



UNIwersytet  
Opoleński

Instytut Medycyny

ul. Oleska 48, 45-052 Opole  
tel. +48 77 452 74 45  
lekarski@uni.opole.pl  
www.lekarski.uni.opole.pl

**Decyzja nr 1/2019 z dnia 29 kwietnia 2019r.  
Dyrektora Instytutu Medycyny w sprawie miejsc odbywania praktyk  
wakacyjnych w roku akademickim 2018/2019**

Działając na podstawie Procedury odbywania i dokumentowania praktyk wakacyjnych na kierunku lekarskim Symbol SDJK-0-U17, ustaliam, co następuje:

**§1.**

Praktyka wakacyjna w zakresie opieki nad chorym na I roku studiów może być odbywana w miesiącach lipiec/sierpień/wrzesień w następujących podmiotach leczniczych:

- Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu – 50 miejsc,
- Szpital Wojewódzki w Opolu Spółka z o.o. – 30 miejsc,
- Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu – 15 miejsc,
- Opolskie Centrum Onkologii im. prof. Tadeusza Koszarowskiego w Opolu – 15 miejsc.

Praktyka wakacyjna w zakresie opieki nad chorym trwa 120 godzin (4 tygodnie przez 5 dni po 6 godzin).

W ramach Praktyki student jest zobowiązany do udziału w dwóch, 12 godzinnych dyżurach medycznych.

Praktyka może być realizowana w dwóch terminach po 60 godzin.

Kierownikiem praktyki jest dr hab. n. med. Jacek Józwiak, prof. UO.

Szczegółowy program praktyki określa jej Sylabus i Karta Praktyki.

Zaliczenie praktyki jest zaliczeniem na ocenę.

**§2.**

Praktyka wakacyjna w zakresie chorób wewnętrznych na II roku studiów może być odbywana w miesiącach lipiec/sierpień/wrzesień w następujących podmiotach leczniczych:

- Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu – 60 miejsc,
- Szpital Wojewódzki w Opolu Spółka z o.o. – 30 miejsc.

Praktyka wakacyjna w zakresie opieki nad chorym trwa 60 godzin (2 tygodnie przez 5 dni po 6 godzin).

W ramach Praktyki student jest zobowiązany do udziału w jednym, 12 godzinnym dyżurze medycznym.

Kierownikiem praktyki jest dr hab. n. med. Jacek Józwiak, prof. UO.

Szczegółowy program praktyki określa jej Sylabus i Karta Praktyki.

Zaliczenie praktyki jest zaliczeniem na ocenę.



### §3.

Praktyka wakacyjna w zakresie pediatrii na II roku studiów może być odbywana w miesiącach lipiec/sierpień/wrzesień w następujących podmiotach leczniczych:

- Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu – 60 miejsc,
- Szpital Powiatowy im. Prałata J. Głowatzkiego w Strzelcach Opolskich – 30 miejsc.

Praktyka wakacyjna w zakresie pediatrii trwa 30 godzin (1 tydzień przez 5 dni po 6 godzin).

Kierownikiem praktyki jest dr hab. n. med. Agata Chobot, prof. UO. Szczegółowy program praktyki określa jej Sylabus i Karta Praktyki. Zaliczenie praktyki jest zaliczeniem na ocenę.

### §4.

Zapisy na praktykę prowadzi od dnia 7 maja 2019r. Koordynator Praktyk Pani dr Joanna Czaja.

Wniosek o umożliwienie odbycia *Praktyki* w innym podmiocie leczniczym niż określone w §2-3 składa do Koordynatora praktyk grupa, co najmniej 5 studentów z wyprzedzeniem 2 m-cy od terminu rozpoczęcia okresu odbywania praktyk.

Do wniosku o odbycie *Praktyki* w innym podmiocie leczniczym musi być dołączone *Oświadczenie* kierownika podmiotu leczniczego potwierdzające wolę przyjęcia studentów na praktykę, którego wzór określony został załącznikiem.

Studenci będą objęci ubezpieczeniem OC (od odpowiedzialności cywilnej). Ubezpieczenie NNW (od następstw nieszczęśliwych wypadków) jest ubezpieczeniem dobrowolnym, do którego przystąpienie koordynuje Samorząd Studencki Uniwersytetu Opolskiego.

Studenci przed rozpoczęciem praktyki wakacyjnej są zobowiązani do:

- przedłożenia Koordynatorowi praktyk kierunku lekarskiego aktualnej książeczki zdrowia,
- pobrania INDYWIDUALNEJ KARTY PRAKTYKI.

Studenci są obowiązani do posiadania w trakcie praktyki odzieży ochronnej i stetoskopu.

Podmiot leczniczy odbywania praktyki wyznaczy osobę prowadzącą praktykę, a Instytut Medycyny powoła spośród nauczycieli akademickich zatrudnionych w tych podmiotach leczniczych opiekunów praktyki.

Dyrektor  
Instytutu Medycyny

*Katarzyna Stępieńska*  
dr hab. n. med. Katarzyna Stępieńska, prof. UO

.....  
(pieczęć podmiotu leczniczego)

.....  
(miejscowość i data)

## OŚWIADCZENIE

Działając w imieniu:

.....  
(nazwa podmiotu leczniczego)

1. Potwierdzam wolę przyjęcia ..... studentów kierunku lekarskiego Uniwersytetu Opolskiego na praktykę w zakresie ..... w miesiącu/ach.....
2. Oświadczam, że jednostki organizacyjne (oddziały) podmiotu leczniczego spełniają *Kryteria doboru podmiotów leczniczych, jako miejsc odbywania praktyk* określone przez Uniwersytet Opolski załącznikiem nr 2 do Procedury odbywania i dokumentowania praktyk wakacyjnych na kierunku lekarskim Symbol SDJK-0-U17:
  - rodzaj i zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych oddziału (jednostki) jest tożsamy z programem *Praktyki*,
  - kadra lekarska, której powierzone zostanie prowadzenie praktyki legitymuje się kwalifikacjami zawodowymi stosownymi do zakresu *Praktyki*,
  - wielkość oddziału (jednostki) odbywania *Praktyki* umożliwia odbywanie praktyk w grupie, co najmniej 5 studentów jednocześnie,
  - oddział (jednostka) odbywania *Praktyki* dysponuje wyposażeniem umożliwiającym nabywanie umiejętności określonych programem praktyki,
  - organizacja pracy i wyposażenie stanowisk pracy oddziału (jednostki) zabezpiecza ochronę przed zakażeniem, urazem i wypadkiem,
  - oddział (jednostka) wdraża programy zapewnienia jakości,
  - oddział (jednostka) posiada warunki zabezpieczające organizację odbywania praktyk.
3. Potwierdzam wolę podpisania z Uniwersytetem Opolskim właściwej umowy.
4. Przyjmuję do wiadomości, że Uniwersytet Opolski nie ponosi z tytułu przyjęcia studentów na praktykę nie ponosi w stosunku do podmiotu leczniczego żadnych kosztów.

.....  
(podpis)