|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ŚLĄSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY W KATOWICACH**  **WYDZIAŁ NAUK MEDYCZNYCH W KATOWICACH**  **DZIEKANAT**  ul. Medyków 18, 40-752 Katowice  tel.: +48 32 2088665  adres e-mail: ksiwiec@sum.edu.pl |  |

……………………………………………

Imię i nazwisko studenta

……………………………………………

Numer albumu

**Potwierdzenie odbycia praktyki zawodowej**

**po II roku studiów** (3-tygodniowa praktyka w zakresie lecznictwa otwartego/lekarz rodzinny 90 godzin)

**Celem praktyki jest:**

1. Zapoznanie się teoretycznie i w miarę możliwości praktycznie z zasadami udzielania pierwszej pomocy w nagłych wypadkach.
2. Pomoc przy wykonywaniu przez lekarza drobnych zabiegów.
3. Asysta lekarzowi przyjmującemu pacjentów w Przychodni oraz w wizytach domowych.
4. Zaznajomienie studenta z systemem organizacji usług laboratoryjnych i diagnostycznych   
   w lecznictwie otwartym łącznie z aspektami odpowiedzialności etyczno-moralnej i formalno-prawnej.
5. Instruktaż dotyczący bezpieczeństwa i higieny pracy ze szczególnym uwzględnieniem specyfiki danego laboratorium.
6. Zapoznanie studenta z zakresem usług laboratoryjno – diagnostycznych ( badania i metody tzw. analityczne, chemiczne, biologiczne, cytochemiczne, hematologiczne, serologiczne, bakteriologiczne, toksykologiczne itp., badania podstawowe i wysoko specjalistyczne).
7. Zaznajomienie studenta z zasadami współpracy lekarza leczącego z laboratorium (zlecenia badań, sposoby pobierania materiału, wpisywanie i rejestrowanie, oraz przekazywanie wyników).
8. Zaznajomienie studenta z organizacją usług diagnostycznych, radiologicznych w lecznictwie otwartym.

Potwierdzam odbycie praktyki w okresie od ............................................... do ..................................................

................................................................... .........................................................................

Pieczątka ogólna jednostki Podpis i pieczęć Kierownika jednostki

……………………………………………………….

Podpis i pieczęć opiekuna praktyk SUM

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ŚLĄSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY W KATOWICACH**  **WYDZIAŁ NAUK MEDYCZNYCH W KATOWICACH**  **DZIEKANAT**  ul. Medyków 18, 40-752 Katowice  tel.: +48 32 2088665  adres e-mail: ksiwiec@sum.edu.pl |  |

………………………………………………

Imię i nazwisko studenta

………………………………………………

Numer albumu

**Potwierdzenie odbycia praktyki zawodowej**

**po II roku studiów** (1-tygodniowa praktyka w zakresie pomocy doraźnej 30 godzin)

**Celem praktyki jest:**

1. Poznanie organizacji Oddziału Pomocy Doraźnej
2. Uczestnictwo w działalności leczniczej świadczonej w w/w jednostce :

– działanie ambulatoryjne

– wyjazdy karetek pogotowia

– interwencja karetek

1. Diagnostyka i leczenie w przypadkach nagłych
2. Opanowanie zasad opatrywania ran, zakładania szwów, postępowania w złamaniach i oparzeniach

Potwierdzam odbycie praktyki w okresie od ............................................... do ..................................................

................................................................... .........................................................................

Pieczątka ogólna jednostki Podpis i pieczęć Kierownika jednostki

……………………………………………………….

Podpis i pieczęć opiekuna praktyk SUM