

KARTA STAŻU PODYPLOMOWEGO LEKARZA

		Nr	
IMIĘ I NAZWISKO LEKARZA			
Data urodzenia □□ - □□ - □□□□		Numer ograniczonego prawa wykonywania zawodu □□□□□□□□□□	
Członek okręgowej izby lekarskiej/ Wojskowej Izby Lekarskiej		numer rejestru □□ - □□ - □□□□□□□□	
w			
Data		Podpis i pieczęć przewodniczącego okręgowej rady lekarskiej/Wojskowej Rady Lekarskiej	
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej		Numer wpisu na listę marszałka województwa	
Nazwa zakładu opieki zdrowotnej			
Adres			
Okres zatrudnienia od □□ - □□ - □□□□ do □□ - □□ - □□□□			
Data		Podpis i pieczęć kierownika zakładu opieki zdrowotnej	

PRZEDŁUŻENIE STAŻU PODYPLOMOWEGO

Staż został przedłużony od	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> do <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
z powodu	
Staż został przedłużony od	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> do <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
z powodu	
Staż został przedłużony od	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> do <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
z powodu	
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej	Numer wpisu na listę marszałka województwa
Nazwa zakładu opieki zdrowotnej / adres	
Został ponownie zatrudniony w celu odbycia stażu podyplomowego	
w okresie od <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> do <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
Data	Podpis i pieczęć kierownika zakładu opieki zdrowotnej

KOORDYNATOR STAŻU PODYPLOMOWEGO

IMIĘ I NAZWISKO

Data

Podpis i pieczęć kierownika zakładu
opieki zdrowotnej

UWAGI:

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH

Termin stażu cząstkowego 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 CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH
UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ W STOPNIU
UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE**

wkłucie dożylnie i dotętnicze w celu podania leku lub pobrania krwi do badań, kaniulizacja żył	
dożylnie przetaczanie krwi i innych płynów	
badanie EKG	
nakłucie opłucnej i otrzewnej	
cewnikowanie pęcherza moczowego	
pobranie materiału do badań mikrobiologicznych	
płukanie żołądka	
pomiar i interpretacja wyników pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, w tym pomiar ciśnienia na kostce	
pomiar glikemii	
Data	Pieczątka i podpis opiekuna

UWAGI:

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE PEDIATRII

Termin stażu cząstkowego w zakresie pediatrii od <input style="width: 150px;" type="text"/> do <input style="width: 150px;" 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 neonatologii od <input style="width: 150px;" type="text"/> do <input style="width: 150px;" 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 style="width: 250px; height: 20px;" type="text"/>
Pieczętka oddziału	Pieczęć i podpis ordynatora

**STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE PEDIATRII
UMIĘJĘTNOŚCI 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 odbytnicy 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 style="width: 150px;" type="text"/> do <input style="width: 150px;" 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 style="width: 150px;" type="text"/> do <input style="width: 150px;" 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 style="width: 250px;" type="text"/>
Pieczętka oddziału	Pieczęć i podpis ordynatora

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE CHIRURGII
UMIĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ W STOPNIU
UMOŻLIWIĄJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE

mycie chirurgiczne rąk i pola operacyjnego	
chirurgiczne opracowanie i zeszywanie niewielkich ran	
znieczulenie miejscowe	
nacięcie i drenaż ropnia	
założenie drenażu opłucnej	
postępowanie w krwotoku zewnętrznym	
założenie zgłębnika nosowo-żołądkowego	
dożylna 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 CZYNNOSCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ W STOPNIU
UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE**

badanie położnicze zewnętrzne i wewnętrzne

ocena czynności serca płodu, w tym wykonanie interpretacji badania kardiotokograficznego

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

Pieczątka 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
UMIĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ W STOPNIU
UMOŻLIWIĄJĄCYM 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 patogennego 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
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 lekarza

**STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE MEDYCYNY RODZINNEJ
UMIĘJĘTNOŚCI 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 MEDYCYNY RATUNKOWEJ

Termin stażu cząstkowego w zakresie intensywnej terapii i medycyny ratunkowej od <input style="width: 150px;" type="text"/> do <input style="width: 150px;" 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 style="width: 150px;" type="text"/> do <input style="width: 150px;" 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 style="width: 250px; height: 20px;" type="text"/>
Pieczętka oddziału	Pieczęć i podpis ordynatora

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

z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej:
udrożnienie dróg oddechowych metodami bezprzyrządowymi,
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 rannego 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

REGIONALNE CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA w	
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

ODDZIAŁ ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH w	
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

STAŻ W ZAKRESIE BIOETYKI

Numer wpisu do rejestru zezwoleń ORL	
Imię i nazwisko wykładowcy	
Odbył staż określony programem i wykazał się znajomością w zakresie bioetyki	
Data	Pieczętka i podpis

STAŻ W ZAKRESIE PRAWA MEDYCZNEGO

Numer wpisu do rejestru zezwoleń ORL	
Imię i nazwisko wykładowcy	
Odbył staż określony programem i wykazał się znajomością w zakresie prawa medycznego	
Data	Pieczętka i podpis

**OPINIA ZAWODOWA
DOTYCZĄCA LEKARZA**

Imię i nazwisko

ZALICZENIE STAŻU PODYPLOMOWEGO

Imię i nazwisko lekarza

Odbył przewidziany programem staż podyplomowy lekarza

w okresie od

do

oraz złożył wymagane kolokwia i sprawdziany

Data

Podpis i pieczęć
koordynatora stażu