

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
Wydział Lekarsko-Stomatologiczny
ul. Krakowska 26, 50-425 Wrocław
tel. 71 784 03-56

Imię i nazwisko studenta:.....

Nr albumu:.....

Program praktyki zawodowej na rok akademicki 2021/2022
wg standardów kształcenia z dnia 26 lipca 2019 r. (Dz. U. z 2019r. poz.1573)

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 kierunkowych.

2. Wykaz umiejętności praktycznych:

Wykaz umiejętności	Potwierdzenie odbycia praktyki zawodowej
<p>Miejsce realizacji praktyki: w szpitalach klinicznych lub oddziałach szpitalnych zespołów opieki zdrowotnej</p> <ol style="list-style-type: none">1.Zaznajomienie się ze strukturą szpitala i oddziału.2.Czynności administracyjne związane z obsługą chorych (przyjęcia, wypisy, przenoszenia).3.Sprawy zaopatrzenia oddziału (żywność, leki, sprzęt).4.Pomoc w karmieniu chorych.5.Obługa sanitarno – higieniczna chorych (sianie łóżek, toaleta chorych).6.Mierzenie tętna, temperatury, ciśnienia krwi.7.Pomoc przy podawaniu leków.8.Pomoc w przygotowaniu narzędzi, strzykawek – technika sterylizacji, pojęcie septyki i antyseptyki.9.Nauka i wykonywanie zastrzyków podskórnych i domięśniowych.10.Pomoc przy zabiegach lekarskich.11.Prowadzenie chorych na badania.12.Udział w obchodach lekarskich.13.Udział i pomoc w badaniach konsultacyjnych pacjentów.	<p>W terminie od do..... 20... r. w: (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 2021/2022

.....
Data i podpis opiekuna praktyk

Program praktyki zgodny ze standardami nauczania

WYDZIAŁ
LEKARSKO-STOMATOLOGICZNY
DEKAN

.....
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