**RAMOWY PROGRAM PRAKTYKI DLA STUDENTÓW V ROKU
KIERUNKU LEKARSKIEGO WYDZIAŁU LEKARSKIEGO UJ CM**

**INTENSYWNA TERAPIA**

Studenci V roku Wydziału Lekarskiego odbywają obowiązkowe praktyki programowe
z zakresu ginekologii i położnictwa oraz z intensywnej terapii.

Kierownik kliniki /ordynator oddziału/ lub wyznaczony przez niego opiekun ustala szczegółowy zakres obowiązków i harmonogram praktyki oraz sprawuje kontrolę nad pracą studenta.

 Opiekunem praktyki studenckiej winien być lekarz o odpowiednim przygotowaniu zawodowym i ogólnym.

 Kierownik praktyki odpowiada za realizację programu praktyki oraz zalicza odbycie praktyki poprzez umieszczenie odpowiedniego wpisu w indeksie oraz podpisanie poświadczenia odbycia praktyki i dziennika praktyk.

**Celem praktyki z zakresu Intensywnej Terapii jest:**

1. Poznanie organizacji i zasad pracy Oddziału Intensywnej Terapii.
2. Pogłębienie i usystematyzowanie wiedzy dotyczącej fizjopatologii towarzyszącej stanom zagrożenia życia wywołanym przez urazy, ciężkie zakażenia, rozległe operacje, etc.
3. Zapoznanie z metodami leczenia stosowanymi w oddziale intensywnej terapii z położeniem silnego nacisku na nabycie umiejętności praktycznych.
4. Zapoznanie z metodami monitorowania układu oddechowego, prowadzenie wentylacji mechanicznej.
5. Zapoznanie z metodami monitorowania układu krążenia oraz metodami farmakologicznego wspierania układu krążenia.
6. Ocenianie stanu świadomości pacjenta, sedacja w oddziale intensywnej terapii.
7. Zapoznanie się z zakażeniami w oddziale intensywnej terapii oraz zasadami leczenia wstrząsu septycznego.
8. Zapoznanie się z zasadami wdrażania i prowadzenia terapii pozaustrojowych.
9. Problemy etyczne w intensywnej terapii.
10. Zasady prowadzenia dokumentacji medycznej w OIT

W czasie praktyki student obowiązany jest odbyć dwa dyżury w godzinach od 14.00 do 20.00,
w czasie których towarzyszy lekarzowi dyżurnemu we wszystkich czynnościach lekarskich. W dniu dyżuru student jest zwolniony z zajęć dopołudniowych.

*Poświadczenie odbycia praktyki*

*Poświadczam, że student/ka V roku studiów kierunku lekarskiego Wydziału*

*Lekarskiego UJ CM Pan/Pani ...............................................................................*

*odbył/a/ praktykę zgodną z w/w programem praktyk w wymiarze 60 godz.*

*w miesiącu ………………………………. 20…. r.*

*................................... ...................................................................*

*Pieczęć jednostki podpis i pieczęć kierownika*

 *jednostki – ordynatora oddziału*

 *......................................................................................................*

*podpis i pieczęć*

*Pełnomocnika Dziekana Wydziału Lekarskiego UJ CM*

*d/s zawodowych praktyk wakacyjnych*