

UNIwersytet Medyczny w Lublinie

Wydział Lekarski

ul. W. Chodźki 19 (TBV)

20-093 Lublin

Tel. (48): 81 448 6304, 81 448 6300

KARTA PRAKTYKI STUDENTA KIERUNKU LEKARSKIEGO

.....
(imię i nazwisko studenta)

.....
(nr albumu)

.....
(rok akademicki)

III

(rok studiów)

Po III roku studiów obowiązuje studentów 4-tygodniowa (120 godzin) praktyka w Klinice lub Oddziale Chorób Wewnętrznych. Studenta obowiązuje 6-godzinny dzień pracy.

1. **Celem praktyki** jest zaznajomienie studenta z pełnym zakresem czynności związanych z pracą na Oddziale Chorób Wewnętrznych.
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 placówki)

Lp.	ZAKRES CZYNNOŚCI / EFEKTY UCZENIA SIĘ	Data, podpis i pieczęć opiekuna
1.	Zna organizację Oddziału Wewnętrznego (Kliniki) i powiązania organizacyjne Oddziału (Kliniki) z lecznictwem otwartym.	
2.	Doskonali umiejętności badania fizycznego.	
3.	Zna zasady udzielania pierwszej pomocy (reanimacja).	
4.	Doskonali umiejętności rozpoznawania i różnicowania podstawowych jednostek chorobowych ze szczególnym uwzględnieniem przypadków ostrych.	
5.	Zna właściwą interpretację wyników badań laboratoryjnych, radiologicznych i patomorfologicznych.	
6.	Bierze udział w wizytach lekarskich.	
7.	Wykonuje zabiegi stosowane w codziennej praktyce lekarskiej (wstrzyknięcia dożylnie, podłączenie kroplówek, cewnikowanie, itp.).	
8.	Pobiera materiały do badań diagnostycznych.	
9.	W czasie czterotygodniowej praktyki student obowiązany jest odbyć dwa całodobowe dyżury, w czasie których towarzyszy lekarzowi dyżurnemu we wszystkich czynnościach lekarskich (przyjmuje chorych w izbie przyjęć, wykonuje zabiegi konieczne dla ratowania życia, bierze udział w popołudniowych wizytach lekarskich).	
Uwagi Poświadczam, że student/ka odbył/a praktyki w Klinice lub Oddziale Chorób Wewnętrznych. od do (podpis Organizatora praktyki / Osoby upoważnionej przez Organizatora praktyki)		