Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Dziekanat ……………………………………………

Wydziału Nauk Medycznych w Katowicach nazwisko i imię studenta

40-752 Katowice ul. Medyków 18

Tel. 32 2088663

……………………………………………

numer albumu

**POTWIERDZENIE ODBYCIA PRAKTYKI ZAWODOWEJ PO I ROKU STUDIÓW**

**KIERUNKU LEKARSKIEGO**

Wydziału Nauk Medycznych w Katowicach Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

**w zakresie opieki nad chorym w szpitalach (cztery tygodnie) 120 godzin**

**Program praktyki:**

1. Zapoznanie się z systemem organizacyjnym jednostki będącej miejscem odbywania praktyki.
2. Poznanie procedur w zakresie sprawowania opieki nad chorym z uwzględnieniem zasad aseptyki i antyseptyki.
3. Nabycie umiejętności wykonania podstawowych czynności pielęgnacyjnych pacjenta.
4. Nabycie umiejętności wykonania zabiegów pielęgniarskich (w tym pomiary: temperatury ciała, tętna, ciśnienia krwi, częstości oddechów oraz pomiary antropometryczne, pobieranie wymazów z nosa, gardła, skóry).
5. Udział w realizacji zleceń lekarskich.
6. Poznanie zasad i udział w przygotowaniu leków, w tym podawanych parenteralnie.
7. Wykonywanie wstrzyknięć podskórnych i domięśniowych oraz pobieranie krwi do badań laboratoryjnych.
8. Udział w karmieniu chorych i zapoznanie się z zasadami żywienia pacjentów.
9. Poznanie zasad profilaktyki przeciwodleżeniowej oraz zasad oceny i pielęgnowania/ leczenia odleżyn.
10. Wykonywanie paskowych testów diagnostycznych, pomiar stężenia glukozy przy użyciu glukometru.
11. Poznanie zasad prowadzenia dokumentacji medycznej w zakresie pielęgniarskich kompetencji.

**Potwierdzam zaliczenie efektów uczenia się i zrealizowanie programu w zakresie treści objętych praktyką w okresie od ........................ do …….............**

……...................................... ……………….................................................................

pieczątka ogólna jednostki Podpis i pieczęć funkcyjna Kierownika Kliniki lub Ordynatora

……………………………………………………….

Podpis i pieczęć opiekuna praktyk SUM