..……………………..……

*imię i nazwisko studenta*

**Program praktyki**

**I rok kierunku lekarsko - dentystycznego**

Studentów obowiązuje 4-tygodniowa (120 godzin dydaktycznych) praktyka lekarsko-dentystyczna w zakresie asysty lekarzowi dentyście.

Wymiar czasowy praktyki określa §1pkt. 4 *Regulaminu studenckich praktyk zawodowych*, m.in. wymiar godzinowy odbywanych przez studenta praktyk na terenie wybranej placówki wynosi 6 godzin dydaktycznych na dobę, z wyłączeniem dni wolnych od pracy.

Praktyka jest prowadzona na podstawie porozumienia.

Warunkiem zaliczenia praktyk jest wykazanie się przez studenta znajomością ogólnych zasad pracy lekarza dentysty.

Szczegółowy program praktyki ustalony przez zakładowego kierownika praktyk winien obejmować:

1. przygotowanie do zabiegów,

2. metody sterylizacji - wodna, parowa,

3. przygotowanie narzędzi do zabiegów,

4. przygotowanie materiałów opatrunkowych, materiałów do wypełnień,

5. przygotowanie ambulatorium do zabiegów,

6. zapoznanie się z materiałami stomatologicznymi i sprzętem,

7. zapoznanie się z pracą asysty dentystycznej, asysta przy zabiegach,

8. zapoznanie się z organizacją gabinetu stomatologicznego -rejestracja chorych, prowadzenie dokumentacji medycznej w poradni stomatologicznej, sprawozdawczość, magazyn materiałowy.

Na praktyce realizowane są następujące efekty kształcenia:

**W zakresie wiedzy:**

* Student zna podstawy dezynfekcji, sterylizacji i postępowania aseptycznego.
* Student zna wyposażenie gabinetu stomatologicznego i instrumentarium stosowane w zabiegach stomatologicznych.
* Student zna skład, budowę, sposób wiązania, właściwości, przeznaczenie i sposób użycia materiałów stomatologicznych.
* Student zna ergonomiczne zasady prowadzenia zabiegów stomatologicznych i organizacji pracy w gabinecie stomatologicznym.

**W zakresie umiejętności:**

* Student pracuje zgodnie z ergonomicznymi zasadami pracy.
* Student stosuje podczas pracy przepisy sanitarno-epidemiologiczne oraz dotyczące bezpieczeństwa i higieny pracy.

**W zakresie kompetencji społecznych:**

* Student rozpoznaje własne ograniczenia diagnostyczne i lecznicze, potrzeby edukacyjne, planuje aktywność edukacyjną
* Student umie pracować w zespole profesjonalistów, w środowisku wielokulturowym i wielonarodowościowym
* Student wdraża zasady koleżeństwa zawodowego i współpracy z przedstawicielami innych zawodów w zakresie ochrony zdrowia
* Student przestrzega tajemnicy lekarskiej i prawa pacjenta

**Poświadczam odbycie praktyki od** ..................................... **do** ..........................................

………………………………………………………………………………………………

(pieczęć ogólna i podpis kierownika gabinetu,/poradni stomatologicznej)

**Zaliczam praktykę** …………………………………………………………………………

(podpis i pieczęć opiekuna praktyki Uniwersytetu medycznego w Białymstoku)

…………………….………………………

*miejscowość i data*

…………………………………………………………

*imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie*

**O Ś W I A D C Z E N I E**

Ja niżej podpisany/a, oświadczam, że realizowałem/am praktyki zawodowe w czasie wolnym od zajęć dydaktycznych. Jednocześnie jestem świadomy/a, iż złożenie oświadczenia niezgodnego z prawdą może skutkować odpowiedzialnością dyscyplinarną na podstawie art. 307 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. *Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce*.

……………………………………

*podpis studenta*