

# 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)

**II**

(rok studiów)

Studentów obowiązuje 90 godzin praktyki odbywającej 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 upoważniony przez kierownika lekarz poradni.
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.	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, wizytach domowych	
5.	Pomaga w wykonywaniu innych czynnościach lekarsko-pielęgniarskich wykonywanych w placówce,	
6.	Wykonuje zabiegi pielęgniarskie, udziela pierwszej pomocy w nagłych przypadkach.	
<hr/> <b>Uwagi</b>		
Poświadczam, że student/ka odbył/a praktyki w poradni leczenia otwartego ( lekarz rodzinny)		
od .....do .....		
..... (podpis Organizator praktyki / osoba upoważniona przez Organizatora praktyki)		

# 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)

**II**

(rok studiów)

Studentów obowiązuje 30 godzin praktyki odbywającej się w zakresie pomocy doraźnej, 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 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.	Zapoznaje się z organizacją pracy i strukturą 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.	Poznaje 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 obowiązany jest odbyć jeden dyżur w godzinach 15.00 – 21.00.	

Uwagi

Poświadczam, że student/ka odbył/a praktyki w zakresie pomocy doraźnej.

od .....do .....

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