

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

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>Intensywna terapia</b>
Wymiar	2 tyg. – 60 godz. dydaktycznych -6 godzinny dzień pracy - dodatkowo 2 dyżury w godzinach od 14:00 do 20:00

**Cel praktyki:**

1. Zaznajomienie się z organizacją pracy bloku operacyjnego oraz oddziału intensywnej terapii.
2. Ocena chorego przez znieczuleniem oraz przygotowanie go do znieczulenia.
3. Uczestniczenie w wizytach premedykacyjnych.
4. Zapoznanie się z metodami znieczulenia.
5. Monitorowanie pacjenta podczas znieczulenia.
6. Asystowanie podczas kaniulacji żyły centralnej oraz tętnicy.
7. Wykonywanie pod nadzorem następujących zabiegów: udrażnianie dróg oddechowych, wentylacja maską twarzową, kaniulacja naczyń obwodowych, podłączenie wlewu kroplowego, wykonanie iniekcji leków, właściwe ułożenie pacjenta do znieczulenia ogólnego.
8. Zapoznanie się oraz czynny udział w procesie wybudzania pacjenta.
9. Zapoznanie się z monitorowaniem inwazyjnym na sali operacyjnej.
10. Poznanie zasad kwalifikacji pacjentów do przyjęcia na oddział intensywnej terapii.
11. Umiejętność rozpoznania NZK, wstrząsu oraz ostrej niewydolności oddechowej.
12. Zaznajomienie się z algorytmami postępowania w sytuacjach krytycznych.
13. Omówienie podstaw prowadzenia oddechu zastępczego.
14. Ocena równowagi kwasowo-zasadowej.
15. Nabycie umiejętności prawidłowej oceny pacjenta na oddziale intensywnej terapii na podstawie monitorowania oraz badania fizykalnego.

**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 (zgodne z programem praktyk)		Symbole efektów kształcenia
UMIĘJĘTNOŚCI	przekazać pacjentowi i jego rodzinie informacje o niekorzystnym rokowaniu	WMKL_D.U8.
	przeprowadzać wywiad lekarski z pacjentem dorosłym	WMKL_E.U1.
	przeprowadzać pełne i ukierunkowane badanie fizykalne pacjenta dorosłego	WMKL_E.U3.
	oceniać stan ogólny, stan przytomności i świadomości pacjenta	WMKL_E.U7.
	interpretować wyniki badań laboratoryjnych i identyfikować przyczyny odchyłeń od normy	WMKL_E.U24.
	pobierać i zabezpieczać materiał do badań wykorzystywanych w diagnostyce laboratoryjnej	WMKL_E.U28.
	działać zgodnie z algorytmem zaawansowanych czynności resuscytacyjnych	WMKL_F.U11.
	monitorować stan pacjenta w okresie pooperacyjnym w oparciu o podstawowe parametry życiowe	WMKL_F.U12.
	oceniać stan pacjenta nieprzytomnego zgodnie z międzynarodowymi skalami punktowymi	WMKL_F.U21
KOMPETENCJE SPOŁECZNE	nawiązanie i utrzymania głębokiego oraz pełnego szacunku kontaktu z pacjentem, a także okazywania zrozumienia dla różnic światopoglądowych i kulturowych	WMKL_K01
	kierowanie się dobrem pacjenta	WMKL_K02
	przestrzeganie tajemnicy lekarskiej i praw pacjenta	WMKL_K03
	podejmowania działań wobec pacjenta w oparciu o zasady etyczne, ze świadomością społecznych uwarunkowań i ograniczeń wynikających z choroby	WMKL_K04
	formułowanie wniosków z własnych pomiarów lub obserwacji	WMKL_K08
	przyjęcia odpowiedzialności związanej z decyzjami podejmowanymi w ramach działalności zawodowej, w tym w kategoriach bezpieczeństwa własnego i innych osób	WMKL_K11

### 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*