

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 LEKARSKIEGO w roku akademickim 2018/2019

.....
(imię i nazwisko studenta)

.....
(nr albumu)

.....
(rok akademicki)

II
(rok studiów)

Studentów obowiązuje 1-tygodniowa (30 godzin) praktyka w zakresie pomocy doraźnej w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, obejmująca 6-godzinny dzień pracy.

1. Celem praktyki jest zaznajomienie studenta z pełnym zakresem czynności związanych z pracą w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym.
2. Funkcję opiekuna praktyki odpowiedzialnego za realizację programu sprawuje lekarz upoważniony przez kierownika.
3. Organizator praktyki / Osoba upoważniona przez Organizatora praktyki zalicza jej odbycie poprzez umieszczenie odpowiedniego wpisu w karcie praktyki studenta. Warunkiem zaliczenia praktyki jest osiągnięcie przez studenta założonych efektów kształcenia.

.....
(nazwa i adres miejsca odbywania praktyki oraz pieczęć placówki)

Lp.	ZAKRES CZYNNOŚCI/EFEKTY KSZTAŁCENIA	Data, podpis i pieczęć opiekuna
1.	zna organizację pracy i strukturę Szpitalnego Oddziału Ratunkowego: przyjmuje pacjentów od Zespołów Ratownictwa Medycznego, prowadzi dokumentację medyczną, przekazuje pacjentów do innych oddziałów szpitalnych, wypisuje chorych, poznaje obszary Szpitalnego Oddziału Ratunkowego	
2.	zna aparaturę i sprzęt medyczny wykorzystywany w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym	
3.	asystuje przy badaniu wstępnym prowadzonym przez lekarza ratunkowego oraz badaniach diagnostycznych	
4.	asystuje w trakcie wykonywania czynności resuscytacyjnych u chorych w stanach nagłego zagrożenia życia pochodzenia internistycznego i chirurgicznego	
5.	asystuje w trakcie zabiegów i procedur wykonywanych u pacjentów chirurgicznych	
6.	asystuje przy transporcie chorych na badania diagnostyczne	
7.	w czasie praktyki student odbył jeden dyżur w godzinach 15.00 - 21.00	
<p>Poświadczam, że student/ka odbył/a praktykę w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym</p> <p>oddo.....</p> <p>..... (podpis Organizatora praktyki / Osoby upoważnionej przez Organizatora praktyki)</p> <p>..... (zaliczenie praktyki przez Koordynatora-podpis i pieczęć)</p>		

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 LEKARSKIEGO w roku akademickim 2018/2019

.....
(imię i nazwisko studenta)

.....
(nr albumu)

.....
(rok akademicki)

II
(rok studiów)

Studentów obowiązuje 3-tygodniowa (90 godzin) praktyka odbywająca się wyłącznie w otwartych jednostkach służby zdrowia (poradnie lekarza rodzinnego), obejmująca 6-godzinny dzień pracy. Warunkiem zaliczenia praktyki jest wykazanie przez studenta znajomości ogólnych zasad organizacji pracy poradni oraz praktycznych umiejętności w zakresie obsługi chorych, łącznie z prowadzeniem dokumentacji.

1. Celem praktyki jest zaznajomienie studenta z pełnym zakresem czynności związanych z pracą poradni leczenia otwartego (lekarzy rodzinnych).
2. Funkcję opiekuna praktyki odpowiedzialnego za realizację programu sprawuje lekarz poradni upoważniony przez kierownika.
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 i pieczęć placówki)

Lp.	ZAKRES CZYNNOŚCI/EFEKTY KSZTAŁCENIA	Data, podpis i pieczęć opiekuna
1.	zna strukturę poradni; czynności administracyjne związane z obsługą chorych (rejestracja, wypisywanie skierowań, zaświadczeń, zwolnień i innych prac wchodzących w zakres czynności lekarskich)	
2.	zna zakres działania w/w poradni	
3.	zna zasady współpracy w/w poradni ze specjalistycznymi jednostkami służby zdrowia (szpitale, poradnie specjalistyczne)	
4.	asystuje i pomaga przy badaniu chorych i wizytach domowych	
5.	pomaga w innych czynności lekarsko-pielęgniarskich wykonywanych w placówce	
6.	wykonuje zabiegi pielęgniarskie, udziela pierwszej pomocy w nagłych przypadkach	
Poświadczam, że student/ka odbył/a praktykę w poradni leczenia otwartego (lekarz rodzinny)		
od do		
..... (podpis Organizatora praktyki / Osoby upoważnionej przez Organizatora praktyki)		
..... (zaliczenie praktyki przez Koordynatora-podpis i pieczęć)		