

Karta praktyki zawodowej na rok akademicki:		 (Nazwisko i Imię Studenta)
wg standardów kształcenia zatwierdzony Uchwałą Senatu Akademii Medycznych i Społecznych Nauk Stosowanych/Kierunek: Lekarski.		 (Nr albumu)
Rok studiów: IV	Wymiarpraktyk: 60 godzin	Przedmiot/zakres praktyki: Choroby Wewnętrzne II
Wymagania: opiekun Lekarz chorób wewnętrznych; oddział chorób wewnętrznych, gastroenterologii, pulmonologii, kardiologii, nefrologii itp.		
Cel praktyki zawodowej: praktyczne doskonalenie umiejętności zawodowych uzyskanych w toku realizacji przedmiotów kierunkowych		

Wykaz umiejętności praktycznych i kompetencji społecznych	Potwierdzenie odbycia praktyki zawodowej
I. W zakresie umiejętności student potrafi: - przeprowadzać wywiad lekarski z pacjentem internistycznym; - przeprowadzać pełne i ukierunkowane badanie fizykalne pacjenta dorosłego; - przeprowadzać diagnostykę różnicową najczęstszych chorób osób dorosłych; - oceniać i opisywać stan somatyczny pacjenta; - planować postępowanie diagnostyczne, terapeutyczne i profilaktyczne w najczęstszych chorobach osób dorosłych; - przeprowadzać analizę ewentualnych działań niepożądanych poszczególnych leków oraz interakcji między nimi; - proponować indywidualizację obowiązujących wytycznych terapeutycznych oraz inne metody leczenia wobec nieskuteczności albo przeciwwskazań do terapii standardowej; - interpretować wyniki badań laboratoryjnych i identyfikować przyczyny odchyłeń od normy; - przeprowadzać leczenie tlenem; - założyć wkłucie obwodowe; - planować konsultacje specjalistyczne; - opracować zasady profilaktyki i leczenia chorób alergicznych, w tym indywidualnych programów profilaktyki z uwzględnieniem zasad ograniczania narażenia na alergen oraz indywidualnej diety hipoalergenowej. II. W zakresie kompetencji społecznych (postawy) 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.	Miejsce realizacji praktyki: W terminie: od do 20..... r. w wymiarze: 60 godzin (pieczęć Podmiotu) Opiekunem praktyki był/a: (imię i nazwisko) (data, pieczęć, podpis Opiekuna praktyki) Zaliczam/Nie zaliczam * praktykę zawodową na ocenę: * 2 -niedostateczny 3 -dostateczny 3,5 -dość dobry 4 -dobry 4,5 -ponad dobry 5 -bardzo dobry * właściwie zakreślić oraz w przypadku niezrealizowania zakresu wymienionego w wykazie po lewej, należy skreślić odpowiedni punkt na liście. (data, pieczęć, podpis Opiekuna praktyki)

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)