**Uniwersytet Kaliski**

**im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego**

**WYDZIAŁ MEDYCZNY I NAUK O ZDROWIU**

**ul. Kaszubska 13, 62 – 800 Kalisz**

****

**DZIENNIK PRAKTYKI ZAWODOWEJ**

**KIERUNEK LEKARSKI**

**jednolite studia magisterskie, forma studiów: stacjonarna**

…………………………………………………………………………………………………...

imię i nazwisko studenta

|  |
| --- |
| **DZIENNIK PRAKTYK****PRAKTYCZNE NAUCZANIE KLINICZNE****KIERUNEK LEKARSKI****Wydział Medyczny i Nauk o Zdrowiu, ul. Kaszubska 13, 62-800 Kalisz** |
| Imię i nazwisko studenta | Zdjęcie |
|  |  |
| Numer albumu |
|  |
| Nazwa uczelni |
|  |
| Rok akademicki | Podpis Dziekana |
|  |  |
| **Cel praktyk:**Celem praktycznego nauczania jest poszerzenie wiedzy i nabycie umiejętności i kompetencji zawartych w standardach kształcenia dla kierunku lekarskiego. |

**Uniwersytet Kaliski**

**im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego**

**WYDZIAŁ MEDYCZNY I NAUK O ZDROWIU**

**ul. Kaszubska 13, 62 – 800 Kalisz**

****

**DZIENNIK PRAKTYKI ZAWODOWEJ**

**KIERUNEK LEKARSKI**

**jednolite studia magisterskie, forma studiów: stacjonarna**

…………………………………………………………………………………………………...

imię i nazwisko studenta

…………………………………………………………………………………………………...

numer albumu

…………………………………………………………………………………………………...

rok akademicki

**I**

rok studiów

…………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

nazwa i adres miejsca odbywania praktyki/pieczęć Instytucji

Studentów obowiązuje 4-tygodniowa praktyka (120 godzin) z zakresu opieki nad chorym odbywająca się wyłącznie w oddziałach szpitalnych, obejmująca 6-godzinny dzień pracy. Każdy student powinien 2-krotnie w czasie praktyki odbyć dyżur w godzinach popołudniowych i wieczornych. Warunkiem zaliczenia praktyki jest wykazanie przez studenta znajomości ogólnych zasad organizacji pracy oddziału szpitala oraz praktycznych umiejętności w zakresie obsługi chorych, łącznie z wykonywaniem wstrzyknięć podskórnych i domięśniowych.

1. Celem praktyki jest zaznajomienie studenta z pełnym zakresem czynności związanych z obsługą chorych oraz zajęciami ogólno porządkowymi i administracyjnymi jakie występują w pracy oddziałów szpitalnych.

1. Funkcję opiekuna praktyki odpowiedzialnego za realizację programu sprawuje upoważniony przez kierownika lekarz.

1. Organizator praktyki/Osoba upoważniona przez Organizatora praktyki zalicza odbycie praktyki poprzez umieszczenie odpowiedniego wpisu w karcie praktyki studenta. Warunkiem zaliczenia praktyki jest osiągnięcie przez studenta założonych efektów kształcenia.

|  |
| --- |
| **PROGRAM PRAKTYKI** |
| **Lp.** | **ZAKRES CZYNNOŚCI/EFEKTY KSZTAŁCENIA** | **Data, podpis i pieczęć opiekuna** |
| W zakresie czynności administracyjno-porządkowych: |
| 1. | zna strukturę organizacyjną szpitala i oddziału, |  |
| 2. | zna zakres obowiązków personelu pielęgniarskiego, |  |
| 3. | zna czynności administracyjne związane z obsługą chorych, |  |
| 4. | zna zasady prowadzenia dokumentacji medycznej (np. oddziałowa księga ruchu chorych, rejestr zakażeń wewnątrzszpitalnych, rejestr procedur  inwazyjnych, receptariusze). |  |
| W zakresie obsługi chorych: |
| 1. | potrafi przygotować i wykonać zastrzyki domięśniowe oraz wstrzyknięcia podskórne, |  |
| 2. | potrafi przygotować kroplówkę dożylną, |  |
| 3. | zna zasady żywienia chorych, |  |
| 4. | zna zasady prowadzenia profilaktyki przeciwodleżynowej oraz zasady leczenia odleżyn, |  |
| 5. | pomaga w wydawaniu leków i wykonywaniu drobnych zabiegach (np. zmiana opatrunków), |  |
| 6. | pomaga w obsłudze sanitarno-higienicznej chorych, |  |
| 7. | asystuje przy badaniu chorych, |  |
| 8. | student pierwszego roku w trakcie praktyki ma pobiera krew żylną i zakłada wenflon do żyły obwodowej. |  |
| 9. | W czasie praktyki student obowiązany jest 2-krotnie odbyć dyżur w godzinach popołudniowych i wieczornych. |  |

Uwagi

…………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………...

Poświadczam, że student/ka odbył/a praktykę na oddziale szpitalnym

od ……………………….……… do ……………….………………..

………………………………………………………………………….……..

podpis Opiekuna praktyki z ramienia Uczelni