

<b>Karta praktyki zawodowej na rok akademicki: 2025/2026</b>		..... (Nazwisko i Imię Studenta)
wg standardów kształcenia zatwierdzony Uchwałą Senatu Akademii Medycznych i Społecznych Nauk Stosowanych/Kierunek: Lekarski		..... (Nr albumu)
Rok studiów: <b>III</b>	Wymiar praktyk: <b>60 godzin</b>	Przedmiot/zakres praktyki: <b>Pediatria</b>
Wymagania: <b>opiekun: lekarz pediatra; miejsce: oddział zachowawczy o profilu pediatrycznym</b>		
Cel praktyki zawodowej: <b>praktyczne doskonalenie umiejętności zawodowych uzyskanych w toku realizacji przedmiotów kierunkowych</b>		

Wykaz umiejętności praktycznych i kompetencji społecznych	Potwierdzenie odbycia praktyki zawodowej
<p><b>I. W zakresie umiejętności student potrafi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>przeprowadzać wywiad lekarski z dzieckiem i jego rodziną;</li> <li>przeprowadzać badanie fizykalne dziecka w każdym wieku;</li> <li>oceniać dojrzałość noworodka;</li> <li>badać odruchy noworodkowe;</li> <li>oceniać stopień zaawansowania dojrzewania płciowego;</li> <li>przeprowadzać diagnostykę różnicową najczęstszych chorób dzieci;</li> <li>planować postępowanie diagnostyczne, terapeutyczne i profilaktyczne w najczęstszych chorobach dzieci;</li> <li>interpretować wyniki badań laboratoryjnych i identyfikować przyczyny odchyień od normy;</li> <li>planować konsultacje specjalistyczne;</li> <li>przewodzić dokumentację medyczną pacjenta.</li> </ol> <p><b>II. W zakresie kompetencji społecznych (postawy) student jest gotów do:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>nawiązania i utrzymania głębokiego oraz pełnego szacunku kontaktu z pacjentem, a także okazywania zrozumienia dla różnic światopoglądowych i kulturowych;</li> <li>kierowania się dobrem chorego;</li> <li>przestrzegania tajemnicy lekarskiej i praw pacjenta;</li> <li>podejmowania działań wobec pacjenta w oparciu o zasady etyczne, ze świadomością społecznych uwarunkowań i ograniczeń wynikających z choroby;</li> <li>dostrzegania i rozpoznawania własnych ograniczeń oraz dokonywania samooceny deficytów i potrzeb edukacyjnych;</li> <li>propagowania zachowań prozdrowotnych;</li> <li>korzystania z obiektywnych źródeł informacji;</li> <li>formułowania wniosków z własnych pomiarów lub obserwacji;</li> <li>wdrażania zasad koleżeństwa zawodowego i współpracy w zespole specjalistów, w tym z przedstawicielami innych zawodów medycznych, także w środowisku wielokulturowym i wielonarodowościowym;</li> <li>formułowania opinii dotyczących różnych aspektów działalności zawodowej;</li> <li>przyjęcia odpowiedzialności związanej z decyzjami podejmowanymi w ramach działalności zawodowej, w tym w kategoriach bezpieczeństwa własnego i innych osób.</li> </ol>	<p><b>Miejsce realizacji praktyki:</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>W terminie:</p> <p>od ..... do ..... 20..... r.</p> <p>w wymiarze: <b>60 godzin</b></p> <p>..... (pieczęć Podmiotu)</p> <p><b>Opiekunem praktyki był/a:</b></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)