POLITECHNIKA WROCŁAWSKA
WYDZIAŁ MEDYCZNY

DZIENNIK PRAKTYKI STUDENTA KIERUNKU LEKARSKIEGO

rok studiów II, sem. 4

Podstawowa opieka zdrowotna (pomoc doraźna)

……
imię i nazwisko studenta

……..……
nr albumu

……..……
rok akademicki

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

1. **Celem praktyki** jest zaznajomienie studenta z pełnym zakresem czynności związanych z pracą w Specjalistycznym Oddziałem 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 / pieczęć Instytucji

Lp.	ZAKRES CZYNNOŚCI/EFEKTY UCZENIA SIĘ	Data, podpis i pieczęć opiekuna ze strony placówki
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 Oddziału Ratunkowego oraz w 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 praktykę na oddziale szpitalnym

od …… do ……

……
podpis opiekuna praktyki ze strony uczelni