

Imię i nazwisko studenta:.....

Nr albumu:.....

Program praktyki zawodowej na rok akademicki 2019/2020

wg standardów kształcenia z dnia 9 maja 2012 r. (Dz. U. z 2012 r. poz.631)

zatwierdzony Uchwałą Senatu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu nr 2020 z dnia 24 kwietnia 2019 r.

kierunek: lekarski, rok studiów: II, wymiar praktyk łącznie 120 godzin, przedmiot/zakres praktyki:

3 tygodnie (90godz.) – praktyka w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (medycyna rodzinna),

1 tydzień (30 godz.) – praktyka w zakresie pomocy doraźnej.

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

Wykaz umiejętności	Poświadczenie odbycia praktyki zawodowej
<p>Miejsce realizacji praktyki: w przychodni lub ośrodku zdrowia lub praktyce lekarza rodzinnego</p> <p>Praktyka w zakresie leczenia otwartego (lekarz rodzinny):</p> <ol style="list-style-type: none">1. zaznajomienie się z zakresem prac przychodni (ośrodka),2. zapoznanie się z tokiem rejestrowania chorych, rodzajami dokumentacji, sposobem jej prowadzenia oraz systemem prowadzenia kartotek w przychodni lub ośrodku,3. zaznajomienie się z zasadami wydawania zwolnień chorobowych, zaświadczeń lekarskich, skierowań do badań specjalistycznych oraz sposobami ich wypełniania,4. asysta lekarzowi przyjmującemu pacjentów w przychodni oraz w wizytach domowych,5. wypisywanie pod kontrolą lekarza wszelkiego rodzaju zaświadczeń, np. o czasowej niezdolności do pracy, skierowań itp.,6. uczestniczenie w pracach profilaktycznych,7. zapoznanie się z metodami prowadzenia oświaty sanitarnej,8. zapoznanie się z właściwą interpretacją wyników podstawowych badań laboratoryjnych.	<p>W terminie od do..... 2020 r. 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>
<p>Miejsce realizacji praktyki: w szpitalnym oddziale ratunkowym lub pogotowiu ratunkowym</p> <p>Praktyka zawodowa w zakresie pomocy doraźnej:</p> <ol style="list-style-type: none">1. zapoznanie się z zakresem czynności oddziału pomocy doraźnej (np.: prowadzeniem dokumentacji, orzekaniem o czasowej niezdolności do pracy, kierowaniem chorych do szpitala, świadczeniem usług transportowych, organizowaniem akcji ratunkowej w masowych zatruciach, zachorowaniach, wypadkach, klęskach żywiołowych itp.),2. asystowanie lekarzowi przy udzielaniu pomocy chorym oraz przy badaniu chorych w czasie wizyt, ustalanie rozpoznania, sposobu leczenia i postępowania (doraźne podanie leków, zalecenie wizyty u lekarza pierwszego kontaktu, przewiezienie do izby przyjęć szpitala),3. wypisywanie pod nadzorem lekarza recept i wszelkiego rodzaju zaświadczeń, skierowań itp.,4. zapoznanie się ze sposobem prowadzenia dokumentacji medycznej przez pracowników oddziału pomocy doraźnej,5. udział w charakterze sanitariusza w wyjazdach karetki reanimacyjnej, wypadkowej, pediatrycznej lub wykonywanie tych samych czynności na szpitalnych oddziałach ratunkowych,6. zdobycie umiejętności postępowania w stanach zagrożenia życia i udzielania pierwszej pomocy,7. zapoznanie się z techniką desmurgii.	<p>W terminie od do..... 2020 r. 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 II roku studiów
w roku akademickim 2019/2020

.....
Data i podpis opiekuna praktyk

Program praktyki zgodny ze standardami nauczania

24-02-2020

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
WYDZIAŁ LEKARSKI
DZIEKAN

prof. dr hab. Andrzej Hendrich

.....
data i podpis Dziekana Wydziału

Wypełnia student:

Oświadczam, iż zostałem poinformowany o konieczności posiadania:

- a) ubezpieczenia od NNW, OC,
- b) zaświadczenie o szczepieniu przeciw WZW typu B,
- c) aktualne zaświadczenie 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