



WARSZAWSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY  
MEDICAL UNIVERSITY OF WARSAW



Wydział Lekarsko-Stomatologiczny

**KARTA PRAKTYK STUDENCKICH – IV ROK**  
**lekarsko-dentystyczna w gabinecie stomatologicznym**  
Rok akademicki **2023/2024**

Imię i nazwisko studenta .....

Rok studiów ..... Nr albumu .....

Adres stałego zamieszkania .....

1/ Termin odbywania praktyki: od ..... do .....

Liczba dni roboczych: ..... Liczba godzin.....

2/ Miejsce praktyki / adres i telefon/: .....

3/ Imię i nazwisko:

kierownika jednostki .....

opiekuna praktyk .....

4/ Realizacja efektów uczenia się

Zakres czynności	Efekt uczenia się (Rozp. MNiSW z dn. 26 lipca 2019r.)	Daty wykonania	Potwierdzenie wykonania przez opiekuna (podpis i pieczęć)
<b>1/ w zakresie stomatologii zachowawczej, dziecięcej i periodontologii</b>			
Przeprowadzanie podstawowych czynności diagnostycznych (badanie pacjenta i planowanie leczenia, interpretacja badań radiologicznych i dodatkowych 1A, 2A,12A)	F.U1, F.U2, F.U6 F.U7		
Usuwanie złogów nazębnych (53A)	F.U7, U1		
Wykonywanie zabiegów z zakresu zapobiegania chorobie próchnicowej (zalecenia dietetyczne, motywacja, - lakowanie, profesjonalna profilaktyka fluorkowa) (10A, 14A, 15A, 19A)	F.U7, U2		
Opracowanie i wypełnianie ubytków próchnicowych z zastosowaniem różnego rodzaju materiałów do wypełnień ostatecznych i czasowych (4A)	U3		
Czynna asysta przy zabiegach z zakresu endodoncji, wykonywanie wybranych zabiegów endodontycznych (ekstirpacja miazgi, opracowanie i wypełnienie kanału korzeniowego) (6A)	G.U20, U4, K1		

5/ Potwierdzenie odbycia liczby godzin praktyk i wykonanych czynności oraz opinia o pracy studenta i przebiegu praktyki

.....  
.....

(pieczęć jednostki organizującej praktykę/praktyki)

(podpis i pieczęć kierownika jednostki)

Uwagi studenta o przebiegu praktyki:

.....  
.....

1/ Termin praktyki: od: ..... do:.....  
Liczba dni roboczych: ..... Liczba godzin: .....

2/ Miejsce praktyki / adres i telefon/: .....  
.....

3/ Imię i nazwisko  
kierownika jednostki .....  
opiekuna praktyk .....

4/ Realizacja efektów uczenia się

Zakres czynności	Efekt uczenia się (Rozp. MNiSW z dn. 26 lipca 2019r.)	Daty wykonania	Potwierdzenie wykonania przez opiekuna (podpis i pieczęć)
<b>2/ w zakresie chirurgii stomatologicznej<sup>3</sup></b>			
wykonywanie miejscowych znieczuleń (34A)	F.U16, U5		
wykonywanie nieskomplikowanych ekstrakcji zęba (38A)	F.U7, F.U8, U7		
asystowanie do małych zabiegów chirurgicznych (41B)	G.U20, U7		

5/ Potwierdzenie odbycia liczby godzin praktyk i wykonanych czynności oraz opinia o pracy studenta i przebiegu praktyki

.....  
.....

.....  
(pieczęć jednostki organizującej praktykę/praktyki)

.....  
(podpis i pieczęć kierownika jednostki)

Uwagi studenta o przebiegu praktyki:

.....  
.....

1/ Termin praktyki: od: ..... do:.....  
Liczba dni roboczych: ..... Liczba godzin: .....

2/ Miejsce praktyki / adres i telefon/: .....

3/ Imię i nazwisko

kierownika jednostki .....

opiekuna praktyk .....

4/ Realizacja efektów kształcenia

Zakres czynności	Efekt uczenia się (Rozp. MNiSW z dn. 26 lipca 2019r.)	Daty wykonania	Potwierdzenie wykonania przez opiekuna (podpis i pieczęć)
<b>3/ w zakresie protetyki stomatologicznej</b>			
ocena warunków w jamie ustnej z uwzględnieniem braków w uzębieniu, zmian anatomicznych i czynnościowych oraz nieprawidłowości szczęko-zgryzowych (A61)	F.W14		
pobieranie wycisków z zastosowaniem różnego rodzaju materiałów wyciskowych (A28)	U8		
planowanie leczenia protetycznego w prostych przypadkach klinicznych (A61)	F.U22, U9		
ustalenie zwarcia i kontrola próbnych protez			
przeprowadzenie korekt i napraw ruchomych protez zębowych (66A)			

5/ Potwierdzenie odbycia liczby godzin praktyk i wykonanych czynności oraz opinia o pracy studenta i przebiegu praktyki

.....  
.....

.....  
(pieczęć jednostki organizującej praktykę/praktyki)

.....  
(podpis i pieczęć kierownika jednostki)

Uwagi studenta o przebiegu praktyki:

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

1/ Termin praktyki: od: ..... do:.....

Liczba dni roboczych: ..... Liczba godzin: .....

2/ Miejsce praktyki / adres i telefon: .....

3/ Imię i nazwisko

kierownika jednostki .....

opiekuna praktyk .....

4/ Realizacja efektów kształcenia

<b>Zakres czynności</b>	<b>Efekt kształcenia</b> <i>(Rozp. MNiSW z dn. 9 stycznia 2018 z póź. zm.)</i>	<b>Daty wykonania</b>	<b>Potwierdzenie wykonania przez opiekuna</b> (podpis i pieczęć)
<b>4/ w zakresie dokumentacji medycznej i sprawozdawczości</b>			
poznanie wszystkich formularzy dokumentacji medycznej (karta choroby, książka przyjęć, dziennik pracy i zabiegów) i sanitarnej, poznanie sposobu prowadzenia sprawozdawczości	G.W17 F.U11 G.U26		

5/ Potwierdzenie odbycia liczby godzin praktyk i wykonanych czynności oraz opinia o pracy studenta i przebiegu praktyki

.....

.....

.....  
(pieczęćka jednostki organizującej praktykę/praktyki)

.....  
(podpis i pieczęć kierownika jednostki)

Uwagi studenta o przebiegu praktyki:

.....

.....

.....

1/ Termin praktyki: od: ..... do:.....

Liczba dni roboczych: ..... Liczba godzin: .....

2/ Miejsce praktyki / adres i telefon/: .....

3/ Imię i nazwisko

kierownika jednostki .....

opiekuna praktyk .....

4/ Realizacja efektów kształcenia

Zakres czynności	Efekt uczenia się (Rozp. MNiSW z dn. 26 lipca 2019r.)	Daty wykonania	Potwierdzenie wykonania przez opiekuna (podpis i pieczęć)
<b>5/ w zakresie organizacji i administracji</b>			
poznanie zasad organizacji pracy w miejscu odbywania praktyki, zaznajomienie się z rejestracją pacjentów i systemem ewidencji, poznanie sposobów zaopatrywania oraz prowadzenia magazynu	G.W18 G.W9 G.U26		

5/ Potwierdzenie odbycia liczby godzin praktyk i wykonanych czynności oraz opinia o pracy studenta i przebiegu praktyki

.....  
.....

.....  
(pieczęć jednostki organizującej praktykę/praktyki)

.....  
(podpis i pieczęć kierownika jednostki)

Uwagi studenta o przebiegu praktyki:

.....  
.....

.....  
Podpis studenta

**Zaliczam praktykę obowiązującą po IV roku studiów w roku akademickim 2023/24**

.....  
Podpis Dziekana