**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

**II**

rok studiów

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

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

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

nazwa i adres miejsca odbywania praktyki/pieczęć Instytucji

Studentów obowiązuje 3-tygodniowa praktyka (90 godzin) w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (medycyny rodzinnej) odbywająca się wyłącznie w otwartych jednostkach służby zdrowia (poradnie lekarza rodzinnego). Studenta obowiązuje 6-godzinny dzień pracy.

Warunkiem zaliczenia praktyki jest wykazanie przez studenta znajomości ogólnych zasad organizacji pracy poradni oraz praktycznych umiejętności w zakresie obsługi chorych, włącznie z prowadzeniem dokumentacji.

1. Celem praktyki jest zaznajomienie studenta z pełnym zakresem czynności związanych z pracą poradni lecznictwa otwartego (lekarzy rodzinnych).

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** |
| 1. | Zna zakres prac lekarza rodzinnego, organizację i sposób prowadzenia dokumentacji. |  |
| 2. | Zna metody prowadzenia oświaty sanitarnej i uczestniczenia w działalności profilaktycznej. |  |
| 3. | Zna teoretyczne i w miarę możliwości praktyczne zasady udzielania pierwszej pomocy w nagłych wypadkach, w tym technikę desmurgii. |  |
| 4. | Asystuje lekarzowi rodzinnemu w trakcie wizyt ambulatoryjnych oraz w wizytach domowych, w tym pomaga przy wykonywaniu drobnych zabiegów. |  |
| 5. | Zna system organizacji świadczeń diagnostycznych w lecznictwie otwartym w zakresie badań, pobierania materiałów do badań. |  |
| 6. | Wykonuje wybrane procedury diagnostyczne (pomiar ciśnienia tętniczego, pomiar poziomu cukru z użyciem glukometru, EKG, badanie spirometryczne). |  |

Uwagi

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

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

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

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

od ……………………….……… do ……………….………………..

………………………………………………………………………….……..

podpis Opiekuna praktyki z ramienia Uczelni

**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

**II**

rok studiów

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

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

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

nazwa i adres miejsca odbywania praktyki/pieczęć Instytucji

Studentów obowiązuje 1-tygodniowa praktyka (30 godzin) w zakresie pomocy doraźnej w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym lub Izbie Przyjęć. Studenta obowiązuje 6-godzinny dzień pracy.

Warunkiem zaliczenia praktyki jest wykazanie przez studenta znajomości ogólnych zasad organizacji pracy Specjalistycznego Oddziału Ratunkowego oraz praktycznych umiejętności w zakresie obsługi chorych, łącznie z prowadzeniem dokumentacji.

1. Celem praktyki jest zaznajomienie studenta z pełnym zakresem czynności związanych z pracą w Specjalistycznym Oddziale Ratunkowym.

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** |
| 1. | Zna zakres czynności działu pomocy doraźnej. |  |
| 2. | Asystuje przy udzielaniu pierwszej pomocy chorym oraz przy badaniu chorych w czasie wizyt domowych. |  |
| 3. | Bierze udział w wyjazdach karetki ogólnej, reanimacyjnej, wypadkowej, pediatrycznej i ginekologiczno- położniczej. |  |
| 4. | Umie postępować w stanach zagrożenia życia. |  |

Uwagi

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

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

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

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

od ……………………….……… do ……………….………………..

………………………………………………………………………….……..

podpis Opiekuna praktyki z ramienia Uczelni