

**DZIENNIK PRAKTYKI STUDENTA
KIERUNKU LEKARSKIEGO**

.....
imię i nazwisko studenta

.....
nr albumu

.....
rok akademicki

IV
rok studiów

Po IV roku studiów obowiązuje studentów 2-tygodniowa praktyka (60 godzin) na **Oddziale Ginekologii i Położnictwa** Szpitali Klinicznych lub Zespołów Opieki Zdrowotnej.

Studenta obowiązuje 6-godzinny dzień pracy.

1. **Celem praktyki** jest zaznajomienie studenta z pełnym zakresem czynności związanych z pracą na Oddziale Ginekologii i Położnictwa.
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	Zapoznanie się z organizacją Położniczej Izby Przyjęć, traktu porodowego oraz oddziału położniczego.	
2	Przyjęcie rodzącej do porodu, założenie odpowiedniej dokumentacji.	
3	Odbieranie porodu fizjologicznego pod nadzorem położnej i lekarza.	
4	Asysta przy cięciu cesarskim, operacjach ginekologicznych.	
5	Poznanie zasad badania ginekologicznego oraz pracy w gabinecie zabiegowym.	
6	Omówienie zasad kwalifikacji pacjentek do zabiegu operacyjnego.	
7	Postępowanie z pacjentkami hospitalizowanymi z powodu zagrażającego poronienia.	

.....
.....
.....
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

IV
(rok studiów)

Po IV roku studiów obowiązuje studentów 2-tygodniowa (60 godzin) praktyka na **Oddziale Chirurgicznym** Szpitali Klinicznych i Zespołów Opieki Zdrowotnej.

Studenta obowiązuje 6-godzinny dzień pracy.

1. **Celem praktyki** jest zaznajomienie studenta z pełnym zakresem czynności związanych z pracą na Oddziale Chirurgicznym.
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	Poznanie organizacji Oddziału Chirurgicznego (izby przyjęć, bloku operacyjnego, sal opatrunkowych, zasad przyjęć, prowadzenia dokumentacji i wypisu chorych).	
2	Poznanie typów narzędzi chirurgicznych oraz aparatury używanej na Oddziale Chirurgicznym.	
3	Doskonalenie badania lekarskiego i postępowania diagnostycznego zwłaszcza w przypadkach nagłych.	
4	Opanowanie zasad opatrywania ran, zakładania szwów, postępowania w złamaniach i oparzeniach.	
5	Poznanie zasad i sposobów znieczulania miejscowego.	
6	Udział w wizytach lekarskich oraz raportach rannych lekarza dyżurnego.	
7	Aktywny udział w pracy Oddziału, asysta przy wykonywaniu podstawowych zabiegów, zmiana opatrunków, zdejmowanie szwów, podłączanie kroplówki, pobieranie materiału do badań diagnostycznych.	
8	Opanowywanie zasad aseptyki i antyseptyki oraz techniki mycia się do zabiegu operacyjnego.	
9	Udział (asysta) w operacjach na sali operacyjnej.	
10	W czasie praktyki student obowiązany jest odbyć dwa dyżury w godzinach 15.00 – 21.00.	

.....
.....
.....

Uwagi

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

od do

.....
podpis Koordynatora praktyki