**Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach**
**Dziekanat**
**Wydziału Nauk Medycznych w Zabrzu**
**41-800 Zabrze, pl. Traugutta 2**
**Tel. 32 37 05 295**

.....

**nazwisko i imię studenta**

# POTWIERDZENIE ODBYCIA PRAKTYKI ZAWODOWEJ PO II ROKU STUDIÓW KIERUNKU LEKARSKIEGO

Wydziału Nauk Medycznych w Zabrzu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

**w zakresie lecznictwa otwartego (lekarz rodzinny) – trzy tygodnie 90 godz.**

**Program praktyki:**

1. Poznanie organizacji pracy jednostki podstawowej opieki zdrowotnej, w tym zasad organizacji gabinetu zabiegowego.
2. Zapoznanie się z zakresem zadań i obowiązków lekarza podstawowej opieki zdrowotnej oraz zakresem czynności jednostki (np. sposobami prowadzenia dokumentacji medycznej, zasadami udzielania świadczeń zdrowotnych, rejestracji chorych).
3. Asystowanie lekarzowi przy przyjmowaniu chorych w jednostce, a w miarę możliwości także w wizytach domowych.
4. Poznanie zasad wydawania zaświadczeń lekarskich i orzeczeń o czasowej niezdolności do pracy.
5. Poznanie zasad i zakresu kierowania chorych na konsultacje specjalistyczne, do leczenia szpitalnego i uzdrowiskowego, zlecania badań diagnostycznych oraz zapewnienia pacjentom transportu.
6. Doskonalenie umiejętności wykonywania wstrzyknięć dożylnych, podskórnych i domięśniowych.
7. Doskonalenie umiejętności udzielania pierwszej pomocy w nagłych wypadkach.
8. Współudział w wykonywaniu drobnych zabiegów lekarskich oraz badań dodatkowych realizowanych w jednostce.
9. Współudział w analizie wyników badań dodatkowych i konsultacji specjalistycznych.
10. Zasady pobierania i przesyłania materiałów do badań laboratoryjnych i rejestracji wyników.
11. Zapoznanie się z metodami przeprowadzania badania bilansowego pacjenta do ukończenia 18. roku życia.
12. Poznanie zasad kwalifikowania pacjenta do szczepień oraz stosowania kalendarza szczepień u pacjentów do ukończenia 18. roku życia.

**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

**Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach**
**Dziekanat**
**Wydziału Nauk Medycznych w Zabrzu**
**41-800 Zabrze, pl. Traugutta 2**
**Tel. 32 37 05 295**

.....

**nazwisko i imię studenta**

# POTWIERDZENIE ODBYCIA PRAKTYKI ZAWODOWEJ PO II ROKU STUDIÓW KIERUNKU LEKARSKIEGO

Wydziału Nauk Medycznych w Zabrzu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

**w zakresie pomocy doraźnej – jeden tydzień 30 godz.**

**Program praktyki:**

1. Poznanie struktury i organizacji pracy jednostki pomocy doraźnej.
2. Zapoznanie się z zakresem czynności jednostki (m.in. prowadzeniem dokumentacji, zasadami udzielania świadczeń zdrowotnych oraz kierowania chorych do szpitali).
3. Asysta przy udzielaniu pomocy w miejscu zdarzenia, podczas transportu chorego oraz w jednostce pomocy doraźnej.
4. Pogłębienie wiedzy i praktycznych umiejętności w zakresie postępowania w stanach nagłych i zagrożenia życia.
5. Doskonalenie umiejętności udzielania kwalifikowanej pierwszej pomocy oraz współudział w prowadzeniu medycznych czynności ratunkowych.
6. Poznanie zasad działania w algorytmie zaawansowanych czynności ratunkowych.
7. Doskonalenie umiejętności oceny stanu pacjenta (w tym pacjenta nieprzytomnego).
8. Doskonalenie umiejętności układania pacjenta w pozycji właściwej dla jego stanu lub odniesionych obrażeń.
9. Poznanie zasad zaopatrzenia pacjenta urazowego, chirurgicznego, internistycznego, pediatrycznego.
10. Nabycie umiejętności w interpretacji pilnych badań diagnostycznych realizowanych przez jednostkę pomocy doraźnej.

**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