

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 2019r. poz.1573 ze zm.)

kierunek: lekarsko-dentystyczny, rok studiów: I, wymiar praktyk: 4 tygodnie, 120 godzin

**Praktyka w zakresie organizacji ochrony zdrowia (2 tygodnie) oraz na oddziale chirurgii ogólnej, chorobach wewnętrznych lub chirurgii szczękowo-twarzowej (2 tygodnie).**

**1. Cel praktyki zawodowej:**

praktyczne doskonalenie umiejętności zawodowych uzyskanych w toku realizacji przedmiotów klinicznych ogólnolekarskich oraz prawno-organizacyjnych podstaw medycyny.

**2. Wykaz umiejętności praktycznych:**

Wykaz umiejętności	Potwierdzenie odbycia praktyki zawodowej
<p><b>Miejsce realizacji praktyki:</b> w szpitalach klinicznych lub oddziałach szpitalnych zespołów opieki zdrowotnej</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Stosowanie przepisów sanitarno-epidemiologicznych oraz dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy.</li><li>2. Opieka nad chorymi z zachowaniem zasad ergonomicznej organizacji pracy.</li><li>3. Prowadzenie podstawowej dokumentacji lekarskiej.</li><li>4. Przekazywanie pacjentowi podstawowych informacji na temat czynników ryzyka i sposobów zapobiegania najczęstszym chorobom społecznym.</li><li>5. Działanie w warunkach niepewności i stresu.</li><li>6. Rozpoznawanie ryzyka zagrożenia życia.</li><li>7. Przeprowadzanie higienicznego i chirurgicznego odkażania rąk oraz przygotowanie pola zabiegowego.</li><li>8. Mierzenie tętna, temperatury, ciśnienia krwi.</li><li>9. Wykonywanie iniekcji domięśniowych, podskórnych i dożylnych.</li><li>10. Pobieranie obwodowej krwi żyłnej.</li><li>11. Pobieranie wymazów z nosa gardła i skóry.</li><li>12. Przeprowadzanie pomiaru stężenia glukozy we krwi i jego interpretacja.</li><li>13. Udział w obchodach lekarskich oraz w badaniach konsultacyjnych pacjentów.</li></ol>	<p>W terminie od ..... do..... 2026r. w:</p> <p>..... (pieczęć Podmiotu)</p> <p>Opiekunem praktyki zawodowej z ramienia Podmiotu był/a: .....</p> <p>..... data, pieczęć, podpis osoby odpowiedzialnej za nadzór nad praktyką z ramienia Podmiotu</p>

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

.....  
Data i podpis opiekuna praktyk UM

Program praktyki zgodny ze standardami nauczania

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu  
WYDZIAŁ  
LEKARSKO-STOMATOLOGICZNY  
DZIEKAN

24 LUT. 2026

prof. dr hab. Małgorzata Mikulewicz

data i podpis Dziekana Wydziału

**Wypełnia student:**

Oświadczam, iż zostałem poinformowany o konieczności posiadania:

- a) ubezpieczenia od NNW, OC,
- 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