****

**DZIEKANAT ODDZIAŁU STOMATOLOGICZNEGO**

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

imię i nazwisko studenta

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

nr albumu

**Program praktyk wakacyjnych dla studentów III roku**

na kierunku lekarsko - dentystycznym

**w zakresie praktyki lekarsko-dentystycznej w gabinecie stomatologicznym**

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 z systemem organizacyjnym poradni stomatologicznej, dokumentacją lekarska i administracyjną
2. Zdobywanie praktycznych umiejętności z zakresu profilaktyki, diagnostyki i leczenia stomatologicznego
3. **Tematyka szkolenia:**
4. Specyfika zabiegów przeprowadzanych w różnych specjalnościach stomatologicznych
5. **Wykonywane czynności w zakresie:**

***Chirurgii Stomatologicznej***

1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe, planowanie leczenia
2. Instrumentarium chirurgiczne
3. Podstawy aseptyki i sterylizacji w chirurgii
4. Zasady zaopatrywaniu ran poekstrakcyjnych

***Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia***

1. Badania podmiotowe i przedmiotowe, planowanie leczenia
2. Metody wykrywania i usuwania złogów nazębnych

***Zaburzeń Czynnościowych Narządy Żucia***

1. Ocena prawidłowych warunków zwarciowych
2. Asysta przy pobieraniu wycisków i analiza modeli

***Ortodoncji***

1. Analiza rysów twarzy
2. Rozpoznawanie parafuzji i dysfunkcji narządu żucia oraz wad zgryzu

***Propedeutyki i Diagnostyki Stomatologicznej***

1. Nauka przyjmowania pacjentów przy zachowaniu zasad ergonomii
2. Materiałoznawstwo stomatologiczne

***Protetyki***

1. Materiały i metody wyciskowe – pobieranie wycisków
2. Przygotowanie pacjenta do leczenia protetycznego
3. Zagadnienia profilaktyczne w protetyce stomatologicznej

***Stomatologii Wieku Rozwojowego***

1. Adaptacja dziecka do leczenia stomatologicznego
2. Badania podmiotowe i przedmiotowe, planowanie postępowania profilaktyczno- leczniczego
3. Ocena stanu jamy ustnej – wskaźniki
4. Przeprowadzenie zabiegów profilaktycznych

***Stomatologii Zachowawczej***

1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe, planowanie leczenia
2. Ocena jamy ustnej – wskaźniki
3. Przeprowadzenie podstawowych czynności diagnostycznych
4. Leczenie prostych ubytków próchnicowych

**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 lekarsko-dentystycznej w gabinecie stomatologicznym - 60 godz.

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

(słownie)………………………………….……………..

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

pieczątka ogólna data, pieczątka imienna i podpis