

Imię i nazwisko studenta:.....

Nr albumu:.....

Program praktyki zawodowej na rok akademicki 2023/2024

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, śródskórnych 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..... 2024 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> |

Program praktyki zgodny ze standardami nauczania

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
WYDZIAŁ LEKARSKI

10 -01- 2024

DZIEKAN
prof. dr hab. Andrzej Hendrich

.....
data i podpis Dziekana Wydziału

Zaliczam praktykę zawodową po I roku studiów
w roku akademickim 2023/2024

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

Wypełnia student:

Oświadczam, iż zostałem poinformowany o konieczności posiadania:

- a) ubezpieczenia od NNW,
- 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

Ankieta oceny podmiotu, w którym realizowano praktykę

| | | | | | |
|--|----------------------------|-----------------------------|--|-----------------------------|----------------------------|
| Nazwa podmiotu, w którym 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 |
| W jakim stopniu praktyka umożliwiła osiągnięcie efektów uczenia się przewidzianych dla praktyk zawodowych? | 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: | | | | | |

