

**POLITECHNIKA WROCLAWSKA
WYDZIAŁ MEDYCZNY**

**DZIENNIK PRAKTYKI STUDENTA
KIERUNKU LEKARSKIEGO**

rok studiów I, sem. 2

Opieka nad chorym (praktyka pielęgniarska)

.....
imię i nazwisko studenta

.....
nr albumu

.....
rok akademicki

Studentów obowiązuje 4-tygodniowa praktyka (120 godzin) z zakresu opieki nad chorym odbywająca się wyłącznie w oddziałach szpitalnych, obejmująca 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 wstrzyknień podskórnych i domięśniowych.

1. **Celem praktyki** jest zaznajomienie studenta z pełnym zakresem czynnościami związanymi z obsługą chorych oraz zajęciami ogólnoporządkowymi 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.

Lp.	ZAKRES CZYNNOŚCI / EFEKTY UCZENIA SIĘ	Data, podpis i pieczęć opiekuna ze strony placówki
1	W zakresie zajęć administracyjno-porządkowych: a) zna strukturę szpitala i oddziału b) zna czynności administracyjne związane z obsługą chorych (przyjęcia, wypisy, przenoszenia)	
2	W zakresie obsługi chorych: a) zna zasady żywienia chorych b) pomaga przy wydawaniu leków sanitarno-higienicznych chorych c) zna zasady postępowania przy badaniu 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	

.....
nazwa i adres miejsca odbywania praktyki / pieczęć Instytucji

.....
Uwagi

.....
Poświadczam, że student/ka odbył/a praktykę na oddziale szpitalnym
od

.....
podpis opiekuna praktyki ze strony uczelni