

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)

V
(rok studiów)

Po V roku studiów obowiązuje studentów 2-tygodniowa (60 godzin) praktyka **na Oddziale Chirurgicznym** Szpitali Klinicznych i 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 jej odbycie 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 Chirurgicznego (izby przyjęć, bloku operacyjnego, sal opatrunkowych, zasad przyjęć, prowadzenia dokumentacji i wypisu chorych).	
2.	Zna typy narzędzi chirurgicznych oraz aparatury używanej na Oddziale Chirurgicznym.	
3.	Doskonali badania lekarskie i postępowania diagnostycznego zwłaszcza w przypadkach nagłych.	
4.	Zna zasady opatrywania ran, zakładania szwów, postępowania w złamaniach i oparzeniach.	
5.	Zna zasady i sposoby znieczulania miejscowego.	
6.	Bierze udział w wizytach lekarskich oraz raportach rannych lekarza dyżurnego.	
7.	Bierze aktywny udział w pracy Oddziału, asystuje przy wykonywaniu podstawowych zabiegów, zmienia opatrunki, zdejmuje szwy.	
8.	Zna zasady aseptyki i antyseptyki oraz techniki mycia się do zabiegu operacyjnego.	
9.	Bierze udział (asystuje) w operacjach na sali operacyjnej.	
10.	W czasie praktyki student obowiązany jest odbyć dwa dyżury w godzinach 15-21.	
Uwagi Poświadczam, że student/ka odbył/a praktykę na Oddziale Chirurgicznym od do (podpis Organizatora praktyki / Osoby upoważnionej przez Organizatora praktyki)		