****

**DZIEKANAT ODDZIAŁU STOMATOLOGICZNEGO**

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

imię i nazwisko studenta

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

nr albumu

**Program praktyk wakacyjnych dla studentów IV 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 IV r. odbywają się zgodnie z programem.
3. Praktyki podlegają obowiązkowemu zaliczeniu.
4. Zaliczenie praktyk wraz z oceną poświadcza na karcie praktyk ordynator lub kierownik placówki ochrony zdrowia na podstawie obecności oraz zdobytej wiedzy i umiejętności.
5. Ostatecznego zaliczenia praktyk dokonuje kierownik praktyk w osobie właściwego Prodziekana Oddziału Stomatologicznego.
6. 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.
7. 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:**
2. Zdobywanie praktycznych umiejętności z zakresu profilaktyki, diagnostyki i leczenia stomatologicznego pacjentów
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. Wykonywanie znieczuleń miejscowych – środki i techniki
  3. Asystowanie podczas ekstrakcji zębów – techniki, zaopatrywanie rany poekstrakcyjnej
  4. Połączenie ustno - zatokowe – rozpoznanie, postępowanie
  5. Ropne okolice twarzy i szyi – rozpoznawanie, leczenie

***Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia***

1. Badania podmiotowe i przedmiotowe, planowanie leczenia
2. Usuwania złogów nazębnych
3. Leczenie zachowawcze i fizykalne chorób przyzębia
4. Ocena stanu błony śluzowej jamy ustnej

***Endodoncji***

1. Ocena kliniczna i radiologiczna stanu miazgi i tkanek okołowierzchołkowych
2. Leczenie endodontyczne powikłań próchnicy i urazów zębów

***Zaburzeń Czynnościowych Narządu Żucia***

1. Diagnostyka dysfunkcji układu stomatognatycznego
2. Pobieranie wycisków i analiza modeli
3. Planowanie i leczenie zaburzeń czynnościowych narządu żucia

***Ortodoncji***

1. Przygotowanie jamy ustnej pacjenta do leczenia ortodontycznego
2. Analiza modeli łuków zębowych
3. Zasady zapobiegania wadom zgryzu
4. Wczesne leczenie ortodontyczne prostymi metodami

***Propedeutyki i Diagnostyki Stomatologicznej***

1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe, planowanie kompleksowego leczenia
2. Diagnostyka zaburzeń narządu żucia

***Protetyki***

1. Analiza i przygotowanie podłoża do leczenia protetycznego
2. Uzupełnienie braków zębowych protezami ruchomymi częściowymi i całkowitymi
3. Asystowanie podczas szlifowania zębów pod stałe uzupełnienia protetyczne
4. Zagadnienia profilaktyczne w protetyce stomatologicznej

***Stomatologii Dziecięcej i Profilaktyki Stomatologicznej***

1. Badania podmiotowe i przedmiotowe, planowanie postępowania profilaktyczno- leczniczego
2. Analiza czynników ryzyka rozwoju próchnicy
3. Ocena stanu jamy ustnej – wskaźniki
4. Przeprowadzenie zabiegów profilaktycznych
5. Leczenie próchnicy prostej i powikłanej
6. Urazowe uszkodzenia zębów - planowanie leczenia, pierwsza pomoc

***Stomatologii Zachowawczej***

1. Badania podmiotowe i przedmiotowe, planowanie leczenia
2. Diagnostyka różnicowa próchnicy prostej - postępowanie
3. Diagnostyka i leczenie próchnicy powikłanej
4. Leczenie zachowawcze pacjentów w podeszłym wieku

**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 w zakresie praktyki lekarsko-dentystycznej w gabinecie stomatologicznym - 60 godz./120 godz.

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

(słownie)………………………………….……………

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

pieczątka ogólna data, pieczątka imienna i podpis