

**DZIENNIK PRAKTYKI STUDENTA
KIERUNKU LEKARSKIEGO**

.....
imię i nazwisko studenta

.....
nr albumu

.....
rok akademicki

I
rok studiów

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 wstrzyknień podskórnych i domięśniowych.

1. **Celem praktyki** jest zaznajomienie studenta z pełnym zakresem czynności związanych z obsługą chorych oraz zajęciami ogólnie porządkowymi i administracyjnymi jakie występują w pracy oddziałów szpitalnych.
2. Funkcję opiekuna praktyki odpowiedzialnego za realizację programu sprawuje upoważniony przez kierownika lekarz.
3. 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.

.....
.....
.....
nazwa i adres miejsca odbywania praktyki / pieczęć Instytucji

PROGRAM PRAKTYKI

Lp.	ZAKRES CZYNNOŚCI/EFEKTY KSZTAŁCENIA	Data, podpis i pieczęć opiekuna
1.	W zakresie zajęć administracyjno-porządkowych: a/ zna strukturę szpitala i oddziału	
	b/ zna czynności administracyjne związane z obsługą chorych (przyjęcia, wypisy, przenoszenia)	
2.	W zakresie obsługi chorych: a/zna zasady żywienia chorych	
	b/ pomaga przy wydawaniu leków sanitarno-higienicznych chorych	
	c/ zna zasady postępowania przy badaniu chorych	
	d/ asystuje przy badaniu chorych	
	e/ pomaga w przygotowywaniu narzędzi i strzykawek	
	f/ zna zasady wstrzyknień podskórnych i domięśniowych	
	g/ wykonuje zastrzyki podskórne i domięśniowe	

.....
.....
.....
Uwagi

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

od do

.....
.....
.....
podpis Koordynatora praktyki