**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

**IV**

rok studiów

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

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

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

nazwa i adres miejsca odbywania praktyki/pieczęć Instytucji

Po IV roku studiów obowiązuje studentów 2-tygodniowa (60 godzin) praktyka w Oddziale Intensywnej Terapii. Studenta obowiązuje 6-godzinny dzień pracy.

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

1. Celem praktyki jest zaznajomienie studenta z pełnym zakresem czynności związanych z pracą w Oddziale Intensywnej Terapii.

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 organizację i zasady pracy Oddziału Intensywnej Terapii. |  |
| 2. | Pogłębia i systematyzuje wiedzę dotyczącą fizjopatologii towarzyszącej stanom zagrożenia życia wywołanym przez urazy, ciężkie zakażenia, rozległe operacje, etc. |  |
| 3. | Zna metody leczenia stosowane w Oddziale Intensywnej Terapii z położeniem silnego nacisku na umiejętności praktycznych. |  |
| 4. | Zna metody monitorowania układu oddechowego, prowadzenia wentylacji mechanicznej. |  |
| 5. | Zna metody monitorowania układu krążenia oraz metody farmakologicznego wspierania układu krążenia. |  |
| 6. | Ocenia stan świadomości pacjenta, sedacja w Oddziale Intensywnej Terapii. |  |
| 7. | Zna zakażenia w Oddziale Intensywnej Terapii oraz zasady leczenia wstrząsu septycznego. |  |
| 8. | Zna zasady wdrażania i prowadzenia terapii pozaustrojowych. |  |
| 9. | Zna problemy etyczne w intensywnej terapii. |  |
| 10. | Zna zasady prowadzenia dokumentacji medycznej w Oddziale Intensywnej Terapii. |  |

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

**IV**

rok studiów

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

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

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

nazwa i adres miejsca odbywania praktyki/pieczęć Instytucji

Po IV roku studiów obowiązuje studentów 2-tygodniowa (60 godzin) praktyka w Oddziale Chirurgii. Studenta obowiązuje 6-godzinny dzień pracy.

Warunkiem zaliczenia praktyki jest wykazanie przez studenta znajomości ogólnych zasad organizacji oddziału 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 Oddziale Chirurgii.

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 organizację Oddziału Chirurgicznego, bloku operacyjnego, sal opatrunkowych, zasady przyjęć, prowadzenia dokumentacji i wypisu chorego. |  |
| 2. | Zna typy narzędzi chirurgicznych oraz aparatury używanej w Oddziale Chirurgicznym. |  |
| 3. | Doskonali umiejętność wykonywania badania lekarskiego i postępowania diagnostycznego zwłaszcza w przypadkach nagłych. |  |
| 4. | Opanował zasady opatrywania ran, zakładania szwów, postępowania w złamaniach i oparzeniach. |  |
| 5. | Zna zasady i sposoby znieczulenia miejscowego. |  |
| 6. | Bierze udział w wizytach lekarskich oraz raportach rannych lekarza dyżurnego. |  |
| 7. | Bierze aktywny udział w pracy Oddziału, wykonywaniu podstawowych zabiegów, zmianie opatrunków, zdejmowaniu szwów, podłączaniu kroplówek, pobieraniu materiału do badań diagnostycznych. |  |
| 8. | Opanował zasady aseptyki i antyseptyki oraz techniki mycia się do zabiegu operacyjnego. |  |
| 9. | Bierze udział (asystuje) w operacjach na sali operacyjnej. |  |

Uwagi

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

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

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

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

od ……………………….……… do ……………….………………..

………………………………………………………………………….……..

podpis Opiekuna praktyki z ramienia Uczelni