

WARSZAWSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY



WARSZAWSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY
KIERUNEK ELEKTORADIOLOGIA



DZIENNIK PRAKTYK STUDENCKICH
WAKACYJNA PRAKTYKA ZAWODOWA
STUDIA PIERWSZEGO STOPNIA STACJONARNE
TRYB STUDIÓW

ROK II

Skierowanie na praktykę

.....
Imię i nazwisko studenta, nr indeksu

**WARSZAWSKI
UNIwersYTET MEDYCZNY**

**PRODZIEKAN
WYDZIAŁU
LEKARSKO - STOMATOLOGICZNEGO**

**DZIEKANAT WYDZIAŁU
LEKARSKO - STOMATOLOGICZNEGO**
nazwa uczelni

*podpis prodziekana kierunku
Elektroradiologia*

Warszawski Uniwersytet Medyczny w roku akademickim 2024/2025 zawarł umowę ubezpieczenia Odpowiedzialności Cywilnej Nr 1101356412 w PZU S.A. Ochroną ubezpieczeniową objęci zostali studenci i doktoranci WUM, odbywający zajęcia dydaktyczne i praktyki zawodowe, wynikające z toku studiów, a także praktyki i zajęcia związane z uczestnictwem w kołach naukowych, STN i obozach organizowanych przez WUM. W przypadku awarii lub wypadku prosimy o kontakt na numer tel.: 801 102 102 lub +48 22 566 55 55

Studenci odbywający zajęcia dydaktyczne i praktyki zawodowe, wynikające z toku studiów, a także praktyki i zajęcia związane z uczestnictwem w kołach naukowych, STN i obozach organizowanych przez WUM zostali poinformowani o możliwości dobrowolnego ubezpieczenia się od następstw nieszczęśliwych wypadków.

OŚWIADCZENIE STUDENTA

1. Oświadczam, iż:
 - a. zostałem/-am poinformowany/-a o możliwości dobrowolnego ubezpieczenia się od następstw nieszczęśliwych wypadków.
 - b. zostałem/-am poinformowany/-a, iż ponoszę koszty związane z zapewnieniem środków ochrony indywidualnej,
2. Zapoznałem/-am się z regulaminem praktyk.
3. Zobowiązuję się do odbycia praktyk zgodnie z programem, a ponadto do przestrzegania:
 - a. ustalonego przez organizatora praktyki porządku i dyscypliny pracy,
 - b. zasad BHP i p/poż.,
 - c. zasad zachowania tajemnicy służbowej i państwowej oraz ochrony informacji uzyskanych w trakcie odbywania praktyki,
 - d. zasad odbywania praktyki określonych przez Uczelnię.

Student odbył szkolenie BHP na terenie placówki i został objęty instruktażem stanowiskowym

.....

miejsowość, data

.....

podpis studenta

.....

Data

.....

prowadzący instruktaż

Cel główny:

Praktyka pozwala na doskonalenie podstaw z zakresu Elektroradiologii, w warunkach szpitalnych i ambulatoryjnych.

Umożliwia zapoznanie się z charakterystyką pracy z pacjentem oraz doskonalenie własnego warsztatu pracy.

Efekty kształcenia:**Wiedza:**

Student:

- 1) posiada wiedzę szczegółową dotyczącą zastosowań klinicznych i podstaw technicznych radiologii interwencyjnej;
- 2) zna szczegółowo zasady opieki nad chorym w zakładzie radioterapii i wagę odpowiedniej dokumentacji leczenia;
- 3) ma wiedzę i rozumie możliwość wystąpienia powikłań po radioterapii i odczynów popromiennych;
- 4) zna metody laboratoryjne stosowane w ocenie skuteczności biologicznej;
- 5) posiada umiejętność oceny i interpretacji badań w zakresie kompetencji personelu technicznego elektroradiologii,
- 6) potrafi pracować w zespole;
- 7) potrafi współpracować z przedstawicielami innych zawodów w zakresie ochrony ;
- 8) właściwie organizuje pracę własną oraz potrafi współdziałać i pracować w grupie;
- 9) posiada wiedzę szczegółową dotyczącą zastosowań klinicznych i podstaw.

Szczegółowe efekty kształcenia znajdują się w sylabusie przedmiotowym.

Sposoby weryfikacji efektów kształcenia:

Wiedza:

- obserwacja Studenta w trakcie kontaktu z pacjentem i personelem placówki medycznej,
- ocena wiedzy Studenta oraz opinia wydana przez zakładowego opiekuna praktyki.

Umiejętności:

- obserwacja Studenta trakcie kontaktu z pacjentem i personelem placówki medycznej,
- ocena wykonania wybranych czynności Studenta w zakresie diagnostyki przez opiekuna praktyk.

Kompetencje społeczne:

- obserwacja Studenta trakcie kontaktu z pacjentem, rodziną pacjenta i personelem placówki medycznej,
- ocena pracy Studenta oraz opinia wydana przez opiekuna praktyki.

DZIENNY PRZEBIEG PRAKTYKI (uzupełnia student)**TYDZIEŃ I**

data od-do.....

Liczba zrealizowanych godzin.....

oddział/ambulatorium	Rozpoznanie pacjenta (jednostka chorobowa, zespół chorobowy)	Wykaz czynności przeprowadzonych/wykonanych badań	Wykaz innych propozycji czynności

TYDZIEŃ II

data od-do.....

Liczba zrealizowanych godzin.....

oddział/ambulatorium	Rozpoznanie pacjenta (jednostka chorobowa, zespół chorobowy)	Wykaz czynności przeprowadzonych/wykonanych badań	Wykaz innych propozycji czynności

TYDZIEŃ III data od-do.....

Liczba zrealizowanych godzin.....

oddział/ambulatorium	Rozpoznanie pacjenta (jednostka chorobowa, zespół chorobowy)	Wykaz czynności przeprowadzonych/wykonanych badań	Wykaz innych propozycji czynności

Uwagi i spostrzeżenia związane z procesem wykonywania badań.

TYDZIEŃ IV data od-do.....

Liczba zrealizowanych godzin.....

oddział/ambulatorium	Rozpoznanie pacjenta (jednostka chorobowa, zespół chorobowy)	Wykaz czynności przeprowadzonych/wykonanych badań	Wykaz innych propozycji czynności

INDYWIDUALNA KARTA ZALICZENIA PRAKTYKI STUDENCKIEJ

WAKACYJNA PRAKTYKA ZAWODOWA

100 GODZIN

Nazwa i adres placówki.....

.....

Termin odbywania praktyki studenckiej

Potwierdzenie odbytej praktyki studenckiej

Opiekun praktyk

.....

data

.....

pieczęć ośrodka praktyk

.....

pieczęć imienna, podpis

Potwierdzenie zaliczenia praktyki studenckiej.....

**WARSZAWSKI
UNIwersytet Medyczny**

**DZIEKANAT WYDZIAŁU
LEKARSKO - STOMATOLOGICZNEGO**

nazwa uczelni

**PRODZIEKAN
WYDZIAŁU
LEKARSKO - STOMATOLOGICZNEGO**

podpis prodziekana kierunku Elektroradiologia

.....

data

**KRYTERIA ZALICZENIA PRAKTYK NA KIERUNKU ELEKTORADIOLOGIA ZGODNIE
Z REGULAMINEM PRAKTYK.**

W celu doskonalenia praktyk studenckich, prosimy o pozostawienie sugestii:

.....

.....

.....

.....