

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 - uzupełnienie wiadomości o organizacji oddziału wewnętrznego oraz powiązaniu organizacyjnym oddziału/kliniki z lecznictwem otwartym, poznanie zasad przyjęć, prowadzenie dokumentacji i wypisu chorego, - doskonalenie umiejętności badania fizykalnego, - pogłębienie umiejętności rozpoznawania i różnicowania podstawowych jednostek chorobowych ze szczególnym uwzględnieniem przypadków ostrych, - nauka właściwej interpretacji wyników EKG, badań laboratoryjnych, obrazowych i patomorfologicznych. - udział w wizytach lekarskich, - wykonywanie przez studenta pod nadzorem zabiegów stosowanych w codziennej praktyce oddziału (wstrzyknięcia dożylnie, podłączenie kroplówki, cewnikowanie itp.), - pobieranie przez studenta pod nadzorem materiału do badań diagnostycznych (pobieranie krwi na posiew, moczu na posiew, wykonywanie wymazów do badań bakteriologicznych), - poznanie przepisów sanitarno – epidemiologicznych, obowiązujących w oddziale wewnętrznym oraz metod zapobiegania zakażeniom szpitalnym, - 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

22-10-2025
dr hab. Robert Zymliński, profesor uczelni
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:					