

Imię i nazwisko studenta:.....

Nr albumu:.....

Program praktyki zawodowej na rok akademicki 2021/2022

wg standardów kształcenia z dnia 26 lipca 2019 r. (Dz. U. z 2019 r. poz.1573) z póź. zm.

zatwierdzony Uchwałą Senatu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu nr 2062 z dnia 23 września 2019 r.

kierunek: lekarski, rok studiów: I, wymiar praktyk: 4 tygodnie, 120 godzin

przedmiot/zakres praktyki: praktyka z zakresu opieki nad chorym

1. Cel praktyki zawodowej:

praktyczne doskonalenie umiejętności zawodowych uzyskanych w toku realizacji przedmiotów kierunkowych.

2. Wykaz umiejętności praktycznych:

| Wykaz umiejętności | Potwierdzenie odbycia praktyki zawodowej |
|--|---|
| <p>Miejsce realizacji praktyki: w szpitalach klinicznych lub oddziałach szpitalnych zespołów opieki zdrowotnej</p> <ol style="list-style-type: none">1. poznanie systemu organizacyjnego szpitala,2. zaznajomienie studenta z rolą pielęgniarki w procesie pielęgnowania i leczenia pacjenta,3. zdobycie umiejętności wykonywania podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych (mierzenie temperatury, tętna, ciśnienia krwi, liczby oddechów, technika siania łóżka i zmiany pościeli, toaleta chorego, obsługa sanitarna, karmienie chorych, przygotowanie leków do podania chorym),4. nabycie umiejętności wykonywania wstrzyknięć podskórnych i domięśniowych oraz przygotowanie kroplówki dożylniej,5. zapoznanie się z pracą w gabinetach zabiegowych, w tym samodzielne wykonywanie wstrzyknięć podskórnych, śródskórnych i domięśniowych oraz testów mających na celu sprawdzenie wrażliwości na leki i interpretowanie wyników tych testów,6. opanowanie sposobu przygotowania materiałów opatrunkowych i narzędzi chirurgicznych do sterylizacji. | <p>W terminie od do:..... 2022 r. w:</p> <p>..... (pieczęć Podmiotu)</p> <p>Opiekunem praktyki zawodowej z ramienia Podmiotu był/a:</p> <p>..... data, pieczęć, podpis osoby odpowiedzialnej za nadzór nad praktyką z ramienia Podmiotu</p> |

UWAGI: w czasie praktyki student zobowiązany jest do pełnienia 7-godzinnych dyżurów na wszystkich zmianach. Ogólna liczba dyżurów nie powinna przekroczyć 9 w ciągu całej praktyki (a liczba dyżurów nocnych nie powinna przekroczyć trzech).

Program praktyki zgodny ze standardami nauczania

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

WYDZIAŁ LEKARSKI

DZIEKAN

prof. dr hab. Andrzej Hendrich

09 GRU. 2021

data i podpis Dziekana Wydziału

Zaliczam praktykę zawodową po I roku studiów
w roku akademickim 2021/2022

.....
Data i podpis opiekuna praktyk z Uczelni

Wypełnia student:

Oświadczam, iż zostałem poinformowany o konieczności posiadania:

- a) ubezpieczenia od NNW, OC,
- b) zaświadczenia o szczepieniu przeciw WZW typu B,
- c) aktualnego zaświadczenia o przeprowadzeniu badań lekarskich do celów sanitarno-epidemiologicznych,
- d) obowiązującej dokumentacji niezbędnej do zaliczenia praktyki,
- e) ochronnego ubrania medycznego (fartuch, obuwie zmienne, okulary ochronne),
- f) identyfikatora wykonanego przez studenta we własnym zakresie, zgodnie ze wzorem wymaganym przez Uczelnię.

Potwierdzam odbiór programu praktyki zawodowej.

.....
podpis studenta

Wydział Lekarski
Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Ankieta oceny jednostki, w której realizowano praktykę

| | | | | | |
|---|---|--|---|---|---|
| Nazwa jednostki w której realizowano praktykę: | | | | | |
| Rok studiów: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V | | | | | |
| Praktyka w zakresie: | | | | | |
| <input type="checkbox"/> opieki nad chorym | | <input type="checkbox"/> intensywnej terapii | | | |
| <input type="checkbox"/> podstawowej opieki zdrowotnej | | <input type="checkbox"/> chirurgii | | | |
| <input type="checkbox"/> pomocy doraźnej | | <input type="checkbox"/> pediatrii | | | |
| <input type="checkbox"/> chorób wewnętrznych | | <input type="checkbox"/> ginekologii i położnictwa | | | |
| Okres odbywania praktyki: od do | | | | | |
| Ocena w skali od 1 do 5, gdzie 1 – najniższa, 5 - najwyższa | | | | | |
| W jakim stopniu praktyka umożliwiła doskonalenie umiejętności zawodowych? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| W jakim stopniu praktyka umożliwiła osiągnięcie celów przewidzianych w programie? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Czy jednostka przyjmująca zapewniła właściwe warunki odbywania praktyki? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Czy jednostka zapewniła dostęp do wyposażenia medycznego koniecznego do realizacji praktyki? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Jaka była efektywność wykorzystania czasu na realizację zadań praktyki? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Proszę określić stopień satysfakcji z odbytej praktyki | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| UWAGI: | | | | | |

Wydział Lekarski
Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Ankieta oceny praktykanta/praktykantki

| | | | | | |
|--|----------------------------|-----------------------------|--|-----------------------------|----------------------------|
| Imię i nazwisko studenta/tki: | | | | | |
| Rok studiów: | <input type="checkbox"/> I | <input type="checkbox"/> II | <input type="checkbox"/> III | <input type="checkbox"/> IV | <input type="checkbox"/> V |
| Praktyka w zakresie: | | | | | |
| <input type="checkbox"/> opieki nad chorym | | | <input type="checkbox"/> intensywnej terapii | | |
| <input type="checkbox"/> podstawowej opieki zdrowotnej | | | <input type="checkbox"/> chirurgii | | |
| <input type="checkbox"/> pomocy doraźnej | | | <input type="checkbox"/> pediatrii | | |
| <input type="checkbox"/> chorób wewnętrznych | | | <input type="checkbox"/> ginekologii i położnictwa | | |
| Okres odbywania praktyki: od do | | | | | |
| Imię i nazwisko opiekuna praktyki w miejscu odbywania praktyk: | | | | | |
| Ocena w skali od 1 do 5, gdzie 1 – najniższa, 5 - najwyższa | | | | | |
| Przygotowanie teoretyczne (stan wiedzy) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Opanowanie umiejętności praktycznych | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Relacje z personelem medycznym | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Komunikacja z pacjentami | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Aktywność, wykazywanie inicjatywy własnej | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Punktualność, rzetelność wykonywania powierzonych zadań | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Data, podpis, pieczęć opiekuna praktyki | | | | | |
| UWAGI: | | | | | |