|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ŚLĄSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY W KATOWICACH**  **WYDZIAŁ NAUK MEDYCZNYCH W KATOWICACH**  **DZIEKANAT**  ul. Medyków 18, 40-752 Katowice  tel.: +48 32 2088669; fax: +48 32 2528010  adres e-mail: jnowakowska@sum.edu.pl |  |

………………………………………………

Imię i nazwisko studenta

………………………………………………

Numer albumu

**Potwierdzenie odbycia praktyki zawodowej**

**po IV roku studiów** (2-tygodniowa praktyka w zakresie pediatrii wplacówkach lecznictwa zamkniętego 60 godzin)

**Celem praktyki jest:**

1. Zapoznanie się z organizacją Oddziału Dziecięcego /Kliniki/ i powiązaniach organizacyjnych Oddziału /Kliniki/ z lecznictwem otwartym.
2. Ocena stanu dziecka i jego psychofizycznego rozwoju.
3. Badanie fizykalne dziecka.
4. Zasady udzielania pierwszej pomocy.
5. Pogłębienie umiejętności właściwego rozpoznawania i różnicowania podstawowych jednostek chorobowych ze szczególnym uwzględnieniem przypadków ostrych.
6. Poznanie właściwej interpretacji wyników badań pracowniczych, radiologicznych, patomorfologicznych.
7. Udział w wizytach lekarskich i zapoznanie się z zasadami prowadzenia dokumentacji choroby.
8. Ocena stopnia nawodnienia niemowlęcia z ustaleniem wskazań do leczenia nawadniającego (ilość i skład płynu infuzyjnego).
9. Ocena równowagi kwasowo-zasadowej u chorego dziecka, zwłaszcza niemowlęcia.
10. Uczestniczenie w konsultacjach wielospecjalistycznych.

W czasie praktyki student zobowiązany jest odbyć dwa całodobowe dyżury, w czasie których towarzyszy lekarzowi dyżurnemu we wszystkich czynnościach lekarskich.

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 2088669; fax: +48 32 2528010  adres e-mail: jnowakowska@sum.edu.pl |  |

………………………………………………

Imię i nazwisko studenta

………………………………………………

Numer albumu

**Potwierdzenie odbycia praktyki zawodowej**

**po IV roku studiów** (2-tygodniowa praktyka w zakresie intensywnej terapii w placówkach lecznictwa zamkniętego 60 godzin)

**Celem praktyki w zakresie intensywnej terapii jest:**

1. Zapoznanie się z organizacją Oddziału Intensywnej Terapii
2. Poznanie zasad bezpieczeństwa okołooperacyjnego, przygotowanie pacjenta do operacji, wykonanie znieczulenia ogólnego i miejscowego oraz kontrolowanie sedacji
3. Poznanie leczenia pooperacyjnego z terapią przeciwbólową i monitorowaniem pooperacyjnym
4. Poznanie wskazań i zasad stosowania intensywnej terapii
5. Zapoznanie się z prowadzeniem resuscytacji krążeniowo- oddechowej.

W czasie praktyki student zobowiązany jest odbyć jeden całodobowy dyżur lub dwóch dyżurów 12-godzinnych, w czasie których towarzyszy lekarzowi dyżurnemu we wszystkich czynnościach lekarskich

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

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

Pieczątka ogólna jednostki Podpis i pieczęć Kierownika jednostki

……………………………………………………….

Podpis i pieczęć opiekuna praktyk SUM