

UNIwersytet Medyczny w Lublinie

I Wydział Lekarski z Oddziałem Stomatologicznym
Al. Raławickie 1 20-059 Lublin

Tel. (48) 81-448-6003, 81-448-6000 Fax (48) 81-448-6001

KARTA PRAKTYKI STUDENTA KIERUNKU LEKARSKIEGO w roku akademickim 2018/2019

.....
(imię i nazwisko studenta)

.....
(nr albumu)

.....
(rok akademicki)

V
(rok studiów)

Studentów obowiązuje 2-tygodniowa (60 godzin) praktyka w zakresie chirurgii na Oddziale Chirurgicznym Szpitali Klinicznych lub Zespołów Opieki Zdrowotnej, obejmująca 6-godzinny dzień pracy.

1. Celem praktyki jest zaznajomienie studenta z pełnym zakresem czynności związanych z pracą na Oddziale Chirurgicznym.
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 CZYNOŚCI/EFEKTY KSZTAŁCENIA	Data, podpis i pieczęć opiekuna
1.	zna organizację Oddziału Chirurgicznego (izby przyjęć, bloku operacyjnego, sal opatrunkowych, zasad przyjęć, prowadzenia dokumentacji i wypisu chorych)	
2.	zna typy narzędzi chirurgicznych oraz aparatury używanej na Oddziale Chirurgicznym	
3.	doskonali badania lekarskiego i postępowanie diagnostyczne zwłaszcza w przypadkach nagłych	
4.	zna zasady opanowani zasad opatrywania ran, zakładania szwów, postępowania w złamaniach i oparzeniach	
5.	zna zasady i sposoby znieczulania miejscowego	
6.	Bierze udział w wizytach lekarskich oraz raportach porannych lekarza dyżurnego	
7.	Bierze aktywny udział w pracy Oddziału, asystuje przy wykonywaniu podstawowych zabiegów, zmienia opatrunki, zdejmuje szwy	
8.	zna zasady aseptyki i antyseptyki oraz techniki mycia się do zabiegu operacyjnego	
9.	bierze udział (asystuje) w operacjach na sali operacyjnej	
10.	w czasie praktyki student odbył dwa dyżury w godzinach 15.00 - 21.00	

Poświadczam, że student/ka odbył/a praktykę w na Oddziale Chirurgicznym

oddo

.....
(podpis Organizatora praktyki / Osoby upoważnionej przez Organizatora praktyki)

.....
(zaliczenie praktyki przez Koordynatora-podpis i pieczęć)

UNIwersytet Medyczny w Lublinie

I Wydział Lekarski z Oddziałem Stomatologicznym
Al. Raławickie 1 20-059 Lublin

Tel. (48) 81-448-6003, 81-448-6000 Fax (48) 81-448-6001

KARTA PRAKTYKI STUDENTA KIERUNKU LEKARSKIEGO w roku akademickim 2018/2019

.....
(imię i nazwisko studenta)

.....
(nr albumu)

.....
(rok akademicki)

V
(rok studiów)

Studentów obowiązuje 2-tygodniowa (60 godzin) praktyka w zakresie intensywnej terapii na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitali Klinicznych i Zespołów Opieki Zdrowotnej, obejmująca 6-godzinny dzień pracy.

1. Celem praktyki jest zaznajomienie studenta z pełnym zakresem czynności związanych z pracą na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii .
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 i pieczęć placówki)

Lp.	ZAKRES CZYNOŚCI/EFEKTY KSZTAŁCENIA	Data, podpis i pieczęć opiekuna
1.	zna organizację Oddziału Intensywnej Terapii oraz powiązania organizacyjne z innymi oddziałami szpitalnymi, kwalifikację do leczenia w OIT, zasady prowadzenia dokumentacji	
2.	zna aparaturę i sprzęt medyczny używany w OIT	
3.	doskonali umiejętności badania fizykalnego	
4.	pogłębia umiejętności monitorowania podstawowych funkcji życiowych oraz interpretacja wyników badań: klinicznych, laboratoryjnych i radiologicznych	
5.	pogłębia umiejętności rozpoznawania i różnicowania ostrych stanów zagrożenia życia	
6.	zna zasady resuscytacji krążeniowo-oddechowej	
7.	wykonuje pod nadzorem, zabiegi stosowane w codziennej praktyce lekarskiej w OIT (np. prowadzenie fizykoterapii układu oddechowego, dobowego bilansu płynowego)	
8.	uczestniczy w wizytach lekarskich	
9.	w czasie dwutygodniowej praktyki student odbył dwa całodobowe dyżury	
Poświadczam, że student/ka odbył/a praktykę w na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii		
oddo		
..... (podpis Organizatora praktyki / Osoby upoważnionej przez Organizatora praktyki)		
..... (zaliczenie praktyki przez Koordynatora-podpis i pieczęć)		