

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: III, wymiar praktyk: 4 tygodnie, 120 godzin

przedmiot/zakres praktyki: praktyka w zakresie chorób wewnętrznych.

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 klinice lub oddziale chorób wewnętrznych</p> <ol style="list-style-type: none"><li>uzupełnienie wiadomości o organizacji oddziału wewnętrznego oraz powiązaniu organizacyjnym oddziału/kliniki z lecnictwem otwartym, poznanie zasad przyjęć, prowadzenie dokumentacji i wypisu chorego,</li><li>doskonalenie umiejętności badania fizykalnego,</li><li>pogłębienie umiejętności rozpoznawania i różnicowania podstawowych jednostek chorobowych ze szczególnym uwzględnieniem przypadków ostrych,</li><li>nauka właściwej interpretacji wyników badań laboratoryjnych, obrazowych i patomorfologicznych.</li><li>udział w wizytach lekarskich,</li><li>wykonywanie przez studenta pod nadzorem lekarza zabiegów stosowanych w codziennej praktyce lekarskiej (wstrzyknięcia dożylna, podłączenie kroplówki, cewnikowanie itp.),</li><li>pobieranie przez studenta pod nadzorem lekarza materiału do badań diagnostycznych (pobieranie krwi na posiew, moczu na posiew, wykonywanie wymazów do badań bakteriologicznych),</li><li>poznanie przepisów sanitarno – epidemiologicznych, obowiązujących w oddziale wewnętrznym oraz metod zapobiegania zakażeniom szpitalnym,</li><li>uczestniczenie w konsultacjach wielospecjalistycznych.</li></ol>	<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>

**UWAGI:** W czasie czterotygodniowej praktyki student jest obowiązany pełnić 4 całodobowe dyżury, w czasie których towarzyszy lekarzowi dyżurnemu we wszystkich czynnościach lekarskich (przyjmowanie chorych w izbie przyjęć, wykonywanie zabiegów koniecznych dla ratowania życia, udział w popołudniowych wizytach lekarskich). Każdy dyżur odpowiada 2 dniom roboczym praktyki.

Program praktyki zgodny ze standardami nauczania

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

24 -02- 2020

WYDZIAŁ LEKARSKI

DZIEKAN

prof. dr hab. Andrzej Hendrich

data i podpis Dziekana Wydziału

Zaliczam praktykę zawodową po III roku studiów w  
roku akademickim 2019/2020

.....  
Data i podpis opiekuna praktyk

**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