

UNIwersytet Medyczny w Lublinie

Wydział Lekarski

ul. W. Chodźki 19 (TBV)

20-093 Lublin

Tel. (48): 81 448 6306, 81 448 6300; Fax: (48): 81 448 6301

KARTA PRAKTYKI STUDENTA KIERUNKU LEKARSKIEGO

.....
(imię i nazwisko studenta)

.....
(nr albumu)

.....
(rok akademicki)

I
(rok studiów)

Studentów obowiązuje 120 godzin praktyki z zakresu opieki nad chorym odbywającej się wyłącznie w oddziałach szpitalnych, obejmującej 6-godzinny dzień pracy. Każdy student powinien 2-krotnie w czasie praktyki odbyć dyżur w godzinach popołudniowych i wieczornych. Warunkiem zaliczenia praktyki jest wykazanie przez studenta znajomości ogólnych zasad organizacji pracy oddziału szpitala oraz praktycznych umiejętności w zakresie obsługi chorych, łącznie z wykonywaniem wstrzyknięć podskórnych i domięśniowych.

1. **Celem praktyki** jest zaznajomienie studenta z pełnym zakresem czynności związanych z obsługą chorych oraz zajęciami ogólnie porządkowymi i administracyjnymi jakie występują w pracy oddziałów szpitalnych.
2. Funkcję opiekuna praktyki odpowiedzialnego za realizację programu sprawuje upoważniony przez kierownika lekarz.
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 uczenia się.

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

Lp.	ZAKRES CZYNNOŚCI/EFEKTY UCZENIA SIĘ	Data, podpis i pieczęć opiekuna
1.	W zakresie zajęć administracyjno-porządkowych: a/ zna strukturę szpitala i oddziału	
	b/ zna czynności administracyjne związane z obsługą chorych (przyjęcia, wypisy, przenoszenia)	
	c/ zna sprawy zaopatrzenia oddziału (żywność, leki, sprzęt)	
2.	W zakresie obsługi chorych: a/ zna zasady żywienia chorych	
	b/ pomaga przy wydawaniu leków i przy drobnych zabiegach	
	c/ zna zasady obsługi sanitarno-higienicznych chorych	
	d/ asystuje przy badaniu chorych	
	e/ pomaga w przygotowywaniu narzędzi i strzykawek	
	f/ zna zasady wstrzyknięć podskórnych i domięśniowych	
	g/ wykonuje zastrzyki podskórne i domięśniowe	
Uwagi		
Poświadczam, że student/ka odbył/ła praktykę na oddziale szpitalnym oddo..... (podpis Organizatora praktyki / Osoby upoważnionej przez Organizatora praktyki)		