

**UNIWERSYTET ZIELONOGÓRSKI**  
**COLLEGIUM MEDICUM**

ul. Zyty 28, 65-046 Zielona Góra

[biurodziekana@cm.uz.zgora.pl](mailto:biurodziekana@cm.uz.zgora.pl)

**DZIENNIK PRAKTYK STUDENTA**  
**KIERUNKU RATOWNICTWO MEDYCZNE**

.....  
imię i nazwisko

.....  
nr albumu

.....  
rok akademicki

I (semestr 2)  
rok studiów

Studentów obowiązuje praktyka śródroczna (50 godzin) w Zespołach Ratownictwa Medycznego

- Celem praktyki** jest poznanie zasad funkcjonowania Zespołów Ratownictwa Medycznego
- Funkcję opiekuna praktyki** odpowiedzialnego za realizację programu sprawuje upoważniony przez kierownika ratownik medyczny lub lekarz systemu
- 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  | podpis<br>i pieczęć opiekuna |
|----|--|------------------------------|
| 1  | zna zasady funkcjonowania SWD  |                              |
| 2  | zna obsługę sprzętu będącego na wyposażeniu ambulansów ratownictwa medycznego                  |                              |
| 3  | uczestniczył w wyjazdach zespołów ratownictwa medycznego                                       |                              |
| 4  | uczestniczył w czynnościach ratunkowych u chorych w stanach nagłego zagrożenia zdrowia i życia |                              |
| 5  | zna ułożenie sprzętu w ambulansach ratownictwa medycznego                                      |                              |
| 6  | zna zasady przyjęcia oraz przekazania dyżuru   |                              |
| 7  | Zna zasady pracy dyspozytora medycznego  |                              |

.....  
.....  
.....  
**Uwagi**

Poświadczam, że student/ka odbył/a praktykę w Zespołach Ratownictwa Medycznego

od ..... do .....

.....  
pieczęćka i podpis  
Koordynatora praktyk w Uczelni

.....  
pieczęćka i podpis  
opiekun praktyk  
w Zespołach Ratownictwa Medycznego