

**DZIENNIK PRAKTYKI STUDENTA
KIERUNKU LEKARSKIEGO**

.....
imię i nazwisko studenta

.....
nr albumu

.....
rok akademicki

II
rok studiów

Studentów obowiązuje 3-tygodniowa praktyka (90 godzin) odbywająca się wyłącznie w otwartych jednostkach służby zdrowia (poradnie lekarza rodzinnego), obejmująca 6-godzinny dzień pracy. Warunkiem zaliczenia praktyki jest wykazanie przez studenta znajomości ogólnych zasad organizacji pracy poradni oraz praktycznych umiejętności w zakresie obsługi chorych, łącznie z prowadzeniem dokumentacji.

1. **Celem praktyki** jest zaznajomienie studenta z pełnym zakresem czynności związanych z pracą poradni leczenia otwartego (lekarzy rodzinnych).
2. Funkcję opiekuna praktyki odpowiedzialnego za realizację programu sprawuje upoważniony przez kierownika lekarz poradni
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

Lp.	ZAKRES CZYNNOŚCI/EFEKTY KSZTAŁCENIA	Data, podpis i pieczęć opiekuna
1	Zna strukturę poradni; czynności administracyjne związane obsługą chorych (rejestracja, wypisywanie skierowań, recept, zaświadczeń, zwolnień i innych prac wchodzących w zakres czynności lekarskich).	
2	Zna zakres działania w/w poradni.	
3	Zna zasady współpracy w/w poradni ze specjalistycznymi jednostkami służby zdrowia (szpitale, poradnie specjalistyczne).	
4	Asystuje i pomaga przy badaniu chorych, wizytach domowych.	
5	Pomaga w wykonywaniu innych czynności lekarsko - pielęgniarskich wykonywanych w placówce.	
6	Wykonuje zabiegi pielęgniarskie, udziela pierwszej pomocy nagłych przypadkach.	

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

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

od do

.....
podpis Koordynatora praktyki

**DZIENNIK PRAKTYKI STUDENTA
KIERUNKU LEKARSKIEGO**

.....
imię i nazwisko studenta

.....
nr albumu

.....
rok akademicki

II
rok studiów

Studentów obowiązuje 1-tygodniowa praktyka (30 godzin) odbywająca się w zakresie pomocy doraźnej na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, obejmująca 6-godzinny dzień pracy.

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

Lp.	ZAKRES CZYNNOŚCI/EFEKTY KSZTAŁCENIA	Data, podpis i pieczęć opiekuna
1	Zapoznaje się z organizacją pracy i strukturą Szpitalnego Oddziału Ratunkowego: - przyjmuje pacjentów od Zespołów Ratownictwa Medycznego, - prowadzi dokumentację medyczną, - przekazuje pacjentów do innych oddziałów szpitalnych, - wypisuje chorych, - poznaje obszary Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.	
2	Poznaje aparaturę i sprzęt medyczny wykorzystywany w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym.	
3	Asystuje przy badaniu wstępnym prowadzonym przez lekarza Oddziału Ratunkowego oraz w badaniach diagnostycznych.	
4	Asystuje w trakcie wykonywania czynności resuscytacyjnych u chorych w stanach nagłego zagrożenia życia pochodzenia internistycznego i chirurgicznego.	
5	Asystuje w trakcie zabiegów i procedur wykonywanych u pacjentów chirurgicznych.	
6	Asystuje przy transporcie chorych na badania diagnostyczne.	
7	W czasie praktyki student obowiązany jest odbyć jeden dyżur w godzinach 15.00 – 21.00.	

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

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

od do

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