

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: I, wymiar praktyk: 4 tygodnie, 120 godzin

przedmiot/zakres praktyki: praktyka z zakresu opieki nad chorym

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. poznanie systemu organizacyjnego szpitala,2. zaznajomienie studenta z rolą pielęgniarki w procesie pielęgnowania i leczenia pacjenta,3. zdobycie umiejętności wykonywania podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych (mierzenie temperatury, tętna, ciśnienia krwi, liczby oddechów, technika siania łóżka i zmiany pościeli, toaleta chorego, obsługa sanitarna, karmienie chorych, przygotowanie leków do podania chorym),4. nabycie umiejętności wykonywania wstrzyknięć podskórnych i domięśniowych oraz przygotowanie kroplówki dożylniej,5. zapoznanie się z pracą w gabinetach zabiegowych, w tym samodzielne wykonywanie wstrzyknięć podskórnych, śródskórnych i domięśniowych oraz testów mających na celu sprawdzenie wrażliwości na leki i interpretowanie wyników tych testów,6. opanowanie sposobu przygotowania materiałów opatrunkowych i narzędzi chirurgicznych do sterylizacji.	<p>W terminie od do..... 2023 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>

Program praktyki zgodny ze standardami nauczania

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

WYDZIAŁ LEKARSKI

DIJEKAN

12-01-2023

prof. dr hab. Andrzej Hendrich

data i podpis Dziekana Wydziału

Zaliczam praktykę zawodową po I roku studiów
w roku akademickim 2022/2023

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

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 jednostki, w której realizowano praktykę

Nazwa jednostki w której realizowano praktykę:					
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					
Ocena w skali od 1 do 5, gdzie 1 – najniższa, 5 - najwyższa					
W jakim stopniu praktyka umożliwiła doskonalenie umiejętności zawodowych?	1	2	3	4	5
W jakim stopniu praktyka umożliwiła osiągnięcie celów przewidzianych w programie?	1	2	3	4	5
Czy jednostka przyjmująca zapewniła właściwe warunki odbywania praktyki?	1	2	3	4	5
Czy jednostka zapewniła dostęp do wyposażenia medycznego koniecznego do realizacji praktyki?	1	2	3	4	5
Jaka była efektywność wykorzystania czasu na realizację zadań praktyki?	1	2	3	4	5
Proszę określić stopień satysfakcji z odbytej praktyki	1	2	3	4	5
UWAGI:					

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:					