

Karta praktyki zawodowej na rok akademicki: 2025/2026	 (Nazwisko i Imię Studenta)
wg standardów kształcenia zatwierdzony Uchwałą Senatu Akademii Medycznych i Społecznych Nauk Stosowanych/Kierunek: Lekarski.	 (Nr albumu)
Rok studiów: I	Wymiar praktyk: 120 godzin/4 tygodnie/30 godz. tygodniowo	Przedmiot/zakres praktyki: Opieka nad chorym
Wymagania: opiekun magister pielęgniarstwa/do wyboru oddział o profilu: chirurgicznym, chorób wewnętrznych, neurologicznym		
Cel praktyki zawodowej: praktyczne doskonalenie umiejętności zawodowych uzyskanych w toku realizacji przedmiotów kierunkowych		

Wykaz umiejętności praktycznych i kompetencji społecznych	Potwierdzenie odbycia praktyki zawodowej
<p>I. W zakresie umiejętności student potrafi:</p> <ol style="list-style-type: none"> wykonywać pomiary antropometryczne; zestawiać pomiary antropometryczne i ciśnienia krwi z danymi na siatkach centylowych; wykonywać pomiar temperatury ciała; wykonywać pomiar tętna; wykonywać nieinwazyjny pomiar ciśnienia tętniczego; przeprowadzać tlenoterapię przy użyciu metod nieinwazyjnych; wykonywać dożylny, domięśniowy i podskórny podanie leku; założyć wkłucie obwodowe; pobierać obwodową krew żylną; pobierać wymazy do badań mikrobiologicznych i cytologicznych (z nosa, gardła i skóry); wykonywać i interpretować standardowy elektrokardiogram spoczynkowy; wykonywać proste testy paskowe, w tym pomiar stężenia glukozy przy pomocy glukometru; oceniać odleżyny i stosować odpowiednie opatrunki; przewodzą dokumentację medyczną pacjenta, w tym w postaci elektronicznej, zgodnie z przepisami prawa. <p>II. W zakresie kompetencji społecznych (postawy) student jest gotów do:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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; podjęcia 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. 	<p>Miejsce realizacji praktyki:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>W terminie:</p> <p>od do 20..... r.</p> <p>w wymiarze: 120 godzin/ 4 tygodnie/30 godzin w tygodniu</p> <p>..... (pieczęć Podmiotu)</p> <p>Opiekunem praktyki był/a:</p> <p>..... (imię i nazwisko)</p> <p>..... (data, pieczęć, podpis Opiekuna praktyki)</p> <p>Zaliczam/Nie zaliczam * praktykę zawodową na ocenę: *</p> <p>2 -niedostateczny 3 -dostateczny 3,5 -dość dobry 4 -dobry 4,5 -ponad dobry 5 -bardzo dobry</p> <p>* właściwe zakreślić oraz w przypadku niezrealizowania zakresu wymienionego w wykazie po lewej, należy skreślić odpowiedni punkt na liście.</p> <p>..... (data, pieczęć, podpis Opiekuna praktyki)</p>

Wypełnia Uczelnia

Zaliczam praktykę zawodową po roku studiów
w roku akademickim

.....
(data i podpis)

Wypełnia Student:

Oświadczam, iż zostałem poinformowany o konieczności posiadania:

- a) zaświadczenia o szczepieniu przeciw WZW typu B,
- b) aktualnego zaświadczenia o przeprowadzeniu badań lekarskich do celów sanitarno-epidemiologicznych,
- c) zaświadczenia z KRK,
- d) ubezpieczenia od OC, NNW,
- e) obowiązującej dokumentacji niezbędnej do zaliczenia praktyki,
- f) ochronnego ubrania medycznego (fartuch, obuwie zmienne, okulary ochronne),
- g) identyfikatora, zgodnie ze wzorem wymaganym przez Uczelnię.

Zostałem zapoznany z procedurą postępowania po ekspozycji zawodowej na zakażenie:

- a) HIV;
- b) HBV;
- c) HCV.

Potwierdzam odbiór karty praktyki zawodowej.

.....
(podpis Studenta)

Uzasadnienie (w przypadku niezaliczenia praktyki):

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

.....
(data)

.....
(podpis Koordynatora Praktyk)