

WYDZIAŁ MEDYCZNY

**DZIENNIK PRAKTYKI STUDENTA
KIERUNKU LEKARSKIEGO**

rok studiów IV, sem. 8

Chirurgia

.....
imię i nazwisko studenta

.....
nr albumu

.....
rok akademicki

Po IV roku studiów obowiązują studentów 2-tygodniowa praktyka (60 godzin) na **Oddziale Chirurgicznym** Szpitali Klinicznych lub Zespołów Opieki Zdrowotnej. Studenta obowiązuje 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 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	Poznanie organizacji Oddziału chirurgicznego (izby przyjęć, bloku operacyjnego, sal opatrunkowych, zasad przyjęć, prowadzenia dokumentacji i wypisu chorych)	
2	Poznanie typów narzędzi chirurgicznych oraz aparatury używanej na Oddziale Chirurgicznym	
3	Doskonalenie badania lekarskiego i postępowania diagnostycznego zwłaszcza w przypadkach nagłych	
4	Opanowanie zasad opatrywania ran, zakładania szwów, postępowania w złamaniach i oparzeniach	
5	Poznanie zasad i sposobów znieczulania miejscowego	
6	Udział w wizytach lekarskich oraz raportach rannych lekarza dyżurnego	
7	Aktywny udział w pracy Oddziału, asysta przy wykonywaniu podstawowych zabiegów, zmiana opatrunków, zdejmowanie szwów, podłączanie kroplówki, pobieranie materiału do badań diagnostycznych	
8	Opanowywanie zasad aseptyki i antyseptyki oraz techniki mycia się do zabiegu operacyjnego	
9	Udział (asysta) w operacjach na sali operacyjnej	
10	W czasie praktyki student obowiązany jest odbyć dwa dyżury 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