

KARTA POTWIERDZANIA ZALICZENIA POSZCZEGÓLNYCH EFEKTÓW UCZENIA SIĘ  
NA ZAJĘCIACH PRAKTYCZNYCH Z PRZEDMIOTU **OKULISTYKA**

.....  
(Nazwisko i Imię Studenta)

.....  
(Nr albumu)

Potwierdzam, że student potrafi:

Symbol	Nazwa umiejętności	Data	Podpis
LJO_FU37	przeprowadzać okulistyczne badanie przesiewowe;		
LJO_FU38	rozpoznawać stany okulistyczne wymagające natychmiastowej pomocy specjalistycznej i udzielać wstępnej, kwalifikowanej pomocy w przypadkach urazów fizycznych i chemicznych oka;		
LJO_FU39	asystować przy wykonaniu badania dna oka oftalmoskopem bezpośrednim i jego interpretacji w zakresie oceny tarczy nerwu wzrokowego i dużych naczyń (obrzęk tarczy nerwu wzrokowego i wylewy, brak różowego refleksu);		

Potwierdzam, że student jest gotów do:

- nawiązania i utrzymania głębokiego oraz pełnego szacunku kontaktu z pacjentem, a także okazywania zrozumienia dla różnic światopoglądowych i kulturowych;
- kierowania się dobrem chorego;
- przestrzegania tajemnicy lekarskiej i praw pacjenta;
- podejmowania działań wobec pacjenta w oparciu o zasady etyczne, ze świadomością społecznych uwarunkowań i ograniczeń wynikających z choroby;
- dostrzegania i rozpoznawania własnych ograniczeń oraz dokonywania samooceny deficytów i potrzeb edukacyjnych;
- propagowania zachowań prozdrowotnych;
- korzystania z obiektywnych źródeł informacji;
- formułowania wniosków z własnych pomiarów lub obserwacji;
- wdrażania zasad koleżeństwa zawodowego i współpracy w zespole specjalistów, w tym z przedstawicielami innych zawodów medycznych, także w środowisku wielokulturowym i wielonarodowościowym;
- formułowania opinii dotyczących różnych aspektów działalności zawodowej;
- przyjęcia odpowiedzialności związanej z decyzjami podejmowanymi w ramach działalności zawodowej, w tym w kategoriach bezpieczeństwa własnego i innych osób.

Data: .....

Podpis: .....

**Uwagi:**
