

Uniwersytet Opolski w Opolu

Wydział Lekarski

Kierunek: Lekarski

Studia jednolite magisterskie

Nr albumu

Dziennik Praktyk

Praktyczne nauczanie standardowych procedur i złożonych czynności medycznych na kierunku lekarskim

.....

(imię/imiiona i nazwisko)

Fotografia

.....
(podpis właściciela dziennika)

STRONA DODANA ABY ODPOWIEDNIO
WYŚWIETLAŁY SIĘ KOLEJNE STRONY

USUNĄĆ PRZED DRUKIEM

Uniwersytet Opolski w Opolu

Wydział Lekarski

Kierunek: Lekarski

Studia jednolite magisterskie

Nr albumu

Dziennik Praktyk

Praktyczne nauczanie standardowych procedur i złożonych czynności medycznych na kierunku lekarskim

.....
(imię/imiona i nazwisko)

.....
(dziekan)

Opole, dnia

LEGENDA: Kody zajęć

Zajęcia obowiązkowe		Zajęcia do wyboru	
<i>Nazwa dziedziny medycyny</i>	<i>Kod zajęć</i>	<i>Nazwa dziedziny medycyny</i>	<i>Kod zajęć</i>
Choroby wewnętrzne	CHW	<i>Specjalności niezabiegowe</i>	
Pediatrya	PD	Neurologia	NU
Chirurgia	CH	Geriatrya	GR
Ginekologia i położnictwo	GP	Onkologia	ON
Medycyna rodzinna	MRD	Dermatologia	DR
Medycyna ratunkowa	MRT	Choroby zakaźne	CHZ
Psychiatria	PS	Rehabilitacja	RH
		<i>Specjalności zabiegowe</i>	
		Anestezjologia i intensywne terapia	AT
		Neurochirurgia	NCH
		Ortopedia z traumatologią	OT
		Otorynolaryngologia	OR
		Okulistyka	OK
		Urologia	UR

LEGENDA: Formy zaliczania umiejętności

1. Podstawą zaliczenia umiejętności w zakresie prawidłowego i w pełni samodzielnego wykonywania standardowych procedur medycznych lub złożonych czynności medycznych, **jako umiejętności A** może być:
 - 1) Indywidualna demonstracja wykonywania standardowych procedur medycznych lub złożonych czynności medycznych w trakcie ćwiczeń klinicznych lub symulacyjnych, formułowana jako „**demonstracja**”,
 - 2) Umiejętność asystowania przy wykonywaniu przez opiekuna kształcenia praktycznego w trakcie ćwiczeń klinicznych lub symulacyjnych standardowych procedur medycznych lub złożonych czynności medycznych, formułowana jako „**asysta**”.
2. Podstawą zaliczenia umiejętności w zakresie znajomości zasad wykonywania standardowych procedur medycznych lub złożonych czynności medycznych i umiejętności asystowania przy ich wykonywaniu, **jako umiejętności B** może być:
 - 1) Ustny lub pisemny opis znajomości zasad wykonywania standardowych procedur medycznych lub złożonych czynności medycznych, w tym na podstawie dokumentacji medycznej, formułowana jako „**opis ustny/pisemny**”,
 - 2) Umiejętność asystowania przy wykonywaniu przez opiekuna kształcenia praktycznego w trakcie ćwiczeń klinicznych lub symulacyjnych standardowych procedur medycznych lub złożonych czynności medycznych, formułowana jako „**asysta**”,
 - 3) Sprawdzenie testowe zasad wykonywania standardowych procedur medycznych lub złożonych czynności medycznych, formułowana jako „**test**”.

Imię i nazwisko studenta:

Standardowe procedury medyczne

Nr efektu	Wykaz	Kody zajęć rekomendowanych do zaliczania Spm i Zcm	Zajęcia zaliczenia Spm i Zcm	
			Kod zajęć	Wymiar zajęć
1S	Pomiar temperatury ciała	CHW PD MRD		
2S	Pomiar tętna	CHW PD MRD		
3S	Nieinwazyjny pomiar ciśnienia tętniczego	CHW PD MRD		

Imię i nazwisko studenta:

Standardowe procedury medyczne

Zaliczenie

Podmiot leczniczy	A – student wykonuje czynności prawidłowo i w pełni samodzielnie			B – student zna zasady wykonywania czynności i potrafi przy nich asystować		
	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (<i>podpis, pieczęć</i>)	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (<i>podpis, pieczęć</i>)

Imię i nazwisko studenta:

Standardowe procedury medyczne

Nr efektu	Wykaz	Kody zajęć rekomendowanych do zaliczania Spm i Zcm	Zajęcia zaliczenia Spm i Zcm	
			Kod zajęć	Wymiar zajęć
4S	Monitorowanie parametrów życiowych przy pomocy kardiomonitora	CHW PD MRT AT		
5S	Wprowadzenie rurki ustno-gardłowej	MRT AT		
6S	Posługiwanie się pulsoksymetrią	CHW PD MRT CHZ AT		

Imię i nazwisko studenta:

Standardowe procedury medyczne

Nr efektu	Wykaz	Kody zajęć rekomendowanych do zaliczania Spm i Zcm	Zajęcia zaliczenia Spm i Zcm	
			Kod zajęć	Wymiar zajęć
7S	Pomiar szczytowego przepływu wydechowego	CHW MRD		
8S	Badanie odruchów noworodkowych	PD GP		
9S	Wykonanie pomiarów antropometrycznych	CHW PD MRD		

Imię i nazwisko studenta:

Standardowe procedury medyczne

Nr efektu	Wykaz	Kody zajęć rekomendowanych do zaliczania Spm i Zcm	Zajęcia zaliczenia Spm i Zcm	
			Kod zajęć	Wymiar zajęć
10	Wentylacja przez maskę twarzową workiem samorozprężalnym	MRT AT		
11S	Znajomość podstawowych zasad prowadzenia wentylacji zastępczej	MRT AT		
12S	Pobieranie obwodowej krwi żyłnej	CHW PD MRD		

Imię i nazwisko studenta:

Standardowe procedury medyczne

Zaliczenie

Podmiot leczniczy	A – student wykonuje czynności prawidłowo i w pełni samodzielnie			B – student zna zasady wykonywania czynności i potrafi przy nich asystować		
	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)

Imię i nazwisko studenta:

Standardowe procedury medyczne

Nr efektu	Wykaz	Kody zajęć rekomendowanych do zaliczania Spm i Zcm	Zajęcia zaliczenia Spm i Zcm	
			Kod zajęć	Wymiar zajęć
13S	Założenie wkłucia obwodowego	CHW PD CH MRT AT		
14S	Wykonanie wstrzyknięcia dożylnego, domięśniowego i podskórnego	CHW PD MRD MRT		
15S	Pobieranie posiewów krwi	CHW CHZ AT		

Imię i nazwisko studenta:

Standardowe procedury medyczne

Zaliczenie

Podmiot leczniczy	A – student wykonuje czynności prawidłowo i w pełni samodzielnie			B – student zna zasady wykonywania czynności i potrafi przy nich asystować		
	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)

Imię i nazwisko studenta:

Standardowe procedury medyczne

Nr efektu	Wykaz	Kody zajęć rekomendowanych do zaliczania Spm i Zcm	Zajęcia zaliczenia Spm i Zcm	
			Kod zajęć	Wymiar zajęć
16S	Pobieranie krwi tętniczej	CHW MRT AT		
17S	Pobieranie arterializowanej krwi włośniczkowej	CHW PD		
18S	Wykonanie prostych testów paskowych, pomiar stężenia glukozy we krwi	CHW PD MRD MRT		

Imię i nazwisko studenta:

Standardowe procedury medyczne

Zaliczenie

Podmiot leczniczy	A – student wykonuje czynności prawidłowo i w pełni samodzielnie			B – student zna zasady wykonywania czynności i potrafi przy nich asystować		
	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)

Imię i nazwisko studenta:

Standardowe procedury medyczne

Nr efektu	Wykaz	Kody zajęć rekomendowanych do zaliczania Spm i Zcm	Zajęcia zaliczenia Spm i Zcm	
			Kod zajęć	Wymiar zajęć
19S	Pobieranie wymazów z nosa, gardła i skóry	MRD DR CHZ OR		
20S	Nakłucie jamy opłucnowej	CHW CH ON AT		
21S	Zbadanie palcem przez odbyt	CHW CH MRT ON UR		

Imię i nazwisko studenta:

Standardowe procedury medyczne

Zaliczenie

Podmiot leczniczy	A – student wykonuje czynności prawidłowo i w pełni samodzielnie			B – student zna zasady wykonywania czynności i potrafi przy nich asystować		
	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)

Imię i nazwisko studenta:

Standardowe procedury medyczne

Nr efektu	Wykaz	Kody zajęć rekomendowanych do zaliczania Spm i Zcm	Zajęcia zaliczenia Spm i Zcm	
			Kod zajęć	Wymiar zajęć
22S	Cewnikowanie pęcherza moczowego u kobiet i mężczyzn	CHW PD CH MRT GR UR		
23S	Zgłębnikowanie żołądka	CHW PD CH MRT		
24S	Płukanie żołądka	CHW PD CH MRT		

Imię i nazwisko studenta:

Standardowe procedury medyczne

Zaliczenie

Podmiot leczniczy	A – student wykonuje czynności prawidłowo i w pełni samodzielnie			B – student zna zasady wykonywania czynności i potrafi przy nich asystować		
	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)

Imię i nazwisko studenta:

Standardowe procedury medyczne

Nr efektu	Wykaz	Kody zajęć rekomendowanych do zaliczania Spm i Zcm	Zajęcia zaliczenia Spm i Zcm	
			Kod zajęć	Wymiar zajęć
25S	Wykonanie lewatywy	CHW CH GR		
26S	Wykonanie i interpretacja standardowego elektrokardiogramu spoczynkowego	CHW MRD MRT		
27S	Wykonanie kardiowersji elektrycznej i defibrylacji serca	CHW MRT AT		

Imię i nazwisko studenta:

Standardowe procedury medyczne

Zaliczenie

Podmiot leczniczy	A – student wykonuje czynności prawidłowo i w pełni samodzielnie			B – student zna zasady wykonywania czynności i potrafi przy nich asystować		
	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)

Imię i nazwisko studenta:

Standardowe procedury medyczne

Nr efektu	Wykaz	Kody zajęć rekomendowanych do zaliczania Spm i Zcm	Zajęcia zaliczenia Spm i Zcm	
			Kod zajęć	Wymiar zajęć
28S	Przeprowadzenie orientacyjnego badania pola widzenia	MRD OK		
29S	Przeprowadzenie orientacyjnego badania otoskopowego	MRD OR		
30S	Drenaż jamy opłucnowej	CHW CH AT		

Imię i nazwisko studenta:

Standardowe procedury medyczne

Zaliczenie

Podmiot leczniczy	A – student wykonuje czynności prawidłowo i w pełni samodzielnie			B – student zna zasady wykonywania czynności i potrafi przy nich asystować		
	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)

Imię i nazwisko studenta:

Standardowe procedury medyczne

Nr efektu	Wykaz	Kody zajęć rekomendowanych do zaliczania Spm i Zcm	Zajęcia zaliczenia Spm i Zcm	
			Kod zajęć	Wymiar zajęć
31S	Umiejętność zastosowania wstępnego odbarczenia jamy opłucnowej w nagłym przypadku np. odmy przeźnej	CH MRT AT		
32S	Drenaż osierdzia	CHW CH		
33S	Umiejętność zastosowania wstępnego odbarczenia tamponady	CHW CH AT		

Imię i nazwisko studenta:

Standardowe procedury medyczne

Zaliczenie

Podmiot leczniczy	A – student wykonuje czynności prawidłowo i w pełni samodzielnie			B – student zna zasady wykonywania czynności i potrafi przy nich asystować		
	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)

Imię i nazwisko studenta:

Standardowe procedury medyczne

Nr efektu	Wykaz	Kody zajęć rekomendowanych do zaliczania Spm i Zcm	Zajęcia zaliczenia Spm i Zcm	
			Kod zajęć	Wymiar zajęć
34S	Nakłucie jamy otrzewnowej	CHW CH		
35S	Nakłucie lędźwiowe	NU CHZ AT		
36/S	Wykonanie testów naskórkowych, prób śródskórnych i skaryfikacyjnych oraz interpretacja ich wyników	CHW DR		

Imię i nazwisko studenta:

Standardowe procedury medyczne

Zaliczenie

Podmiot leczniczy	A – student wykonuje czynności prawidłowo i w pełni samodzielnie			B – student zna zasady wykonywania czynności i potrafi przy nich asystować		
	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)

Imię i nazwisko studenta:

Standardowe procedury medyczne

Nr efektu	Wykaz	Kody zajęć rekomendowanych do zaliczania Spm i Zcm	Zajęcia zaliczenia Spm i Zcm	
			Kod zajęć	Wymiar zajęć
37S	Założenie jałowych rękawiczek, fartucha operacyjnego oraz przygotowanie pola operacyjnego zgodnie z zasadami aseptyki	CH AT NCH OT UR		
38S	Umiejętność zszycia prostej rany oraz usunięcia szwów przy pomocy narzędzi chirurgicznych	CH MRT NCH OT		
39S	Znieczulenie miejscowe okolicy operowanej	CH AT NCH		

Imię i nazwisko studenta:

Standardowe procedury medyczne

Nr efektu	Wykaz	Kody zajęć rekomendowanych do zaliczania Spm i Zcm	Zajęcia zaliczenia Spm i Zcm	
			Kod zajęć	Wymiar zajęć
40S	Zaopatrzenie prostej rany	CH MRT OT		
41S	Założenie i zmiana jałowego opatrunku chirurgicznego	CH NCH OT		
42S	Zaopatrzenie krwawienia zewnętrznego	CH MRT OT		

Imię i nazwisko studenta:

Standardowe procedury medyczne

Nr efektu	Wykaz	Kody zajęć rekomendowanych do zaliczania Spm i Zcm	Zajęcia zaliczenia Spm i Zcm	
			Kod zajęć	Wymiar zajęć
43S	Doraźne unieruchomienie kończyny, a także wybór rodzaju unieruchomienia koniecznego do zastosowania w typowych sytuacjach klinicznych	MRT RH OT		
44S	Nacięcie i drenaż ropnia	CH		
45S	Wykonanie badania ginekologicznego i gruczołu piersiowego	GP MRD ON		

Imię i nazwisko studenta:

Standardowe procedury medyczne

Zaliczenie

Podmiot leczniczy	A – student wykonuje czynności prawidłowo i w pełni samodzielnie			B – student zna zasady wykonywania czynności i potrafi przy nich asystować		
	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)

Imię i nazwisko studenta:

Standardowe procedury medyczne

Nr efektu	Wykaz	Kody zajęć rekomendowanych do zaliczania Spm i Zcm	Zajęcia zaliczenia Spm i Zcm	
			Kod zajęć	Wymiar zajęć
46S	Wykonanie tamponady przedniej	MRD MRT OR		
47S	Usuwanie woskowiny usznej	MRD GR OR		
48S	Wycięcie guza łagodnego i złośliwego skóry i błon śluzowych	CH DR OR		

Imię i nazwisko studenta:

Standardowe procedury medyczne

Zaliczenie

Podmiot leczniczy	A – student wykonuje czynności prawidłowo i w pełni samodzielnie			B – student zna zasady wykonywania czynności i potrafi przy nich asystować		
	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)

Imię i nazwisko studenta:

Standardowe procedury medyczne

Nr efektu	Wykaz	Kody zajęć rekomendowanych do zaliczania Spm i Zcm	Zajęcia zaliczenia Spm i Zcm	
			Kod zajęć	Wymiar zajęć
49S	Wycięcie węzła chłonnego	CH		
50S	Wykonanie biopsji cienkoigłowej i gruboigłowej	CH CHZ		
51S	Pielęgnacja portu naczyniowego i dootrzewnowego	CHW CH ON AT		

Imię i nazwisko studenta:

Standardowe procedury medyczne

Zaliczenie

Podmiot leczniczy	A – student wykonuje czynności prawidłowo i w pełni samodzielnie			B – student zna zasady wykonywania czynności i potrafi przy nich asystować		
	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)

Imię i nazwisko studenta:

Standardowe procedury medyczne

Nr efektu	Wykaz	Kody zajęć rekomendowanych do zaliczania Spm i Zcm	Zajęcia zaliczenia Spm i Zcm	
			Kod zajęć	Wymiar zajęć
52S	Wykonanie badania USG w stanach zagrożenia życia, w szczególności w przypadku zawału serca z wysiękiem opłucnej, kardiomiopatii rozstrzeniowej z ciężką dysfunkcją skurczową obukomorową, wysięku opłucnej, tamponady serca, rozwarstwienia aorty, kamicy pęcherzyka żółciowego-wstanie ostrego zapalenia, stłuszczenia wątroby z płynem otrzewnej, pęknięcia śledziony, tętniaka aorty brzusznej w rozwarstwieniu	CHW CH MRT AT		

Imię i nazwisko studenta:

Złożone czynności medyczne

Zaliczenie

Podmiot leczniczy	A – student wykonuje czynności prawidłowo i w pełni samodzielnie			B – student zna zasady wykonywania czynności i potrafi przy nich asystować		
	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)

Imię i nazwisko studenta:

Standardowe procedury medyczne

Nr efektu	Wykaz	Kody zajęć rekomendowanych do zaliczania Spm i Zcm	Zajęcia zaliczenia Spm i Zcm	
			Kod zajęć	Wymiar zajęć
1Z	Przeprowadzenie wywiadu lekarskiego z pacjentem dorosłym, w tym z pacjentem w wieku podeszłym oraz pacjentem niepełnosprawnym	CHW CH MRD MRT PS GR ON		
2Z	Przeprowadzenie pełnego i ukierunkowanego badania fizykalnego	CHW PD CH MRD MRT ON AT		
3Z	Ocena stanu ogólnego, stanu przytomności i świadomości pacjenta	CHW PD MRT PS NU ON		

Imię i nazwisko studenta:

Złożone czynności medyczne

Zaliczenie

Podmiot leczniczy	A – student wykonuje czynności prawidłowo i w pełni samodzielnie			B – student zna zasady wykonywania czynności i potrafi przy nich asystować		
	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)

Imię i nazwisko studenta:

Złożone czynności medyczne

Nr efektu	Wykaz	Kody zajęć rekomendowanych do zaliczania Spm i Zcm	Zajęcia zaliczenia Spm i Zcm	
			Kod zajęć	Wymiar zajęć
4Z	Przeprowadzenie diagnostyki różnicowej najczęstszych chorób pacjentów dorosłych	CHW CH MRD MRT		
5Z	Planowanie postępowania diagnostycznego, terapeutycznego i profilaktycznego w najczęstszych chorobach pacjentów dorosłych	CHW CH MRD ON		
6Z	Planowanie programu rehabilitacji w najczęstszych chorobach pacjentów dorosłych	NU RH AT		

Imię i nazwisko studenta:

Złożone czynności medyczne

Zaliczenie

Podmiot leczniczy	A – student wykonuje czynności prawidłowo i w pełni samodzielnie			B – student zna zasady wykonywania czynności i potrafi przy nich asystować		
	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)

Imię i nazwisko studenta:

Złożone czynności medyczne

Nr efektu	Wykaz	Kody zajęć rekomendowanych do zaliczania Spm i Zcm	Zajęcia zaliczenia Spm i Zcm	
			Kod zajęć	Wymiar zajęć
7Z	Interpretacja badań laboratoryjnych	CHW CH MRD MRT GR ON CHZ AT		
8Z	Interpretacja wyników badań cytologicznych i histopatologicznych	CHW PD CH GP ON		
9Z	Interpretacja wyników badania spirometrycznego	CHW PD MRD		

Imię i nazwisko studenta:

Złożone czynności medyczne

Zaliczenie

Podmiot leczniczy	A – student wykonuje czynności prawidłowo i w pełni samodzielnie			B – student zna zasady wykonywania czynności i potrafi przy nich asystować		
	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)

Imię i nazwisko studenta:

Złożone czynności medyczne

Nr efektu	Wykaz	Kody zajęć rekomendowanych do zaliczania Spm i Zcm	Zajęcia zaliczenia Spm i Zcm	
			Kod zajęć	Wymiar zajęć
10Z	Ocena możliwości wystąpienia błędu przedlaboratoryjnego i zasady jego unikania, z uwzględnieniem znajomości antykoagulantów używanych w badaniach laboratoryjnych i przyłóżkowych	CHW PD MRD MRT AT		
11Z	Zapobieganie, rozpoznawanie i leczenie chorób stanowiących najczęstszą przyczynę zgłaszania się pacjentów do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej	MRD		
12Z	Ocena stanu pacjenta nieprzytomnego	MRT NU AT		

Imię i nazwisko studenta:

Złożone czynności medyczne

Zaliczenie

Podmiot leczniczy	A – student wykonuje czynności prawidłowo i w pełni samodzielnie			B – student zna zasady wykonywania czynności i potrafi przy nich asystować		
	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)

Imię i nazwisko studenta:

Złożone czynności medyczne

Nr efektu	Wykaz	Kody zajęć rekomendowanych do zaliczania Spm i Zcm	Zajęcia zaliczenia Spm i Zcm	
			Kod zajęć	Wymiar zajęć
13Z	Wybór zgodnego z prawem postępowania lekarskiego w sytuacji konieczności działania bez zgody pacjenta	PD MRT PS ON AT		
14Z	Rozpoznanie stanów nagłego zagrożenia życia i zasady postępowania w tych stanach	CHW MRT ON AT		
15Z	Pielęgnacja i postępowanie w typowych powikłaniach kolostomii, urostomii, ileostomii i gastrostomii	CHW CH		

Imię i nazwisko studenta:

Złożone czynności medyczne

Zaliczenie

Podmiot leczniczy	A – student wykonuje czynności prawidłowo i w pełni samodzielnie			B – student zna zasady wykonywania czynności i potrafi przy nich asystować		
	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)

Imię i nazwisko studenta:

Złożone czynności medyczne

Nr efektu	Wykaz	Kody zajęć rekomendowanych do zaliczania Spm i Zcm	Zajęcia zaliczenia Spm i Zcm	
			Kod zajęć	Wymiar zajęć
16Z	Rozpoznanie obrzęku chłonnego, znajomość zasad profilaktyki obrzęku chłonnego u pacjentów po limfadenektomiach i radioterapii, umiejętność postępowania w powikłaniach spowodowanych obrzękiem chłonnym	CHW CH ON		
17Z	Rozpoznanie, profilaktyka i leczenie powikłań wczesnych i odległych po leczeniu onkologicznym (radioterapia i chemioterapia), ze szczególnym uwzględnieniem powikłań ze strony przewodu pokarmowego	CHW CH ON		
18Z	Kliniczna ocena układu chłonnego	CHW ON		

Imię i nazwisko studenta:

Złożone czynności medyczne

Zaliczenie

Podmiot leczniczy	A – student wykonuje czynności prawidłowo i w pełni samodzielnie			B – student zna zasady wykonywania czynności i potrafi przy nich asystować		
	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)

Imię i nazwisko studenta:

Złożone czynności medyczne

Nr efektu	Wykaz	Kody zajęć rekomendowanych do zaliczania Spm i Zcm	Zajęcia zaliczenia Spm i Zcm	
			Kod zajęć	Wymiar zajęć
19Z	Rozpoznanie, profilaktyka i leczenie stanów przednowotworowych w obrębie błony śluzowej i skóry	CH DR OR		
20Z	Żywienie dojelitowe, pozajelitowe, płynoterapia w różnych stanach chorobowych ze szczególnym uwzględnieniem pacjentów onkologicznych	CHW PD CH ON AT		
21Z	Różnicowanie zmian poterapeutycznych i nawrotów choroby nowotworowej	CHW CH GP ON		

Imię i nazwisko studenta:

Złożone czynności medyczne

Nr efektu	Wykaz	Kody zajęć rekomendowanych do zaliczania Spm i Zcm	Zajęcia zaliczenia Spm i Zcm	
			Kod zajęć	Wymiar zajęć
22Z	Przekazywanie informacji z zastosowaniem technik komunikacyjnych dostosowanych do różnych odbiorców	CHW PD MRD ON		
23Z	Przekazywanie niepomyślnych wiadomości z wykorzystaniem ze specjalistycznych protokołów (min. SPIKES, EMPATIA, ABCDE)	CHW PD CH MRT ON		
24Z	Komunikacja w interdyscyplinarnym zespole medycznym (w tym z użyciem protokołów ATMIST, RSVP, SBAR)	CHW PD CH MRT		

Imię i nazwisko studenta:

Złożone czynności medyczne

Nr efektu	Wykaz	Kody zajęć rekomendowanych do zaliczania Spm i Zcm	Zajęcia zaliczenia Spm i Zcm	
			Kod zajęć	Wymiar zajęć
25Z	Komunikowanie się z pacjentem i rodziną pacjenta ze szczególnym uwzględnieniem pacjenta onkologicznego i jego rodziny	CHW PD ON		
26Z	Ocena stanu ogólnego i jakości życia w przypadku udzielania pacjentowi świadczeń zdrowotnych, w szczególności z zakresu onkologii	CHW MRD ON		
27Z	Umiejętność ustalenia wskazań do modyfikacji trybu życia i diety, w szczególności pacjentowi onkologicznemu	CHW MRD ON		

Imię i nazwisko studenta:

Złożone czynności medyczne

Nr efektu	Wykaz	Kody zajęć rekomendowanych do zaliczania Spm i Zcm	Zajęcia zaliczenia Spm i Zcm	
			Kod zajęć	Wymiar zajęć
28Z	Postępowanie w zaburzeniach metabolicznych u pacjentów onkologicznych oraz w stanach nagłego zagrożenia życia w onkologii	CHW ON AT		
29Z	Rozpoznanie stanu po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub substancji psychotropowych	CHW MRT PS		
30Z	Monitorowanie stanu pacjenta zatrutego	CHW PD MRT AT		

Imię i nazwisko studenta:

Złożone czynności medyczne

Zaliczenie

Podmiot leczniczy	A – student wykonuje czynności prawidłowo i w pełni samodzielnie			B – student zna zasady wykonywania czynności i potrafi przy nich asystować		
	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)

Imię i nazwisko studenta:

Złożone czynności medyczne

Nr efektu	Wykaz	Kody zajęć rekomendowanych do zaliczania Spm i Zcm	Zajęcia zaliczenia Spm i Zcm	
			Kod zajęć	Wymiar zajęć
31Z	Postępowanie wstępne w zatruciach	PD MRD MRT		
32Z	Przeprowadzenie badania psychiatrycznego	PS		
33Z	Ocena i opis stanu psychicznego pacjenta	PS		

Imię i nazwisko studenta:

Złożone czynności medyczne

Zaliczenie

Podmiot leczniczy	A – student wykonuje czynności prawidłowo i w pełni samodzielnie			B – student zna zasady wykonywania czynności i potrafi przy nich asystować		
	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)

Imię i nazwisko studenta:

Złożone czynności medyczne

Nr efektu	Wykaz	Kody zajęć rekomendowanych do zaliczania Spm i Zcm	Zajęcia zaliczenia Spm i Zcm	
			Kod zajęć	Wymiar zajęć
34Z	Rozpoznanie i postępowanie w stanach nagłych związanych z zaburzeniami psychicznymi	PS		
35Z	Rozpoznanie agonii i stwierdzenie zgonu pacjenta	CHW MRT AT		
36Z	Postępowanie, leczenie i rehabilitacja w warunkach ambulatoryjnych i domowych u pacjentów przewlekle chorych	MRD GR RH		

Imię i nazwisko studenta:

Złożone czynności medyczne

Zaliczenie

Podmiot leczniczy	A – student wykonuje czynności prawidłowo i w pełni samodzielnie			B – student zna zasady wykonywania czynności i potrafi przy nich asystować		
	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)

Imię i nazwisko studenta:

Złożone czynności medyczne

Nr efektu	Wykaz	Kody zajęć rekomendowanych do zaliczania Spm i Zcm	Zajęcia zaliczenia Spm i Zcm	
			Kod zajęć	Wymiar zajęć
37Z	Kwalifikowanie pacjenta do leczenia w warunkach oddziału zakaźnego	CHW MRD CHZ		
38Z	Przeprowadzenie wywiadu lekarskiego z pacjentem do ukończenia 18. roku życia i jego rodzicami	PD MRD		
39Z	Przeprowadzenie badania fizykalnego pacjenta do ukończenia 18. roku życia	PD MRD		

Imię i nazwisko studenta:

Złożone czynności medyczne

Zaliczenie

Podmiot leczniczy	A – student wykonuje czynności prawidłowo i w pełni samodzielnie			B – student zna zasady wykonywania czynności i potrafi przy nich asystować		
	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)

Imię i nazwisko studenta:

Złożone czynności medyczne

Nr efektu	Wykaz	Kody zajęć rekomendowanych do zaliczania Spm i Zcm	Zajęcia zaliczenia Spm i Zcm	
			Kod zajęć	Wymiar zajęć
40Z	Zapoznanie się z zasadami pielęgnacji i karmienia noworodka oraz niemowlęcia	GB MRD		
41Z	Ocena stanu noworodka	GB MRD		
42Z	Ocena dojrzałości noworodka	GB MRD		

Imię i nazwisko studenta:

Złożone czynności medyczne

Zaliczenie

Podmiot leczniczy	A – student wykonuje czynności prawidłowo i w pełni samodzielnie			B – student zna zasady wykonywania czynności i potrafi przy nich asystować		
	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)

Imię i nazwisko studenta:

Złożone czynności medyczne

Nr efektu	Wykaz	Kody zajęć rekomendowanych do zaliczania Spm i Zcm	Zajęcia zaliczenia Spm i Zcm	
			Kod zajęć	Wymiar zajęć
43Z	Posługiwanie się siatkami centylowymi	PD MRD		
44Z	Ocena stopnia zaawansowania dojrzewania płciowego	PD GB MRD		
45Z	Przeprowadzenie badania bilansowego pacjenta do ukończenia 18. roku życia	PD MRD		

Imię i nazwisko studenta:

Złożone czynności medyczne

Zaliczenie

Podmiot leczniczy	A – student wykonuje czynności prawidłowo i w pełni samodzielnie			B – student zna zasady wykonywania czynności i potrafi przy nich asystować		
	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)

Imię i nazwisko studenta:

Złożone czynności medyczne

Nr efektu	Wykaz	Kody zajęć rekomendowanych do zaliczania Spm i Zcm	Zajęcia zaliczenia Spm i Zcm	
			Kod zajęć	Wymiar zajęć
46Z	Przeprowadzenie diagnostyki różnicowej najczęstszych chorób pacjentów do ukończenia 18. roku życia	PD CH MRD		
47Z	Planowanie postępowania diagnostycznego, terapeutycznego i profilaktycznego w najczęstszych chorobach pacjentów do ukończenia 18. roku życia	PD CH MRD		
48Z	Planowanie programu rehabilitacji w najczęstszych chorobach pacjentów do ukończenia 18. roku życia	PD MRD RH		

Imię i nazwisko studenta:

Złożone czynności medyczne

Zaliczenie

Podmiot leczniczy	A – student wykonuje czynności prawidłowo i w pełni samodzielnie			B – student zna zasady wykonywania czynności i potrafi przy nich asystować		
	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)

Imię i nazwisko studenta:

Złożone czynności medyczne

Nr efektu	Wykaz	Kody zajęć rekomendowanych do zaliczania Spm i Zcm	Zajęcia zaliczenia Spm i Zcm	
			Kod zajęć	Wymiar zajęć
49Z	Kwalifikowanie pacjenta do szczepień oraz stosowanie kalendarza szczepień u pacjentów do ukończenia 18. roku życia	PD MRD		
50Z	Leczenie tlenem	CHW MRT AT		
51Z	Prowadzenie podstawowych czynności ratunkowych, z wyszczególnieniem pacjentów do ukończenia 18. roku życia i pacjentów dorosłych, w tym z użyciem fantomów	MRT AT		

Imię i nazwisko studenta:

Złożone czynności medyczne

Zaliczenie

Podmiot leczniczy	A – student wykonuje czynności prawidłowo i w pełni samodzielnie			B – student zna zasady wykonywania czynności i potrafi przy nich asystować		
	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)

Imię i nazwisko studenta:

Złożone czynności medyczne

Nr efektu	Wykaz	Kody zajęć rekomendowanych do zaliczania Spm i Zcm	Zajęcia zaliczenia Spm i Zcm	
			Kod zajęć	Wymiar zajęć
52/Z	Działanie w algorytmie zaawansowanych czynności ratunkowych, z wyszczególnieniem pacjentów do ukończenia 18. roku życia i pacjentów dorosłych, w tym z użyciem fantomów	PD MRT AT		
53/Z	Zbadanie jamy brzusznej w aspekcie ostrego brzucha	CHW PD CH MRT		
54Z	Rozpoznawanie objawów narastającego ciśnienia śródczaszkowego	PD MRT NU AT NCH		

Imię i nazwisko studenta:

Złożone czynności medyczne

Zaliczenie

Podmiot leczniczy	A – student wykonuje czynności prawidłowo i w pełni samodzielnie			B – student zna zasady wykonywania czynności i potrafi przy nich asystować		
	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)

Imię i nazwisko studenta:

Złożone czynności medyczne

Nr efektu	Wykaz	Kody zajęć rekomendowanych do zaliczania Spm i Zcm	Zajęcia zaliczenia Spm i Zcm	
			Kod zajęć	Wymiar zajęć
55Z	Ocena funkcjonalna pacjenta niepełnosprawnego	NU GR RH		
56Z	Dokonywanie wyboru badania obrazowego RTG, TK, MRI lub USG oraz identyfikowanie w nim oznak zagrożenia życia	CHW PD CH MRT NU ON AT		
57Z	Interpretacja badania radiologicznego w zakresie najczęstszych typów złamań, szczególnie złamań kości długich	CH OT		

Imię i nazwisko studenta:

Złożone czynności medyczne

Zaliczenie

Podmiot leczniczy	A – student wykonuje czynności prawidłowo i w pełni samodzielnie			B – student zna zasady wykonywania czynności i potrafi przy nich asystować		
	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)

Imię i nazwisko studenta:

Złożone czynności medyczne

Nr efektu	Wykaz	Kody zajęć rekomendowanych do zaliczania Spm i Zcm	Zajęcia zaliczenia Spm i Zcm	
			Kod zajęć	Wymiar zajęć
58Z	Asystowanie przy badaniu USG i jego interpretacja	CHW PD CH AT		
59Z	Planowanie postępowania w przypadku ekspozycji na zakażenie przenoszone drogą krwi	CHW CHZ		
60Z	Rozpoznanie objawów lekozależności i zaplanowanie jej leczenia	CHW MRD PS GR		

Imię i nazwisko studenta:

Złożone czynności medyczne

Zaliczenie

Podmiot leczniczy	A – student wykonuje czynności prawidłowo i w pełni samodzielnie			B – student zna zasady wykonywania czynności i potrafi przy nich asystować		
	Data	Forma zaliczenia	Opiekun <i>(podpis, pieczęć)</i>	Data	Forma zaliczenia	Opiekun <i>(podpis, pieczęć)</i>

Imię i nazwisko studenta:

Złożone czynności medyczne

Nr efektu	Wykaz	Kody zajęć rekomendowanych do zaliczania Spm i Zcm	Zajęcia zaliczenia Spm i Zcm	
			Kod zajęć	Wymiar zajęć
61Z	Przetoczenie krwi i jej składników oraz preparatów krwiopochodnych	CHW PD CH MRT AT		
62Z	Interpretacja wyników badań z zakresu immunologii transfuzjologicznej: grupa krwi, próba zgodności, testy antyglobulinowe	CHW CH		
63Z	Znajomość zasad postępowania w przypadku wystąpienia powikłań poprzetoczeniowych	CHW CH AT		

Imię i nazwisko studenta:

Złożone czynności medyczne

Zaliczenie

Podmiot leczniczy	A – student wykonuje czynności prawidłowo i w pełni samodzielnie			B – student zna zasady wykonywania czynności i potrafi przy nich asystować		
	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (<i>podpis, pieczęć</i>)	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (<i>podpis, pieczęć</i>)

Imię i nazwisko studenta:

Złożone czynności medyczne

Nr efektu	Wykaz	Kody zajęć rekomendowanych do zaliczania Spm i Zcm	Zajęcia zaliczenia Spm i Zcm	
			Kod zajęć	Wymiar zajęć
64Z	Ocena wskazań do wykonania punkcji nadłonowej i uczestnictwo w jej wykonaniu	CHW CH UR		
65Z	Asysta przy typowych procedurach urologicznych (np. endoskopia diagnostyczna i terapeutyczna układu moczowego, litotrypsja, punkcja prostaty, typowe zabiegi operacyjne)	CH UR		
66Z	Rozpoznanie stanów okulistycznych wymagających natychmiastowej pomocy specjalistycznej i udzielenie wstępnej, kwalifikowanej pomocy w przypadkach urazów fizycznych i chemicznych oka	MRD OK		

Imię i nazwisko studenta:

Złożone czynności medyczne

Zaliczenie

Podmiot leczniczy	A – student wykonuje czynności prawidłowo i w pełni samodzielnie			B – student zna zasady wykonywania czynności i potrafi przy nich asystować		
	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)

Imię i nazwisko studenta:

Złożone czynności medyczne

Nr efektu	Wykaz	Kody zajęć rekomendowanych do zaliczania Spm i Zcm	Zajęcia zaliczenia Spm i Zcm	
			Kod zajęć	Wymiar zajęć
67Z	Wykonanie badania dna oka oftalmoskopem bezpośrednim i jego interpretacja w zakresie oceny tarczy nerwu wzrokowego i dużych naczyń (obrzęk tarczy nerwu wzrokowego i wylewy, brak różowego refleksu)	MRD OK		
68Z	Znajomość zasad postępowania okołooperacyjnego	CH NCH OT		
69Z	Kwalifikowanie pacjenta do operacji ze wskazań nagłych i planowych	CH NCH OT		

Imię i nazwisko studenta:

Złożone czynności medyczne

Zaliczenie

Podmiot leczniczy	A – student wykonuje czynności prawidłowo i w pełni samodzielnie			B – student zna zasady wykonywania czynności i potrafi przy nich asystować		
	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)

Imię i nazwisko studenta:

Złożone czynności medyczne

Nr efektu	Wykaz	Kody zajęć rekomendowanych do zaliczania Spm i Zcm	Zajęcia zaliczenia Spm i Zcm	
			Kod zajęć	Wymiar zajęć
70Z	Kontrola poprawności ukrwienia kończyny po założeniu opatrunku unieruchamiającego	CH OT		
71Z	Postępowanie w stanie wstrząsu urazowego oraz obrażeń wielonarządowych	CH MRT AT		
72Z	Unieruchomienie kręgosłupa szyjnego i piersiowo-lędźwiowego u pacjenta po urazach	MRT NCH OT		

Imię i nazwisko studenta:

Złożone czynności medyczne

Zaliczenie

Podmiot leczniczy	A – student wykonuje czynności prawidłowo i w pełni samodzielnie			B – student zna zasady wykonywania czynności i potrafi przy nich asystować		
	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)

Imię i nazwisko studenta:

Złożone czynności medyczne

Nr efektu	Wykaz	Kody zajęć rekomendowanych do zaliczania Spm i Zcm	Zajęcia zaliczenia Spm i Zcm	
			Kod zajęć	Wymiar zajęć
73Z	Ocena odleżyny i zastosowanie odpowiedniego opatrunku	CH MRD GR		
74Z	Rozpoznanie objawów podmiotowych i przedmiotowych świadczących o nieprawidłowym przebiegu ciąży (nieprawidłowe krwawienia, ocena czynności skurczowej macicy)	GP MRD		
75Z	Interpretacja wyników badania fizykalnego ciężarnej (ciśnienie tętnicze, czynność serca i płodu) oraz wyników badań laboratoryjnych świadczących o patologii ciąży	GP MRD		

Imię i nazwisko studenta:

Złożone czynności medyczne

Zaliczenie

Podmiot leczniczy	A – student wykonuje czynności prawidłowo i w pełni samodzielnie			B – student zna zasady wykonywania czynności i potrafi przy nich asystować		
	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)

Imię i nazwisko studenta:

Złożone czynności medyczne

Nr efektu	Wykaz	Kody zajęć rekomendowanych do zaliczania Spm i Zcm	Zajęcia zaliczenia Spm i Zcm	
			Kod zajęć	Wymiar zajęć
76Z	Interpretacja zapisu kardiogramu (KTG)	GP		
77Z	Rozpoznanie rozpoczynającego się porodu, rozpoznanie nieprawidłowego czasu jego trwania	GP MRT		
78Z	Asysta przy odbieraniu porodu fizjologicznego	GP MRT		

Imię i nazwisko studenta:

Złożone czynności medyczne

Zaliczenie

Podmiot leczniczy	A – student wykonuje czynności prawidłowo i w pełni samodzielnie			B – student zna zasady wykonywania czynności i potrafi przy nich asystować		
	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)

Imię i nazwisko studenta:

Złożone czynności medyczne

Nr efektu	Wykaz	Kody zajęć rekomendowanych do zaliczania Spm i Zcm	Zajęcia zaliczenia Spm i Zcm	
			Kod zajęć	Wymiar zajęć
79Z	Interpretacja objawów podmiotowych i przedmiotowych w czasie połogu	GP		
80Z	Ustalenie wskazań i przeciwwskazań do stosowania różnych metod antykoncepcji oraz metod naturalnego planowania rodziny	GP MRD		
81Z	Interpretacja charakterystyk produktów leczniczych oraz krytyczna ocena materiałów reklamowych dotyczących produktów leczniczych	CHW PD MRD ON		

Imię i nazwisko studenta:

Złożone czynności medyczne

Zaliczenie

Podmiot leczniczy	A – student wykonuje czynności prawidłowo i w pełni samodzielnie			B – student zna zasady wykonywania czynności i potrafi przy nich asystować		
	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)

Imię i nazwisko studenta:

Złożone czynności medyczne

Nr efektu	Wykaz	Kody zajęć rekomendowanych do zaliczania Spm i Zcm	Zajęcia zaliczenia Spm i Zcm	
			Kod zajęć	Wymiar zajęć
82Z	Analiza ewentualnych działań niepożądanych poszczególnych produktów leczniczych oraz interakcji między nimi	CHW PD MRD ON		
83Z	Planowanie konsultacji specjalistycznych	CHW PD CH ON		
84Z	Kwalifikowanie pacjenta do leczenia domowego i szpitalnego	CHW PD CH ON		

Imię i nazwisko studenta:

Złożone czynności medyczne

Zaliczenie

Podmiot leczniczy	A – student wykonuje czynności prawidłowo i w pełni samodzielnie			B – student zna zasady wykonywania czynności i potrafi przy nich asystować		
	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)

Imię i nazwisko studenta:

Złożone czynności medyczne

Nr efektu	Wykaz	Kody zajęć rekomendowanych do zaliczania Spm i Zcm	Zajęcia zaliczenia Spm i Zcm	
			Kod zajęć	Wymiar zajęć
85Z	Stosowanie leczenia dietetycznego	CHW PD CH MRD		
86Z	Stosowanie indywidualizacji obowiązujących zaleceń terapeutycznych oraz innych metod leczenia wobec nieskuteczności bądź przeciwwskazań do terapii standardowej	CHW PD CH ON		
87Z	Definiowanie stanów, w których czas dalszego trwania życia, stan funkcjonalny, preferencje pacjenta ograniczają postępowanie zgodne z określonymi dla danej choroby zaleceniami	NU ON AT		

Imię i nazwisko studenta:

Złożone czynności medyczne

Zaliczenie

Podmiot leczniczy	A – student wykonuje czynności prawidłowo i w pełni samodzielnie			B – student zna zasady wykonywania czynności i potrafi przy nich asystować		
	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)

Imię i nazwisko studenta:

Złożone czynności medyczne

Nr efektu	Wykaz	Kody zajęć rekomendowanych do zaliczania Spm i Zcm	Zajęcia zaliczenia Spm i Zcm	
			Kod zajęć	Wymiar zajęć
88Z	Praktyczna znajomość zasad zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz takich umów finansowanych ze środków niepublicznych	CHW MRD		
89Z	Umiejętność wypisywania recept na leki gotowe, recepturowe (w tym środki odurzające lub substancje psychotropowe) ze zróżnicowaniem stosowania do przysługujących pacjentom uprawnień	CHW PD MRD PS		
90Z	Umiejętność wypisywania skierowań na badania dodatkowe, transport sanitarny, zwolnień od pracy	CHW PD MRD MRT ON		

Imię i nazwisko studenta:

Złożone czynności medyczne

Zaliczenie

Podmiot leczniczy	A – student wykonuje czynności prawidłowo i w pełni samodzielnie			B – student zna zasady wykonywania czynności i potrafi przy nich asystować		
	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)

Imię i nazwisko studenta:

Złożone czynności medyczne

Nr efektu	Wykaz	Kody zajęć rekomendowanych do zaliczania Spm i Zcm	Zajęcia zaliczenia Spm i Zcm	
			Kod zajęć	Wymiar zajęć
91Z	Prowadzenie dokumentacji medycznej pacjenta	CHW PD MRD MRT ON		

Imię i nazwisko studenta:

Złożone czynności medyczne

Zaliczenie

Podmiot leczniczy	A – student wykonuje czynności prawidłowo i w pełni samodzielnie			B – student zna zasady wykonywania czynności i potrafi przy nich asystować		
	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)	Data	Forma zaliczenia	Opiekun (podpis, pieczęć)

SEMESTR XI

Działając na podstawie *Programu praktycznego nauczania na VI roku studiów kierunku lekarskiego Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Opolskiego* po weryfikacji przedłożonego do wglądu Dziennika Praktyk stwierdzam:

1. spełnienie warunków określonych w §4 ust. 1 pkt 1) *Programu* i **dopuszczam** do końcowego zaliczenia w semestrze XI:

<i>Dziedzina</i>	<i>Decyzja*</i>	<i>Nie dotyczy*</i>
Ginekologii i Położnictwa		
Medycyny Rodzinnej		
Geriatry		
Dermatologii		
Chorób zakaźnych		
Neurochirurgii		
Ortopedii z traumatologią		
Okulistyki		

.....
(data, pieczętka i podpis
Koordynatora kierunku)

.....
(data, pieczętka i podpis
Dziekana)

* właściwe oznaczyć X

2. nie spełnienie warunków określonych w §4 ust. 1 pkt 1) *Programu* i **nie dopuszczam** do końcowego zaliczenia w semestrze XI:

<i>Dziedzina</i>	<i>Decyzja*</i>	<i>Nie dotyczy*</i>
Ginekologii i Położnictwa		
Medycyny Rodzinnej		
Geriatry		
Dermatologii		
Chorób zakaźnych		
Neurochirurgii		
Ortopedii z traumatologią		
Okulistyki		

.....
(data, pieczętka i podpis
Koordynatora kierunku)

.....
(data, pieczętka i podpis
Dziekana)

* właściwe oznaczyć X

SEMESTR XII

Działając na podstawie Programu praktycznego nauczania na VI roku studiów kierunku lekarskiego Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Opolskiego po weryfikacji przedłożonego do wglądu Dziennika Praktyk **stwierdzam:**

1. **spełnienie warunków** określonych w §4 ust. 1 pkt 2) Programu i **dopuszczam** do końcowego zaliczenia w semestrze XII:

<i>Dziedzina</i>	<i>Decyzja*</i>	<i>Nie dotyczy*</i>
Chorób wewnętrznych		
Pediatrici		
Chirurgii		
Psychiatrii		
Medycyny ratunkowej		
Neurologii		
Onkologii		
Rehabilitacji		
Anestezjologii i Intensywnej Terapii		
Otorynolaryngologii		
Urologii.		

.....
(data, pieczętka i podpis
Koordynatora kierunku)

.....
(data, pieczętka i podpis
Dziekana)

*właściwe oznaczyć X

2. **nie spełnienie warunków** określonych w §4 ust. 1 pkt 2) Programu i **nie dopuszczam** do końcowego zaliczenia w semestrze XII:

<i>Dziedzina</i>	<i>Decyzja*</i>	<i>Nie dotyczy*</i>
Chorób wewnętrznych		
Pediatrici		
Chirurgii		
Psychiatrii		
Medycyny ratunkowej		
Neurologii		
Onkologii		
Rehabilitacji		
Anestezjologii i Intensywnej Terapii		
Otorynolaryngologii		
Urologii.		

.....
(data, pieczętka i podpis
Koordynatora kierunku)

.....
(data, pieczętka i podpis
Dziekana)

*właściwe oznaczyć X