

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE PEDIATRII

Termin stażu częstkowego w zakresie pediatrii od <input type="text"/> do <input type="text"/>	
Imię i nazwisko opiekuna	
Złożył sprawdzian z postępowania w stanach nagłego zagrożenia zdrowia lub życia	Pieczętka i podpis opiekuna
Odbył wymaganą w programie liczbę dyżurów	Pieczętka i podpis opiekuna
Przygotował doniesienie, pracę poglądową, opis przypadku	Pieczętka i podpis opiekuna
Odbył staż cząstkowy zgodnie z programem	Pieczętka i podpis opiekuna
Termin stażu częstkowego w zakresie neonatologii od <input type="text"/> do <input type="text"/>	
Imię i nazwisko opiekuna	
Złożył sprawdzian z postępowania w stanach nagłego zagrożenia zdrowia lub życia	Pieczętka i podpis opiekuna
Odbył wymaganą w programie liczbę dyżurów	Pieczętka i podpis opiekuna
Odbył staż cząstkowy zgodnie z programem	Pieczętka i podpis opiekuna
Złożył kolokwium końcowe	
Data <input type="text"/>	
Pieczętka oddziału	Pieczęć i podpis ordynatora

**STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE PEDIATRII
UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ W STOPNIU
UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE**

ocena stanu ogólnego niemowlęcia i dziecka starszego, z uwzględnieniem badania otoskopowego i pomiaru ciśnienia krwi oraz badania w kierunku wad wrodzonych	
zbieranie wywiadów od rodziny dziecka	
prowadzenie resuscytacji i udzielanie pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia dziecka	
rozpoznawanie mózgowego porażenia dziecięcego	
wkłucie dożylnie i pobranie krwi do badań u niemowlęcia i dziecka starszego	
pobranie płynu mózgowo-rdzeniowego u dzieci	
pobranie materiałów do badań mikrobiologicznych u dzieci	
założenie zgłębnika do żołądka lub odbyticy i cewnika do pęcherza moczowego u dzieci	
odbarczenie u dziecka odmy przeźnej	
pielęgnacja niemowląt i małych dzieci	
Data	Pieczętka i podpis opiekuna
postępowanie z noworodkiem bezpośrednio po porodzie: a) ocena noworodka na podstawie skali wg Apgar b) testy przesiewowe u noworodka (fenyloketonuria)	
resuscytacja noworodka	
ocena dojrzałości noworodka, postępowanie we wcześniactwie	
rozpoznawanie wad wrodzonych u noworodka i postępowanie w przypadku ich stwierdzenia	
zasady transportu chorego noworodka	
pielęgnacja i karmienie noworodka	
Data	Pieczętka i podpis opiekuna
UWAGI:	

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE CHIRURGII OGÓLNEJ

Termin stażu cząstkowego w zakresie chirurgii ogólnej od <input type="text"/> do <input type="text"/>	
Imię i nazwisko opiekuna	
Złożył sprawdzian z postępowania w stanach nagłego zagrożenia zdrowia lub życia	Pieczętka i podpis opiekuna
Odbył wymaganą w programie liczbę dyżurów	Pieczętka i podpis opiekuna
Przygotował doniesienie, pracę poglądową, opis przypadku	Pieczętka i podpis opiekuna
Odbył staż cząstkowy zgodnie z programem	Pieczętka i podpis opiekuna
Termin stażu cząstkowego w zakresie chirurgii urazowej od <input type="text"/> do <input type="text"/>	
Imię i nazwisko opiekuna	
Złożył sprawdzian z postępowania w stanach nagłego zagrożenia zdrowia lub życia	Pieczętka i podpis opiekuna
Odbył wymaganą w programie liczbę dyżurów	Pieczętka i podpis opiekuna
Odbył staż cząstkowy zgodnie z programem	Pieczętka i podpis opiekuna
Złożył kolokwium końcowe	
Data <input type="text"/>	
Pieczętka oddziału	Pieczęć i podpis ordynatora

**STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE CHIRURGII OGÓLNEJ
UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ W STOPNIU
UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE**

mycie chirurgiczne rąk i pola operacyjnego	
chirurgiczne opracowanie i zeszycie niewielkich ran	
znieczulenie miejscowe	
nacięcie i drenaż ropnia	
założenie drenażu opłucnej	
postępowanie w krwotoku zewnętrznym	
założenie zgłębnika nosowo-żołądkowego	
dożylnie przetaczanie krwi i płynów infuzyjnych	
postępowanie w oparzeniach	
badanie per rectum i ocena gruczołu krokowego	
wykonanie anoskopii	
Data	Pieczętka i podpis opiekuna
założenie podstawowych opatrunków gipsowych i unieruchamiających	
Data	Pieczętka i podpis opiekuna
UWAGI:	

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE POŁOŻNICTWA I GINEKOLOGII

Termin stażu cząstkowego w zakresie położnictwa i ginekologii od <input type="text"/> do <input type="text"/>	
Imię i nazwisko opiekuna	
Złożył sprawdzian z postępowania w stanach nagłego zagrożenia zdrowia lub życia	Pieczętka i podpis opiekuna
Odbył wymaganą w programie liczbę dyżurów	Pieczętka i podpis opiekuna
Przygotował doniesienie, pracę poglądową, opis przypadku	Pieczętka i podpis opiekuna
Odbył staż cząstkowy zgodnie z programem	Pieczętka i podpis opiekuna
Złożył kolokwium końcowe	
Data <input type="text"/>	
Pieczętka oddziału	Pieczęć i podpis ordynatora

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE POŁOŻNICTWA I GINEKOLOGII
UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ W STOPNIU
UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE

badanie położnicze zewnętrzne i wewnętrzne	
ocena czynności serca płodu, w tym wykonanie interpretacji badania kardiokograficznego	
interpretacja badania gazometrycznego ze skalpu płodu i pępowiny	
odebranie porodu fizjologicznego	
nacięcie i zeszytie krocza	
badanie ginekologiczne	
badanie sutków	
wykonanie i interpretacja badania cytologicznego	
interpretacja krzywej podstawowej temperatury ciała i innych objawów płodności	
Data	Pieczętka i podpis opiekuna

UWAGI:

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE PSYCHIATRII

Termin stażu cząstkowego w zakresie psychiatrii od <input type="text"/> do <input type="text"/>	
Imię i nazwisko opiekuna	
Złożył sprawdzian z postępowania w stanach nagłego zagrożenia zdrowia lub życia	Pieczętka i podpis opiekuna
Odbył wymaganą w programie liczbę dyżurów	Pieczętka i podpis opiekuna
Przygotował doniesienie, pracę poglądową, opis przypadku	Pieczętka i podpis opiekuna
Odbył staż cząstkowy zgodnie z programem	Pieczętka i podpis opiekuna
Złożył kolokwium końcowe	
Data <input type="text"/>	
Pieczętka oddziału	Pieczęć i podpis ordynatora

**STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE PSYCHIATRII
UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ W STOPNIU
UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE**

ocena stanu psychicznego z uwzględnieniem specyfiki wieku rozwojowego i podeszłego	
ocena wpływu czynników somatycznych na stan psychiczny chorego	
ocena wpływu czynników psychicznych i środowiskowych na stan somatyczny chorego	
ocena czynników patogennych w rodzinie chorego	
ocena patogenicznego znaczenia kryzysów rozwojowych oraz doświadczeń związanych z chorobą (ostrą, przewlekłą, terminalną) i leczeniem	
nawiązanie właściwego kontaktu z osobą z zaburzeniami psychicznymi i mobilizowanie do współdziałania w leczeniu, unikanie oddziaływań jatrogennych	
prowadzenie interwencji kryzysowej	
prowadzenie psychoterapii podtrzymującej	
wybór, zgodnego z prawem postępowania lekarskiego w sytuacji konieczności działania bez zgody chorego	
stosowanie podstawowych grup leków psychotropowych, z uwzględnieniem profilaktyki uzależnień lekowych	
Data	Pieczętka i podpis opiekuna
UWAGI:	

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE MEDYCYNY RODZINNEJ

Termin stażu cząstkowego w zakresie medycyny rodzinnej od <input type="text"/> do <input type="text"/>	
Imię i nazwisko opiekuna	
Zapoznał się z organizacją i metodami praktyki lekarza rodzinnego	Pieczętka i podpis opiekuna
Odbił wymaganą w programie liczbę dyżurów	Pieczętka i podpis opiekuna
Przygotował doniesienie, pracę poglądową, opis przypadku	Pieczętka i podpis opiekuna
Odbił staż cząstkowy zgodnie z programem	Pieczętka i podpis opiekuna
Złożył kolokwium końcowe	
Data <input type="text"/>	
Pieczętka oddziału	Pieczęć i podpis lekarza

**STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE MEDYCYNY RODZINNEJ
UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ W STOPNIU
UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE**

ocena rozwoju fizycznego i psychoruchowego dzieci ze szczególnym uwzględnieniem niemowląt	
przeprowadzanie szczepień ochronnych, zgodnie z kalendarzem szczepień	
oznaczanie glikemii, glikozurii i ketonurii za pomocą suchych testów	
przeprowadzanie testów skórnych	
zakładanie opatrunków	
leczenie ran	
stosowanie profilaktyki tężca	
badanie położnicze zewnętrzne	
stwierdzenie czynności serca u płodu	
ocena ruchliwości płodu	
pobranie badania cytologicznego	
pobieranie materiału do badań mikrobiologicznych w warunkach ambulatoryjnych	
wykonanie tamponady przedniej	
usuwanie woskowiny usznej	
usuwanie ciał obcych z worka spojówkowego	
badanie ostrości wzroku	
badanie widzenia barwnego	
badanie widzenia obuocznego	
badanie dna oka	
Data	Pieczętka i podpis lekarza rodzinnego

UWAGI:

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINACH INTENSYWNEJ TERAPII
I MEDYCZYNY RATUNKOWEJ

Termin stażu cząstkowego w zakresie intensywnej terapii i medycyny ratunkowej od <input type="text"/> do <input type="text"/>	
Imię i nazwisko opiekuna	
Złożył sprawdzian z postępowania w zakresie ratownictwa medycznego	Pieczętka i podpis opiekuna
Odbył wymaganą w programie liczbę dyżurów	Pieczętka i podpis opiekuna
Przygotował doniesienie, pracę poglądową, opis przypadku	Pieczętka i podpis opiekuna
Odbył staż cząstkowy zgodnie z programem	Pieczętka i podpis opiekuna
Termin stażu cząstkowego w zakresie ratownictwa medycznego (P. rat.) od <input type="text"/> do <input type="text"/>	
Imię i nazwisko opiekuna	
Odbył wymaganą w programie liczbę dyżurów	Pieczętka i podpis opiekuna
Odbył staż cząstkowy zgodnie z programem	Pieczętka i podpis opiekuna
Złożył kolokwium końcowe	
Data <input type="text"/>	
Pieczętka oddziału	Pieczęć i podpis ordynatora

**STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINACH INTENSYWNEJ TERAPII
I MEDYCYNY RATUNKOWEJ
UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ W STOPNIU
UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE**

z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej:
udrożnienie dróg oddechowych metodami bezprzrządowymi,
intubacja dotchawicza,
krikotyrotomia igłowa (zasady wykonywania),
techniki sztucznej wentylacji,
defibrylacja elektryczna,
pośredni masaż serca,
resuscytacja płynowa,
odbarczenia odmy opłucnowej, w szczególności odmy prężnej

z zakresu czynności ratunkowych w warunkach przedszpitalnych:
zabezpieczanie ranego pacjenta w czasie wyjmowania z uszkodzonego pojazdu,
podtrzymywanie funkcji życiowych na miejscu zdarzenia lub wypadku i w czasie transportu,
unieruchamianie kręgosłupa szyjnego i piersiowo-lędźwiowego,
unieruchamianie złamań na miejscu zdarzenia lub wypadku,
tamowanie krwotoków

monitorowanie podstawowych funkcji życiowych w trakcie transportu i w oddziale intensywnej terapii

Data

Pieczątka i podpis opiekuna

UWAGI:

STAŻ W ZAKRESIE TRANSFUZJOLOGII ORAZ PROFILAKTYKI ZAKAŻEŃ HIV,
DIAGNOZOWANIA I LECZENIA CHOROBY AIDS

Organizator	
Termin stażu w zakresie transfuzjologii klinicznej od <input type="text"/> do <input type="text"/>	
Imię i nazwisko wykładowcy	
Odbył staż określony programem i wykazał się znajomością w zakresie transfuzjologii klinicznej oraz profilaktyki zakażeń HIV, diagnostyki i leczenia choroby AIDS	
Data	Pieczętka i podpis

STAŻ W ZAKRESIE ORZECZNICTWA LEKARSKIEGO

Organizator	
Termin stażu w zakresie orzecznictwa lekarskiego od <input type="text"/> do <input type="text"/>	
Imię i nazwisko wykładowcy	
Odbył staż określony programem i wykazał się znajomością w zakresie orzecznictwa lekarskiego	
Data	Pieczętka i podpis