

# UNIwersytet Medyczny w Lublinie

I Wydział Lekarski z Oddziałem Stomatologicznym

Al. Raławickie 1

20-059 Lublin

Tel. (48): 81-448-60-03, 81-448-60-08, 81-448-60-00; Fax: (48): 81-448-60-01

## KARTA PRAKTYKI STUDENTA KIERUNKU ELEKTORADIOLOGIA studia licencjackie- I st. praktyki wakacyjne

.....  
(imię i nazwisko studenta)

.....  
(nr albumu)

.....  
(rok akademicki)

**I**  
(rok studiów)

Studentów obowiązuje 55- godzinna praktyka wakacyjna odbywająca się w pracowni diagnostyki elektromedycznej. Warunkiem zaliczenia praktyki jest wykazanie przez studenta znajomości ogólnych zasad organizacji pracy w pracowni oraz praktycznych umiejętności w zakresie obsługi aparatury medycznej i opieki nad pacjentem.

1. **Celem praktyki:** jest pogłębienie wiedzy i rozszerzenie umiejętności wymaganych od elektoradiologa w pracowni diagnostyki elektromedycznej oraz ugruntowanie właściwych postaw pracowniczych.
2. Funkcję opiekuna praktyk odpowiedzialnego za realizację programu sprawuje upoważniony przez Kierownika Zakładu pracownik o odpowiednim przygotowaniu zawodowym i ogólnym.
3. Organizator praktyki /Osoba upoważniona przez Organizatora zalicza odbycie praktyk poprzez umieszczenie odpowiednich wpisów w godzinowej karcie praktyk oraz w karcie praktyk studenta. Warunkiem zaliczenia praktyki jest osiągnięcie przez studenta założonych efektów kształcenia.

.....  
(nazwa i adres miejsca odbywania praktyki/pieczeń placówki)

Lp.	ZAKRES CZYNNOŚCI (efekt kształcenia)	Data, podpis i pieczęć opiekuna
1.	zapoznanie się ze specyfikacją pracowni/zakładu i organizacją pracy (U04,K10)	
2.	zapoznanie się z instrukcjami stanowiskowymi (U04. K10).	
3.	przygotowanie stanowiska pracy (kalibracja aparatu, itp.) (U04,U07)	
4.	przygotowanie stanowiska pracy (kalibracja aparatu, itp.) (U04,U07)	
5.	obsługa medycznego (szpitalnego) systemu informatycznego (U14, U21)	
6.	obsługa systemu archiwizacji, prowadzenie dokumentacji pracowni (U14, U21)	
7.	nawiązywanie kontaktu z pacjentem, wywiad i przygotowanie pacjenta do badania (U03)	
8.	wykonywanie typowych procedur medycznych ( pod nadzorem) (U04,U07)	
9.	asystowanie podczas wykonywania testów podstawowych aparatury (U04,U07)	
<p>Poświadczam, że student/ka odbył/ła praktykę w terminie:.....</p> <p>od .....do.....</p> <p>..... (podpis Organizatora praktyki/Osoby upoważnionej przez Organizatora praktyki)</p>		