

UNIwersytet Medyczny w Lublinie

I Wydział Lekarski z Oddziałem Stomatologicznym

Al. Raławickie 1

20-059 Lublin

Tel. (48): 81-448-60-03, 81-448-60-07, 81-448-60-00; Fax: (48): 81-448-60-01

KARTA PRAKTYKI STUDENTA KIERUNKU LEKARSKO-DENTYSTYCZNEGO

.....
(imię i nazwisko studenta)

.....
(nr albumu)

.....
(rok akademicki)

III
(rok studiów)

Studentów obowiązuje **120 godzinna** (4 tygodniowa) praktyka w okresie wakacyjnym, tj. od 8-go lipca do 22-go września 2019 r. w poradniach stomatologicznych, obejmująca 6-godzinny dzień pracy. Osobą odpowiedzialną za realizację programu jest kierownik przychodni. Bezpośredni nadzór nad praktykantem może być powierzony osobie wyznaczonej do tego przez kierownika przychodni.

1. Celem praktyki jest nabycie umiejętności praktycznych w zakresie procedur manualnych w dyscyplinach stomatologicznych, tj. stomatologia zachowawcza, chirurgia stomatologiczna, protetyka.
2. Funkcję opiekuna praktyk odpowiedzialnego za realizację programu sprawuje osoba upoważniona przez kierownika.
3. Organizator praktyki/Osoba upoważniona przez Organizatora zalicza odbycie praktyki poprzez umieszczenie odpowiedniego wpisu w karcie praktyk studenta. Warunkiem zaliczenia praktyki jest osiągnięcie przez studenta założonych efektów kształcenia.

.....
(nazwa i adres miejsca odbywania praktyki/pieczęć placówki)

Lp.	ZAKRES CZYNNOŚCI/EFEKTY KSZTAŁCENIA	Data, podpis i pieczęć opiekuna
1.	umie wykonać instruktaż higieny i profilaktyki przeciwpróchnicowej u dzieci i dorosłych; H. U 10	
2.	umie wykonać proste zabiegi profilaktyczne: lakierowanie, lapolisowanie; H. U 11	
3.	umie usuwać złoży nazębne naddziąsłowe; H. U 12	
4.	uczestniczy w zabiegu wyrównywania płaszczyzny zwarcia; H. U 13	
5.	zna aktualne przepisy dotyczące dezynfekcji i sterylizacji sprzętu i narzędzi stomatologicznych; H. W 14	
6.	pogłębia wiedzę o materiałach, aparaturze i sprzęcie stomatologicznym; H. W 15	
7.	prowadzenie dokumentacji dotyczącej wykonywanych zabiegów profilaktycznych; H.W 7	

Poświadczam, że student/ka odbył/a praktykę

oddo

.....
(podpis Organizatora praktyki/Osoby upoważnionej przez Organizatora praktyki)

.....
(zaliczenie praktyk przez Koordynatora, podpis i pieczęć)