

Imię i nazwisko studenta:.....

Nr albumu:.....

Program praktyki zawodowej na rok akademicki 2023/2024
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 klinicznych ogólnolekarskich oraz prawno-organizacyjnych podstaw medycyny.
- 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. Stosowanie przepisów sanitarno-epidemiologicznych oraz dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy..2. Opieka nad chorymi z zachowaniem zasad ergonomicznej organizacji pracy.3. Prowadzenie podstawowej dokumentacji lekarskiej.4. Przekazywanie pacjentowi podstawowych informacji na temat czynników ryzyka i sposobów zapobiegania najczęstszym chorobom społecznym.5. Działanie w warunkach niepewności i stresu..6. Rozpoznawanie ryzyka zagrożenia życia.7. Przeprowadzanie higienicznego i chirurgicznego odkażania rąk oraz przygotowanie pola zabiegowego.8. Mierzenie tętna, temperatury, ciśnienia krwi.9. Wykonywanie iniekcji domięśniowych, podskórnych i dożylnych.10. Pobieranie obwodowej krwi żyłnej.11. Pobieranie wymazów z nosa, gardła i skóry.12. Przeprowadzanie pomiaru stężenia glukozy we krwi i jego interpretacja.13. Udział w obchodach lekarskich oraz w badaniach konsultacyjnych pacjentów.	<p>W terminie od do..... 2024 r.</p> <p>w:</p> <p>.....</p> <p>(pieczęć Podmiotu)</p> <p>Opiekunem praktyki zawodowej z ramienia Podmiotu był/a:</p> <p>.....</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 2023/2024

.....
Data i podpis opiekuna praktyk UM

Program praktyki zgodny ze standardami nauczania

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
WYDZIAŁ
LEKARSKO-STOMATOLOGICZNY
DZIEKAN

.....
prof. dr hab. Marcin 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