

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 w **Oddziale Intensywnej Terapii (OIT)**.

Studenta obowiązuje 6-godzinny dzień pracy.

1. **Celem praktyki** jest zaznajomienie studenta z pełnym zakresem czynności związanych z pracą w Oddziale intensywnej Terapii.
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.	Zapoznaje się z organizacją pracy Oddziału Intensywnej Terapii oraz powiązaniu organizacyjnym z innymi oddziałami szpitalnymi, kwalifikacją do leczenia w OIT, prowadzeniem dokumentacji.	
2.	Poznaje aparaturę i sprzęt medyczny wykorzystywany w OIT.	
3.	Doskonali umiejętności badania fizykalnego.	
4.	Pogłębia umiejętności monitorowania podstawowych funkcji życiowych oraz interpretuje wyniki badań: klinicznych, laboratoryjnych, radiologicznych.	
5.	Pogłębia umiejętności rozpoznawania i różnicowania ostrych stanów zagrożenia życia.	
6.	Zapoznaje się z zasadami resuscytacji krążeniowo-oddechowej.	
7.	Wykonuje pod nadzorem, zabiegi stosowane w codziennej praktyce lekarskiej w OIT (np. prowadzenie fizykoterapii układu oddechowego, dobowego bilansu płynowego).	
8.	Bierze udział w wizytach lekarskich.	
9.	W czasie praktyki student obowiązany jest odbyć jeden dyżur w godzinach 15.00 – 21.00.	
Uwagi Poświadczam, że student/ka odbył/a praktykę w Oddziale Intensywnej Terapii od do (podpis Organizatora praktyki / Osoby upoważnionej przez Organizatora praktyki)		