UNIWERSYTET ZIELONOGÓRSKI
COLLEGIUM MEDICUM
ul. Zyty 28, 65-046 Zielona Góra

biurodziekana@cm.uz.zgora.pl

DZIENNIK PRAKTYK STUDENTA
KIERUNKU RATOWNICTWO MEDYCZNE

……

imię i nazwisko

……

nr albumu

……

rok akademicki

II (semestr 4)
rok studiów

Studentów obowiązuje praktyka wakacyjna (82 godziny) - Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii

1. **Celem praktyki** jest poznanie pracy oraz postępowania z pacjentem na oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii
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 UCZENIA SIĘ**	podpis i pieczęć opiekuna
1	Zna zasady funkcjonowania oddziału anestezjologii i intensywnej terapii, prowadzi dokumentację medyczną	
2	Uczestniczy w procedurach medycznych udzielanych pacjentom na oddziale (badanie chorego, zakładanie zgłębnika żołądkowego, znieczulenie miejscowe i przewodowe,, pobieranie materiału do badań laboratoryjnych)	
3	Współpracuje z zespołem pracującym na oddziale, wykonuje zlecenia lekarza	
4	Zna leki przeciwbólowe, potrafi dobrać odpowiednie dawki leków, podaje leki i płyny	
5	Zabezpieczenie i utrzymanie drożności dróg oddechowych, intubacja dotchawicza.	
6	Ocena stanu pacjenta wg schematów AVPU i ABCDE	
7	zna funkcjonowanie bloku operacyjnego	
8	uczestniczy w procedurach znieczulania do zabiegów operacyjnych	

……

Uwagi

Poświadczam, że student/ka odbył/ła praktykę - Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii

od …… do ……

…… ……

pieczątka i podpis
Koordynatora praktyk w Uczelni

pieczątka i podpis
opiekuna praktyki w oddziale