KARTA PRAKTYK STUDENCKICH – IV ROK
lekarsko-dentystyczna w gabinecie stomatologicznym
Rok akademicki **2020/2021**

Imię i nazwisko studenta .....
Rok studiów ……. Nr albumu ……
Adres stałego zamieszkania .....

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 kształcenia** *(Rozp. MNiSW z dn. 9 maja 2012)*	**Daty wykonania**	**Potwierdzenie wykonania przez opiekuna** (podpis i pieczątka)
1/ w zakresie stomatologii zachowawczej, dziecięcej i periodontologii			
przeprowadzanie podstawowych czynności diagnostycznych: • badanie pacjenta i planowanie leczenia stomatologicznego (1 i 2 A), • interpretacja badań radiologicznych i dodatkowych (12/A).	F.U1. F.U2. F.U6. F.U7.		
usuwanie złogów nazębnych (14/A)	F.U8. F.U20.		
Wykonywanie zabiegów z zakresu zapobiegania chorobie próchnicowej: • zalecania dietetyczne	F.U8.		
• lakowanie profesjonalna profilaktyka fluorkowa zalecenia i instruktaż higieniczny (14/A , 10/A, 15/A, 19 /A)	F.U8.		

ul. Żwirki i Wigury 61, 02-091 Warszawa
tel. 22 57-20-245, faks: 22 57-20-273
e-mail: stomatologia@wum.edu.pl
www.wum.edu.pl

opracowanie i wypełnianie ubytków próchnicowych z zastosowaniem różnego rodzaju materiałów do wypełnień ostatecznych i czasowych (8/A,15/A)	F.U9.		
czynna asysta przy zabiegach z zakresu endodoncji, wykonywanie wybranych zabiegów endodontycznych (ekstyrpacja miazgi, opracowanie i wypełnienie kanału korzeniowego) (6/A,16/A)	G.W16.		

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

.....
.....

....
(pieczątka jednostki organizującej praktykę/praktyki) (podpis i pieczęć kierownika jednostki)

Uwagi studenta o przebiegu praktyki

.....…
….....

ul. Żwirki i Wigury 61, 02-091 Warszawa
tel. 22 57-20-245, faks: 22 57-20-273
e-mail: stomatologia@wum.edu.pl
www.wum.edu.pl

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

3/ w zakresie protetyki stomatologicznej			
ocena warunków w jamie ustnej z uwzględnieniem braków w uzębieniu, zmian anatomicznych i czynnościowych oraz nieprawidłowości szczęko-zgryzowych	F.U18.		
pobieranie wycisków z zastosowaniem różnego rodzaju materiałów wyciskowych (24/A)	F.U25.		
planowanie leczenia protetycznego w prostych przypadkach klinicznych (57/A)	F.U25.		
ustalenie zwarcia i kontrola próbnych protez	F.U25.		
przeprowadzenie korekt i napraw ruchomych protez zębowych (62/A)	F.U25.		
Zakres czynności	**Efekt kształcenia** *(Rozp. MNiSW z dn. 9 maja 2012)*	**Daty wykonania**	**Potwierdzenie wykonania przez opiekuna** (podpis i pieczątka)

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

ul. Żwirki i Wigury 61, 02-091 Warszawa
tel. 22 57-20-245, faks: 22 57-20-273
e-mail: stomatologia@wum.edu.pl
www.wum.edu.pl

....
(pieczątka 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 kształcenia** *(Rozp. MNiSW z dn. 9 maja 2012)*	**Daty wykonania**	**Potwierdzenie wykonania przez opiekuna** (podpis i pieczątka)
2/ w zakresie chirurgii stomatologicznej			
wykonywanie miejscowych znieczuleń (31/A)	F.U19.		
wykonywanie nieskomplikowanych ekstrakcji zęba (35/A)	F.U10.		
asystowanie do małych zabiegów chirurgicznych (37/A, 41/A)	F.U10.		

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

ul. Żwirki i Wigury 61, 02-091 Warszawa
tel. 22 57-20-245, faks: 22 57-20-273
e-mail: stomatologia@wum.edu.pl
www.wum.edu.pl

....
(pieczątka 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 kształcenia** *(Rozp. MNiSW z dn. 9 maja 2012)*	**Daty wykonania**	**Potwierdzenie wykonania przez opiekuna** (podpis i pieczątka)
4/ w zakresie dokumentacji medycznej i sprawozdawczości			
poznanie wszystkich formularzy dokumentacji medycznej (karta choroby, książka przyjęć, dziennik pracy i zabiegów) i sanitarnej, poznanie sposobu prowadzenia sprawozdawczości (77/A)	F.U13. G.W17.		

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

ul. Żwirki i Wigury 61, 02-091 Warszawa
tel. 22 57-20-245, faks: 22 57-20-273
e-mail: stomatologia@wum.edu.pl
www.wum.edu.pl

....
(pieczątka 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 kształcenia** *(Rozp. MNiSW z dn. 9 maja 2012)*	**Daty wykonania**	**Potwierdzenie wykonania przez opiekuna** (podpis i pieczątka)
5/ w zakresie organizacji i administracji			
poznanie zasad organizacji pracy w miejscu odbywania praktyki, zaznajomienie się z rejestracją pacjentów i systemem ewidencji, poznanie sposobów zaopatrywania oraz prowadzenia magazynu (70/A)	G.W7. G.W9.		

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

....
(pieczątka jednostki organizującej praktykę/praktyki) (podpis i pieczęć kierownika jednostki)

ul. Żwirki i Wigury 61, 02-091 Warszawa
tel. 22 57-20-245, faks: 22 57-20-273
e-mail: stomatologia@wum.edu.pl
www.wum.edu.pl

Uwagi studenta o przebiegu praktyki

.....…
….....

……
(podpis studenta)

Obowiązującą praktykę po **roku IV** w roku akademickim 2020/2021 zaliczam.

DZIEKAN

ul. Żwirki i Wigury 61, 02-091 Warszawa
tel. 22 57-20-245, faks: 22 57-20-273
e-mail: stomatologia@wum.edu.pl
www.wum.edu.pl