****

**DZIEKANAT ODDZIAŁU STOMATOLOGICZNEGO**

 ...................................................................................

 imię i nazwisko studenta

 ..................................................................................

 nr albumu

**Program praktyk wakacyjnych dla studentów III roku**

na kierunku lekarsko - dentystycznym

**w zakresie chirurgii szczękowo - twarzowej**

I. Podstawowe zagadnienia regulamin praktyk:

1. Praktyki wakacyjne są obowiązkowe i trwają 4 tygodnie (120 godz.), w ramach 6-godzinych dyżurów (4,5 godz. zegarowych) - na wszystkich zmianach,
2. Praktyki po III r. odbywają się zgodnie z programem:

 - 2 tygodnie w zakresie chirurgii szczękowo – twarzowej (60 godz.)**lub**

 - 2 tygodnie w zakresie chorób wewnętrznych (60 godz.) **lub**

 - 2 tygodnie w zakresie chirurgii ogólnej (60 godz.) **oraz**

 - 2 tygodnie w zakresie praktyki lekarsko-dentystycznej w gabinecie stomatologicznym(60 godz.)

1. Praktyki podlegają obowiązkowemu zaliczeniu.
2. Zaliczenie praktyk wraz z oceną poświadcza na karcie praktyk ordynator lub kierownik placówki ochrony zdrowia na podstawie obecności oraz zdobytej wiedzy i umiejętności.
3. Ostatecznego zaliczenia praktyk dokonuje kierownik praktyk w osobie właściwego Prodziekana Oddziału Stomatologicznego.
4. Kierownik praktyk może wyrazić zgodę na odbycie praktyki w wybranej przez studenta placówce ochrony zdrowia, jeżeli charakter wykonywanej przez studenta pracy będzie zgodny z programem praktyk.
5. Nieobecność studenta na praktykach może być usprawiedliwiona jedynie zwolnieniem lekarskim, które dostarcza do zakładu/placówki. Choroba dłuższa niż 1 dzień powoduje konieczność przedłużenia praktyki o odpowiedni okres, co zostaje odnotowane w karcie przedmiotu praktyk.

II. Organizacja praktyk:

* 1. **Cele i zadania szkolenia praktycznego:**
1. Zaznajomienie się z systemem organizacyjnym placówki leczniczej
2. Przybliżenie wybranych problemów z dziedziny chirurgii szczękowo – twarzowej
3. Zdobycie umiejętności w zakresie udzielenia pierwszej pomocy
4. **Tematyka szkolenia:**
5. Specyfika oddziału – zadania i rola personelu
6. Instrumentarium chirurgiczne
7. Znieczulenia miejscowe – techniki, środki, powikłania
8. Wybrane jednostki chorobowe – diagnostyka, pierwsza pomoc
9. Profilaktyka zakażeń WZW i HIV w gabinecie chirurgii stomatologicznej
10. **Wykonywane czynności:**
11. Obecność w obchodach lekarskich
12. Nauka zasad badania podmiotowego i przedmiotowego
13. Uczestniczenie w zabiegach chirurgicznych
14. Asystowanie przy zaopatrywaniu ran i urazów oraz zmianie opatrunków
15. Zdobywanie umiejętności interpretacji badań dodatkowych

**Zgoda placówki medycznej na realizację praktyk studenckich zgodnie z programem**

.......................................................... ………………………….…..………

 pieczątka ogólna data, pieczątka imienna i podpis

**…………………………………………………………………………………………………………..**

**ZALICZENIE PRAKTYK**

 ...........................................................................

 imię i nazwisko studenta

Poświadczam odbycie praktyki na oddziale chirurgii szczękowo- twarzowej - 60 godz.

w okresie od ................................ do ............................... oceniam odbyte praktyki na stopień….…..

(słownie)………………………………….……………..

 .......................................................... ………………………………………

 pieczątka ogólna data, pieczątka imienna i podpis