

**KARTA PRAKTYKANTA UKSW****Kierunek studiów - LEKARSKI****Rok studiów II**

Imię i nazwisko studenta	
Nr albumu	
Nazwa i adres instytucji, w której zrealizowano praktykę	
Termin praktyki	
Zrealizowana liczba godzin	
Imię i nazwisko opiekuna praktyk	
Zakres praktyki	<b>Podstawowa opieka zdrowotna</b>
Wymiar	3 tyg. – 90 godz. dydaktycznych -6 godzinny dzień pracy

**Cel praktyki:**

1. Zaznajomienie się z zakresem prac przychodni (ośrodka).
2. Zapoznanie się ze sposobem prowadzenia dokumentacji w przychodni/ ośrodku.
3. Zaznajomienie się z zasadami wydawania i wypełniania zwolnień chorobowych, zaświadczeń lekarskich, skierowań do badań specjalistycznych.
4. Asystowanie lekarzowi przy przyjmowaniu pacjentów w przychodni oraz podczas wizyt domowych.

**OCENA EFEKTÓW UCZENIA SIĘ PRAKTYKANTA**

(wypełnia **opiekun praktyki** w Instytucji):

5 – wysoki poziom przygotowania 4 – odpowiada oczekiwaniom 3 – dostateczny 2 – poważne zastrzeżenia 1 – nie dotyczy

Efekty uczenia się podlegające ocenie		Symbole efektów kształcenia
UMIĘJĘTNOŚCI	student przeprowadza wywiad lekarski z pacjentem dorosłym,	WMKL_E.U1.
	student przeprowadza pełne i ukierunkowane badanie fizykalne pacjenta dorosłego,	WMKL_E.U3.
	planować postępowanie diagnostyczne, terapeutyczne i profilaktyczne	WMKL_E.U16.
	przewodzić dokumentację medyczną pacjenta,	WMKL_E.U38.
KOMPETENCJE SPOŁECZNE	student przestrzega tajemnicy lekarskiej i prawa pacjenta,	WMKL_D.U15. WMKL_K03
	student potrafi nawiązać i utrzymać głęboki i pełen szacunku kontakt z chorym,	WMKL_K01
	student kieruje się dobrem chorego, stawiając je na pierwszym miejscu,	WMKL_K02
	student posiada świadomość własnych ograniczeń i umiejętność stałego doksztalcania się.	WMKL_K05
	student posiada kompetencje do formułowania wniosków z własnych pomiarów i obserwacji	WMKL_K08

**OGÓLNA OCENA PRAKTYKI**

(wg skali: bardzo dobra, dobra, dostateczna, niedostateczna)

.....

.....  
*data*

.....  
*podpis opiekuna praktyk*

.....  
*pieczętka Instytucji*

**OPINIA O PRAKTYKANCIE I UWAGI O PRZEBIEGU PRAKTYKI**

(wypełnia **opiekun praktyki** w Instytucji):

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

.....  
*data*

.....  
*podpis opiekuna praktyki*

.....  
*pieczętka Instytucji*

**UWAGI PEŁNOMOCNIKA DZIEKANA ds. PRAKTYK :**

(wypełnia **pełnomocnik Dziekana ds. praktyk**)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**ZALICZENIE PRAKTYKI PRZEZ PEŁNOMOCNIKA DZIEKANA ds. PRAKTYK:**

(wypełnia **pełnomocnik Dziekana ds. praktyk**)

..... praktykę ..... w wymiarze ..... godzin  
na ocenę .....

.....  
*data*

.....  
*podpis i pieczęć pełnomocnika dziekana ds. praktyk*