

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 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: IV, wymiar praktyk łącznie 120 godzin, przedmiot/zakres praktyki:

2 tygodnie (60 godzin) – praktyka w zakresie intensywnej terapii, 2 tygodnie (60 godzin) – praktyka w zakresie chirurgii.

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 szpitalnym oddziale anestezjologii i intensywnej terapii</p> <p>Praktyka zawodowa w zakresie intensywnej terapii:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. poznanie organizacji oddziału anestezjologii i intensywnej terapii, zasad przyjęć, prowadzenia dokumentacji i wypisu chorego, 2. poznanie aparatury używanej w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii, 3. doskonalenie badania lekarskiego oraz postępowania diagnostycznego zwłaszcza w przypadkach nagłych, 4. poznanie ogólnych zasad oraz różnych sposobów znieczulania i sedacji pacjenta, 5. udział w wizytach lekarskich oraz raportach lekarza dyżurnego, 6. aktywny, nadzorowany udział w pracy oddziału: wykonywanie podstawowych zabiegów, np.: zmian opatrunków, podłączania kroplówek, pobierania materiału do badań diagnostycznych pod nadzorem lekarza, itp., 7. poznanie przepisów sanitarno - epidemiologicznych obowiązujących w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii oraz metod zapobiegania zakażeniom szpitalnym, 8. uczestniczenie w konsultacjach wielospecjalistycznych. 9. doskonalenie właściwej interpretacji wyników badań laboratoryjnych, obrazowych i patomorfologicznych, 10. poznawanie ogólnych zasad leczenia pooperacyjnego i przeciwbólowego oraz wskazań i zasad intensywnej terapii, 11. poznanie wskazań do podejmowania, niepodejmowania i zaprzestania czynności resuscytacyjnych oraz stwierdzania zgonu, wykonywanie podstawowych i zaawansowanych czynności resuscytacyjnych oraz innych czynności ratunkowych 12. ocena stanu chorego zgodnie z obowiązującymi skalami punktowymi. 	<p>W terminie od do..... 2024 r.</p> <p>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 klinice lub oddziale chirurgii</p> <p>Praktyka zawodowa w zakresie chirurgii:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. poznanie organizacji oddziału chirurgicznego (izba przyjęć, blok operacyjny, sala opatrunkowa), zasad przyjęć, prowadzenia dokumentacji i wypisu chorego, 2. poznanie narzędzi chirurgicznych oraz aparatury używanej w oddziale chirurgicznym, 3. doskonalenie badania lekarskiego oraz postępowania diagnostycznego zwłaszcza w przypadkach nagłych, 4. opanowanie zasad opatrywania ran, zakładania szwów, 5. doskonalenie technik desmurgii, 6. poznanie ogólnych zasad oraz różnych sposobów znieczulania pacjenta, 7. udział w wizytach lekarskich oraz raportach lekarza dyżurnego, 8. aktywny, nadzorowany udział w pracy oddziału: wykonywanie podstawowych zabiegów, np.: zmian opatrunków, zdejmowania szwów, podłączania kroplówek, pobierania materiału do badań diagnostycznych pod nadzorem lekarza, itp., 9. opanowanie zasad aseptyki i antyseptyki oraz techniki mycia się do zabiegu operacyjnego, 10. udział (asysta) w operacjach na sali operacyjnej, 11. na polecenie i pod kontrolą lekarza wypisywanie załącznika na badanie patomorfologiczne, 12. poznanie przepisów sanitarno - epidemiologicznych obowiązujących w oddziale chirurgicznym oraz metod zapobiegania zakażeniom szpitalnym, 13. uczestniczenie w konsultacjach wielospecjalistycznych. 14. doskonalenie właściwej interpretacji wyników badań laboratoryjnych, obrazowych i patomorfologicznych. 	<p>W terminie od do..... 2024 r.</p> <p>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

DZIEKAN

prof. dr hab. Andrzej Hejwlich

data i podpis Dziekana Wydziału

Zaliczam praktykę zawodową po IV roku studiów w roku akademickim 2023/2024

22 -11- 2023

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

Wypełnia student:

Oświadczam, iż zostałem poinformowany o konieczności posiadania:

- a) ubezpieczenia od NNW,
- 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

Ankieta oceny podmiotu, w którym realizowano praktykę

Nazwa podmiotu, w którym 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
W jakim stopniu praktyka umożliwiła osiągnięcie efektów uczenia się przewidzianych dla praktyk zawodowych?	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:					

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, pieczęć opiekuna praktyki					
UWAGI:					

Ankieta oceny podmiotu, w którym realizowano praktykę

Nazwa podmiotu, w którym 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
W jakim stopniu praktyka umożliwiła osiągnięcie efektów uczenia się przewidzianych dla praktyk zawodowych?	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:					

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:					