

Imię i nazwisko studenta:.....

Nr albumu:.....

## Program praktyki zawodowej na rok akademicki 2022/2023

wg standardów kształcenia z dnia 26 lipca 2019 r. (Dz. U. z 2019 r. poz.1573) z póź. zm.  
zatwierdzony Uchwałą Senatu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu nr 2062 z dnia 23 września 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><b>Miejsce realizacji praktyki:</b> w przychodni lub ośrodku zdrowia lub praktyce lekarza rodzinnego</p> <p><b>Praktyka w zakresie leczenia otwartego (lekarz rodzinny):</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. zaznajomienie się z zakresem prac przychodni (ośrodka),</li><li>2. zapoznanie się z tokiem rejestrowania chorych, rodzajami dokumentacji, sposobem jej prowadzenia oraz systemem prowadzenia kartotek w przychodni lub ośrodku,</li><li>3. zaznajomienie się z zasadami wydawania zwolnień chorobowych, zaświadczeń lekarskich, skierowań do badań specjalistycznych oraz sposobami ich wypełniania,</li><li>4. asysta lekarzowi przyjmującemu pacjentów w przychodni oraz w wizytach domowych,</li><li>5. wypisywanie pod kontrolą lekarza wszelkiego rodzaju zaświadczeń, np. o czasowej niezdolności do pracy, skierowań itp.,</li><li>6. uczestniczenie w pracach profilaktycznych,</li><li>7. zapoznanie się z metodami prowadzenia oświaty sanitarnej,</li><li>8. zapoznanie się z właściwą interpretacją wyników podstawowych badań laboratoryjnych.</li></ol>	<p>W terminie od ..... do..... 2023 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>
<p><b>Miejsce realizacji praktyki:</b> w szpitalnym oddziale ratunkowym lub pogotowiu ratunkowym</p> <p><b>Praktyka zawodowa w zakresie pomocy doraźnej:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>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.),</li><li>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),</li><li>3. wypisywanie pod nadzorem lekarza recept i wszelkiego rodzaju zaświadczeń, skierowań itp.,</li><li>4. zapoznanie się ze sposobem prowadzenia dokumentacji medycznej przez pracowników oddziału pomocy doraźnej,</li><li>5. udział w charakterze sanitariusza w wyjazdach karetki reanimacyjnej, wypadkowej, pediatrycznej lub wykonywanie tych samych czynności na szpitalnych oddziałach ratunkowych,</li><li>6. zdobycie umiejętności postępowania w stanach zagrożenia życia i udzielania pierwszej pomocy,</li><li>7. zapoznanie się z techniką desmurgii.</li></ol>	<p>W terminie od ..... do..... 2023 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 II roku studiów  
w roku akademickim 2022/2023

.....  
Data i podpis opiekuna praktyk z Uczelni

Program praktyki zgodny ze standardami nauczania

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu  
WYDZIAŁ LEKARSKI

12 -01- 2023

.....  
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) 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.

.....  
podpis studenta



**Wydział Lekarski**  
**Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu**

### Ankieta oceny praktykanta/praktykantki

Imię i nazwisko studenta/teki:					
Rok studiów: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V					
Praktyka w zakresie:					
<input type="checkbox"/> opieki nad chorym		<input type="checkbox"/> intensywnej terapii			
<input type="checkbox"/> podstawowej opieki zdrowotnej		<input type="checkbox"/> chirurgii			
<input type="checkbox"/> pomocy doraźnej		<input type="checkbox"/> pediatrii			
<input type="checkbox"/> chorób wewnętrznych		<input type="checkbox"/> ginekologii i położnictwa			
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, pieczętka opiekuna praktyki					
UWAGI:					



**Wydział Lekarski**  
**Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu**

### Ankieta oceny praktykanta/praktykantki

Imię i nazwisko studenta/tki:					
Rok studiów:	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> V
Praktyka w zakresie:					
<input type="checkbox"/> opieki nad chorym			<input type="checkbox"/> intensywnej terapii		
<input type="checkbox"/> podstawowej opieki zdrowotnej			<input type="checkbox"/> chirurgii		
<input type="checkbox"/> pomocy doraźnej			<input type="checkbox"/> pediatrii		
<input type="checkbox"/> chorób wewnętrznych			<input type="checkbox"/> ginekologii i położnictwa		
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:					