

**RAMOWY PROGRAM PRAKTYKI WAKACYJNEJ
W ZAKRESIE ASYSTY LEKARZOWI DENTYŚCIE
DLA STUDENTÓW II ROKU
KIERUNKU LEKARSKO-DENTYSTYCZNEGO
WYDZIAŁU LEKARSKIEGO UJ CM**

Cel praktyki:

Zadaniem szkolenia praktycznego po II. roku studiów jest zapoznanie studenta z systemem organizacji pracy w przychodniach stomatologicznych oraz opanowanie podstawowych czynności wchodzących w skład obowiązków asysty stomatologicznej.

Miejsce odbywania praktyki:

Praktyki odbywają się w gabinetach, przychodniach lub klinikach stomatologicznych w miesiącach wakacyjnych pomiędzy 1 lipca a 31 sierpnia.

Czas trwania praktyki:

Obowiązkowa praktyka trwa 4 tygodnie, czyli 20 dni roboczych.

Dzień pracy wynosi 6 godzin zegarowych.

Łączny czas trwania praktyki wynosi 120 godzin.

Treść praktyki:

1. Przygotowanie stanowiska klinicznego do zabiegu stomatologicznego.
2. Przygotowanie instrumentarium do zabiegów stomatologicznych:
 - a. dezynfekcja narzędzi i ich przygotowanie do sterylizacji,
 - b. metody sterylizacji.
2. Przygotowanie materiałów do zabiegów stomatologicznych:
3. Asysta przy zabiegach stomatologicznych
4. Zajęcia administracyjne:
 - a. rejestracja chorych
 - b. prowadzenie kartoteki i księgi chorych
 - c. przygotowywanie zaświadczeń

Nadzór nad praktyką:

Nadzór nad prawidłową realizacją programu praktyki spełnia wyznaczony przez Kierownika Przychodni lekarz stomatolog.

Zaliczenie praktyki odbywa się poprzez umieszczenie wpisu w indeksie oraz poświadczenie w dzienniku praktyk.

Warunkiem zaliczenia praktyki jest zdobycie umiejętności wymienionych w ustępie "Treść praktyki".



UNIwersytet Jagielloński
COLLEGIUM MEDICUM
W KRAKOWIE

Wydział Lekarski

.....
imię i nazwisko

II rok, lekarsko-dentystyczny

.....
rok studiów, kierunek

Poświadczenie odbycia zawodowej praktyki wakacyjnej z zakresu asysty lekarzowi dentyście

- praktyka wakacyjna w roku akademickim 20.../20...

Poświadczam, że student/ka II roku studiów kierunku lekarsko-dentystycznego Wydziału Lekarskiego UJ CM

Pan/Pani

odbył/a/ praktykę lekarsko-dentystyczną w gabinecie stomatologicznym – praktyka wakacyjna zgodną z programem praktyk w wymiarze 120 godz. w terminie od.....do.....20.....r.

.....
Pieczęć jednostki

.....
podpis i pieczęć opiekuna
praktyk lub ordynatora oddziału

.....
podpis i pieczęć
Pełnomocnika Dziekana Wydziału Lekarskiego UJ CM
d/s zawodowych praktyk wakacyjnych

Dziekanat