

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
Dziekanat
Wydziału Nauk Medycznych w Zabrze
41-800 Zabrze Pl. Traugutta 2
Tel. 32 370 52 52

.....
nazwisko i imię studenta

.....
numer albumu

**POTWIERDZENIE ODBYCIA PRAKTYKI WAKACYJNEJ PO V ROKU STUDIÓW
KIERUNKU LEKARSKIEGO**

Wydziału Nauk Medycznych w Zabrze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

W zakresie intensywnej terapii – 2 tygodnie (60 godzin)

Program praktyki:

- 1) Zapoznanie się z zasadami organizacji pracy oraz zakresem udzielanych świadczeń zdrowotnych oddziału intensywnej terapii.
- 2) Poznanie i nabycie umiejętności obsługi aparatury medycznej w oddziale intensywnej terapii.
- 3) Doskonalenie umiejętności rozpoznawania, różnicowania stanów zagrożenia życia.
- 4) Doskonalenie umiejętności postępowania w ostrych stanach zagrożenia życia i oceny stanu pacjenta nieprzytomnego.
- 5) Doskonalenie umiejętności monitorowania parametrów życiowych pacjenta.
- 6) Asystowanie i poznanie zasad wentylacji wspomaganej i wentylacji zastępczej.
- 7) Asystowanie przy realizacji procedur przeprowadzonych w oddziale intensywnej terapii.
- 8) Poznanie zasad wyboru zgodnego z prawem postępowania lekarskiego w sytuacji konieczności działania bez zgody pacjenta.
- 9) Zapoznanie się z zasadami przetaczania krwi i jej składników oraz preparatów krwio pochodnych.
- 10) Poznanie implikacji klinicznych wywołanych odpowiedzią organizmu m.in. na uraz, wstrząs, posocznicę i inne ciężkie zakażenia, oraz zrozumienie zasad leczenia w tym antybiotykoterapii, płynoterapii, leczenia ostrego uszkodzenia nerek, korekcji zaburzeń metabolicznych, elektrolitowych, zaburzeń odżywiania.
- 11) Poznanie zasad prowadzenia dokumentacji medycznej w oddziale intensywnej terapii.

Potwierdzam zaliczenie efektów uczenia się i zrealizowanie programu w zakresie treści objętych praktyką

w okresie od do

.....
pieczęć ogólna jednostki

.....
Podpis i pieczęć funkcyjna Kierownika Kliniki lub Ordynatora
(Opiekuna praktyk)

.....
Podpis i pieczęć opiekuna praktyki SUM

**POTWIERDZENIE ODBYCIA PRAKTYKI WAKACYJNEJ PO V ROKU STUDIÓW
KIERUNKU LEKARSKIEGO**

Wydziału Nauk Medycznych w Zabrze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

W zakresie ginekologii i położnictwa – 2 tygodnie (60 godzin)

Program praktyki:

- 1) Zapoznanie się z organizacją pracy i zakresem udzielanych świadczeń zdrowotnych oddziału ginekologii i położnictwa.
- 2) Zapoznanie się z organizacją pracy ginekologicznej i położniczej izby przyjęć.
- 3) Poznanie zasad przyjęcia rodzącej do porodu, zapoznanie się z odpowiednią dokumentacją medyczną, nabycie umiejętności przygotowania pacjentki do porodu.
- 4) Prowadzenie pod nadzorem dokumentacji przebiegu porodu, z uwzględnieniem najważniejszych parametrów świadczących o stanie matki i płodu.
- 5) Asysta przy porodzie fizjologicznym pod nadzorem położnej/lekarza,
- 6) Zapoznanie się z techniką szycia krocza.
- 7) Nabycie umiejętności oceny łóżyska po porodzie.
- 8) Zapoznanie się z aparaturą dostępną w oddziale ginekologii i położnictwa (np. amnioskopem, detektorem tętna itp.).
- 9) Asysta przy cięciu cesarskim.
- 10) Omówienie zasad kwalifikowania pacjentek do zabiegu operacyjnego z zakresu ginekologii.
- 11) Poznanie zasad pracy w gabinecie zabiegowym i prowadzenia dokumentacji zabiegowej, pobierania materiału do badania histopatologicznego i cytologicznego oraz wypełniania odpowiednich skierowań do badań.
- 12) Asysta przy zabiegach i operacjach ginekologicznych.
- 13) Nabycie umiejętności obserwacji pacjentek w okresie pooperacyjnym i prowadzenie dokumentacji medycznej.
- 14) Poznanie zasad postępowania z pacjentkami hospitalizowanymi z powodu patologii ciąży, w tym postępowanie z pacjentkami hospitalizowanymi z powodu zagrażającego poronienia.
- 15) Poznanie zasad profilaktyki nowotworów narządów płciowych żeńskich i gruczołu piersiowego.
- 16) Poznanie przepisów sanitarno-epidemiologicznych obowiązujących w oddziale położniczym i ginekologicznym oraz metod zapobiegania zakażeniom szpitalnym.
- 17) Doskonalenie umiejętności właściwej interpretacji wyników badań laboratoryjnych, obrazowych i patomorfologicznych.

Potwierdzam zaliczenie efektów uczenia się i zrealizowanie programu w zakresie treści objętych praktyką

w okresie od do

.....
pieczęć ogólna jednostki

.....
Podpis i pieczęć funkcyjna Kierownika Kliniki lub Ordynatora
(Opiekuna praktyk)

.....
Podpis i pieczęć opiekuna praktyki SUM