

KARTA STAŻU PODYPLOMOWEGO LEKARZA

		Nr																									
Imię i nazwisko lekarza stażysty																											
Data urodzenia <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;">-</td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;">-</td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>			-			-					Numer prawa wykonywania zawodu <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>																
		-			-																						
Członek Okręgowej Izby Lekarskiej/ Wojskowej Izby Lekarskiej		numer rejestru <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;">-</td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;">-</td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>			-			-																			
		-			-																						
w																											
Data	Podpis i pieczęć Prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej/Wojskowej Rady Lekarskiej																										
Pieczęć podmiotu uprawnionego	Numer wpisu na listę marszałka województwa																										
Nazwa podmiotu uprawnionego																											
Adres																											
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20%;">Okres zatrudnienia</td> <td style="width: 5%;">od</td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;">-</td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;">-</td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;">do</td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;">-</td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;">-</td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>			Okres zatrudnienia	od			-			-			do			-			-								
Okres zatrudnienia	od			-			-			do			-			-											
Data	Podpis i pieczęć kierownika podmiotu uprawnionego																										

PRZEDŁUŻENIE STAŻU PODYPLOMOWEGO

Staż został przedłużony od	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> do <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>
z powodu	
Staż został przedłużony od	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> do <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>
z powodu	
Staż został przedłużony od	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> do <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>
z powodu	
Pieczętka podmiotu uprawnionego	Numer wpisu na listę marszałka województwa
Nazwa podmiotu uprawnionego	
Został ponownie zatrudniony w celu odbycia stażu podyplomowego	
w okresie od <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> do <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	
Data	Podpis i pieczętka kierownika podmiotu uprawnionego

KOORDYNATOR STAŻU PODYPLOMOWEGO

IMIĘ I NAZWISKO KOORDYNATORA

Data

Podpis i pieczęć kierownika podmiotu
uprawnionego

UWAGI:

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH

Termin stażu cząstkowego w dziedzinie chorób wewnętrznych	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 10%; text-align: center;">od</td><td style="width: 50%;"></td><td style="width: 10%; text-align: center;">do</td><td style="width: 30%;"></td></tr></table>	od		do	
od		do			
Imię i nazwisko opiekuna					
Złożył sprawdzian z postępowania w stanach nagłego zagrożenia zdrowia lub życia	Pieczątką i podpis opiekuna				
Odbił wymaganą w programie liczbę dyżurów	Pieczątką i podpis opiekuna				
Przygotował doniesienie, pracę poglądową, opis przypadku	Pieczątką i podpis opiekuna				
Odbił staż cząstkowy zgodnie z programem	Pieczątką i podpis opiekuna				
Złożył kolokwium końcowe					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15%; text-align: center;">Data</td><td style="width: 55%;"></td><td style="width: 30%;"></td></tr></table>		Data			
Data					
Pieczątką oddziału	Pieczątką i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)				

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, kaniulacja 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

Pieczętka i podpis opiekuna

**STAŻ W ZAKRESIE PROFILAKTYKI ZAKAŻEŃ HIV,
DIAGNOSTYKI I LECZENIA AIDS**

W

Termin stażu od do

Nazwisko wykładowcy

Odbył staż określony programem i wykazał się znajomością:

1) w zakresie profilaktyki zakażeń **HIV**;

2) diagnostyki i leczenia **AIDS**.

Data

Pieczętka i podpis opiekuna

UWAGI:

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE PEDIATRII

Termin stażu cząstkowego w dziedzinie pediatrii	od		do	
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 z zakresu neonatologii	od		do	
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				
Pieczętka oddziału	Pieczętka i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)			

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	
Wkłucia 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 prężnej	
Pielęgnacja niemowląt i małych dzieci	
Data	Pieczętka i podpis opiekuna
Postępowanie z noworodkiem bezpośrednio po porodzie: 1) ocena noworodka na podstawie skali wg Apgar; 2) 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 dziedzinie chirurgii ogólnej	od		do	
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 z zakresu chirurgii urazowej	od		do	
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				
Pieczętka oddziału	Pieczętka i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)			

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 zeszywanie 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 <i>per rectum</i> 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 dziedzinie położnictwa i ginekologii	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 10%; text-align: center;">od</td><td style="width: 50%;"></td><td style="width: 10%; text-align: center;">do</td><td style="width: 30%;"></td></tr></table>	od		do	
od		do			
Imię i nazwisko opiekuna					
Złożył sprawdzian z postępowania w stanach nagłego zagrożenia zdrowia lub życia	Pieczętka i podpis opiekuna				
Odczytał wymaganą w programie liczbę dyżurów	Pieczętka i podpis opiekuna				
Przygotował doniesienie, pracę poglądową, opis przypadku	Pieczętka i podpis opiekuna				
Odczytał staż cząstkowy zgodnie z programem	Pieczętka i podpis opiekuna				
Złożył kolokwium końcowe					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15%; text-align: center;">Data</td><td style="width: 55%;"></td><td style="width: 30%;"></td></tr></table>	Data				
Data					
Pieczętka oddziału	Pieczętka i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)				

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 interpretacja badania kardiotokograficznego	
Interpretacja badania gazometrycznego z krwi pobranej ze skalpu płodu lub pępowiny	
Odebranie 3 porodów fizjologicznych – przyswojenie zasad postępowania	
Nacięcie i zeszywanie krocza	
Badanie ginekologiczne	
Badanie sutków	
Wykonanie i interpretacja wyników badania cytologicznego	
Zasady i metody planowania rodziny	
Zasady rozpoznawania i leczenia dolegliwości okresu menopauzalnego	
Data	Pieczątka i podpis opiekuna

UWAGI:

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE PSYCHIATRII

Termin stażu cząstkowego w dziedzinie psychiatrii	od		do	
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				
Pieczętka oddziału		Pieczętka i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)		

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 dziedzinie medycyny rodzinnej	od		do	
Imię i nazwisko opiekuna				
Zapoznał się z organizacją i metodami praktyki lekarza rodzinnego	Pieczątką i podpis opiekuna			
Przygotował doniesienie, pracę poglądową, opis przypadku	Pieczątką i podpis opiekuna			
Odbył staż cząstkowy zgodnie z programem	Pieczątką i podpis opiekuna			
Złożył kolokwium końcowe				
Data				
Pieczątką poradni/zakładu leczniczego	Pieczątką i podpis kierownika poradni/zakładu leczniczego			

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	
Przeprowadzenie szczepień ochronnych, zgodnie z kalendarzem szczepień	
Oznaczenie glikemii, glikozurii i ketonurii za pomocą suchych testów	
Przeprowadzenie testów skórnych	
Zakładanie opatrunków	
Leczenie ran	
Stosowanie profilaktyki tężcza	
Badanie położnicze zewnętrzne	
Stwierdzenie czynności serca u płodu	
Ocena ruchliwości płodu	
Pobranie badania cytologicznego	
Pobranie 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	Pieczątka i podpis opiekuna

UWAGI:

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII ORAZ W DZIEDZINIE MEDYCYNY RATUNKOWEJ

Termin stażu cząstkowego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz w dziedzinie medycyny ratunkowej		od		do	
Imię i nazwisko opiekuna					
Złożył sprawdzian z postępowania z zakresu ratownictwa medycznego			Pieczętka i podpis opiekuna		
Odbił wymaganą w programie liczbę dyżurów			Pieczętka i podpis opiekuna		
Przygotował doniesienie, pracę pogładową, opis przypadku			Pieczętka i podpis opiekuna		
Odbił staż cząstkowy zgodnie z programem			Pieczętka i podpis opiekuna		
Termin stażu cząstkowego z zakresu ratownictwa medycznego (p. rat.)		od		do	
Imię i nazwisko opiekuna					
Odbił wymaganą w programie liczbę dyżurów			Pieczętka i podpis opiekuna		
Odbił staż cząstkowy zgodnie z programem			Pieczętka i podpis opiekuna		
Złożył kolokwium końcowe					
Data					
Pieczętka oddziału			Pieczętka i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)		

**STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE ANESTEZJOLOGII
I INTENSYWNEJ TERAPII ORAZ W DZIEDZINIE MEDYCyny
RATUNKOWEJ**

**UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOSĆCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ
W STOPNIU UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE**

Z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej:

- 1) udrożnienie dróg oddechowych metodami bezprzyrządowymi;
- 2) intubacja dotchawicza;
- 3) udrożnienie dróg oddechowych technikami alternatywnymi (np. maski krtaniowe, maski żelowe, rurki krtaniowe, itp.);
- 4) udrożnienie dróg oddechowych technikami chirurgicznymi, w tym konikotomii i tracheotomii;
- 5) wspomaganie oddechu i sztucznej wentylacji zastępczej;
- 6) defibrylacja elektryczna i kardiowersja;
- 7) pośredni masaż serca;
- 8) wykonanie centralnego dostępu dożylnego;
- 9) resuscytacja płynowa;
- 10) odbarczenie odmy opłucnowej, w szczególności odmy prężnej.

Z zakresu czynności ratunkowych w warunkach przedszpitalnych:

- 1) zabezpieczanie ранego pacjenta w czasie wyjmowania z uszkodzonego pojazdu;
- 2) podtrzymywanie funkcji życiowych na miejscu zdarzenia lub wypadku i w czasie transportu;
- 3) unieruchamianie kręgosłupa szyjnego i piersiowo-lędźwiowego;
- 4) unieruchamianie złamań na miejscu zdarzenia lub wypadku;
- 5) tamowanie krwotoków.

Monitorowanie podstawowych funkcji życiowych w czasie transportu oraz w szpitalnym oddziale ratunkowym

Zaopatrywanie ran powierzchownych

Zasady znieczuleń przewodowych i analgosedacji w szpitalnych procedurach ratunkowych

Zasady postępowania w porodzie nagłym

Data

Pieczętka i podpis opiekuna

UWAGI:

STAŻ Z ZAKRESU TRANSFUZJOLOGII KLINICZNEJ

Organizator			
Termin stażu z zakresu transfuzjologii klinicznej	od		do
Imię i nazwisko wykładowcy			
Odbył staż określony programem i wykazał się znajomością z zakresu transfuzjologii klinicznej			
Data		Pieczęć i podpis	

STAŻ Z ZAKRESU ORZECZNICTWA LEKARSKIEGO

Organizator			
Termin stażu z zakresu orzecznictwa lekarskiego	od		do
Imię i nazwisko wykładowcy			
Odbył staż określony programem i wykazał się znajomością z zakresu orzecznictwa lekarskiego			
Data		Pieczęć i podpis	

STAŻ Z ZAKRESU BIOETYKI

Organizator	
Imię i nazwisko wykładowcy	
Odbył staż określony programem i wykazał się znajomością z zakresu bioetyki	
Data	Pieczątka i podpis

STAŻ Z ZAKRESU PRAWA MEDYCZNEGO

Organizator	
Imię i nazwisko wykładowcy	
Odbył staż określony programem i wykazał się znajomością z zakresu prawa medycznego	
Data	Pieczątka i podpis

OPINIA ZAWODOWA DOTYCZĄCA LEKARZA

Imię i nazwisko lekarza stażysty

ZALICZENIE STAŻU PODYPLOMOWEGO

Imię i nazwisko lekarza stażysty

Odbył przewidziany programem staż podyplomowy lekarza

w okresie od

do

oraz złożył wymagane kolokwia i sprawdziany

Data

Podpis i pieczęć
koordynatora stażu