WARSZAWSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY



WARSZAWSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY

KIERUNEK ELEKTRORADIOLOGIA



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

DZIEKANAT WYDZIAŁU LEKARSKO - STOMATOLOGICZNEGO
nazwa uczelni

PRODZIEKAN WYDZIAŁU LEKARSKO - STOMATOLOGICZNEGO

podpis prodziekana kierunku Elektroradiologia

Warszawski Uniwersytet Medyczny **w roku akademickim 2025/2026** 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

…… ……

miejscowość, data *podpis studenta*

……. ……..

Data

prowadzący instruktaż

WAKACYJNA PRAKTYKA ZAWODOWA	240 GODZIN

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

TYDZIEŃ V data od-do……. Liczba zrealizowanych godzin……

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

TYDZIEŃ VI 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	240 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

PRODZIEKAN WYDZIAŁU LEKARSKO - STOMATOLOGICZNEGO

DZIEKANAT WYDZIAŁU LEKARSKO - STOMATOLOGICZNEGO
nazwa uczelni

podpis prodziekana kierunku Elektroradiologia

.....
data

KRYTERIA ZALICZENIA PRAKTYK NA KIERUNKU ELEKTRORADIOLOGIA ZGODNIE Z REGULAMINEM PRAKTYK.

W celu doskonalenia praktyk studenckich, prosimy o pozostawienie sugestii:

……

……

……

.....……