oddechów, technika siania łóżka i zmiany pościeli, toaleta chorego, obsługa sanitarna, karmienie chorych, przygotowanie leków do podania chorym), 4. nabycie umiejętności wykonywania wstrzyknięć podskórnych, śródskórnych i domięśniowych oraz przygotowanie kroplówki dożylniej, 5. zapoznanie się z pracą w gabinetach zabiegowych, w tym samodzielne wykonywanie wstrzyknięć podskórnych, śródskórnych i domięśniowych oraz testów mających na celu sprawdzenie wrażliwości na leki i interpretowanie wyników tych testów, 6. opanowanie sposobu przygotowania materiałów opatrunkowych i narzędzi chirurgicznych do sterylizacji.	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
dr hab. Robert Zymliński, profesor uczelni
(6)
10-12-2025
data i podpis Dziekana Wydziału

Zaliczam praktykę zawodową po I 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:					