Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
Wydział Lekarski
ul. Mikulicza-Radeckiego 5, 50-345 Wrocław
tel. 71 784 17 89

Imię i nazwisko studenta:.....

Nr albumu:.....

Program praktyki zawodowej na rok akademicki 2019/2020

wg standardów kształcenia z dnia 9 maja 2012 r. (Dz. U. z 2012r. poz.631)
zatwierdzony Uchwałą Senatu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu nr 2021 z dnia 24 kwietnia 2019 r.

kierunek: lekarsko-dentystyczny, rok studiów: III, wymiar praktyk: 4 tygodnie, 120 godzin

przedmiot/zakres praktyki: LEKARSKA ORAZ PRZY ZABIEGACH
Poznanie procedury manualnej w gabinecie stomatologicznym oraz wykonywanie prac protetycznych w pracowniach techniki dentystycznej

1. **Cel praktyki zawodowej:**
   praktyczne doskonalenie umiejętności zawodowych uzyskanych w toku realizacji przedmiotów kierunkowych.
2. **Wykaz umiejętności praktycznych:**

Wykaz umiejętności	Potwierdzenie odbycia praktyki zawodowej
Miejsce realizacji praktyki: w gabinetach stomatologicznych oraz pracowniach techniki dentystycznej 1.Stomatologiczne badanie pacjenta i planowanie leczenia zachowawczego i protetycznego. 2.Czynna asysta przy zabiegach ze stomatologii zachowawczej, protetyki, ortodoncji i chirurgii stomatologicznej. 3.Znoszenie zwiększonej wrażliwości zębiny- 3 zęby. 4.Profilaktyka przeciwpróchnicowa: po 3 lakowania i fluoryzacje kontaktowe. 5.Instruktaż jamy ustnej – 5 pacjentów. 6.Skaling nadziąsłowy i polerowanie powierzchni zębowych – 5 pacjentów. 7.Zaznajomienie się z prowadzeniem dokumentacji w gabinecie stomatologicznym. 8.Zaznajomienie się z zasadami sterylizacji i prowadzoną dokumentacją sterylizacji w gabinecie stomatologicznym 9.Poznanie instrumentarium oraz aparatury stomatologicznej. 10.Asysta w laboratorium protetycznym podczas wszystkich etapów laboratoryjnych wykonywania ruchomych protez akrylanowych i szkieletowych oraz protez stałych. 11.Poznanie zasad oraz naprawa ruchomych uzupełnień protetycznych.	W terminie od ..... do..... 20... r. w: ..... (pieczęć Podmiotu) Opiekunem praktyki zawodowej z ramienia Podmiotu był/a: .... data, pieczęć, podpis osoby odpowiedzialnej za nadzór nad praktyką z ramienia Podmiotu

UWAGI: Studentów obowiązuje miesięczna praktyka stomatologiczna- procedury manualne i obejmuje 7-godzinny dzień pracy.

Zaliczam praktykę zawodową po III roku studiów w roku akademickim 2019/2020

.....
Data i podpis opiekuna praktyk

Program praktyki zgodny ze standardami nauczania

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
WYDZIAŁ LEKARSKI
10.12.2019
prof. dr hab. Andrzej Hendrich

data i podpis Dziekana Wydziału

Wypełnia student:

Oświadczam, iż zostałem poinformowany o konieczności posiadania:

a) ubezpieczenia od NNW, OC,
b) zaświadczenia o szczepieniu przeciw WZW typu B,
c) aktualnego zaświadczenia o przeprowadzeniu badań lekarskich do celów sanitarno-epidemiologicznych,
d) obowiązującej dokumentacji niezbędnej do zaliczenia praktyki,
e) ochronnego ubrania medycznego (fartuch, obuwie zmienne, okulary ochronne),
f) identyfikatora wykonanego przez studenta we własnym zakresie, zgodnie ze wzorem wymaganym przez Uczelnię.

Potwierdzam odbiór programu praktyki zawodowej.

.....

podpis studenta