

**UNIWERSYTET MIKOŁAJA KOPERNIKA W TORUNIU**

**COLLEGIUM MEDICUM IM. LUDWIKA RYDYGIERA   
W BYDGOSZCZY**

**WYDZIAŁ NAUK O ZDROWIU**

**KIERUNEK ELEKTRORADIOLOGIA**

**studia pierwszego stopnia (stacjonarne i niestacjonarne)**

# DZIENNIK PRAKTYK STUDENCKICH

**Imię i nazwisko studenta** ……………………...……………………………

**Grupa** …………...

**Nr albumu** ………

**REGULAMIN PRAKTYK ZAWODOWYCH**

STUDIA STACJONARNE I NIESTACJONARNE PIERWSZEGO STOPNIA

ELEKTRORADIOLOGIA

WYDZIAŁ NAUK O ZDROWIU

COLLEGIUM MEDICUM IM. LUDWIKA RYDYGIERA W BYDGOSZCZY

UNIWERSYTETU MIKOŁAJA KOPERNIKA W TORUNIU

1. Regulamin praktyk określa prawa i obowiązki studenta podczas odbywania praktyk zawodowych w jednostkach medycznych oraz warunki zaliczenia.
2. Celem odbywania praktyk zawodowych jest nabycie umiejętności niezbędnych do bezpiecznego i prawidłowego wykonywania zawodu elektroradiologa.
3. **Łączny czas trwania praktyk zawodowych wynosi 570 godzin.**
4. Student może sam przedstawić propozycję miejsca odbywania praktyki w wybranym przez siebie zakładzie pracy. Wybór miejsca praktyki musi być zatwierdzony przez osobę odpowiedzialną za realizację danej praktyki (opiekuna praktyki) i zgodny z obowiązującym planem i programem nauczania. Podstawą wydania zgody są:
5. wniosek do Dziekana Wydziału Nauk o Zdrowiu (na wniosku musi być akceptacja osoby odpowiedzialnej za realizację praktyki),
6. Podanie o wydanie skierowania na praktyki zawodowe studentów kierunku zdrowie publiczne, specjalność elektroradiologia, z potwierdzeniem zgody jednostki przyjmującej,

Po zatwierdzeniu przez Koordynatora praktyk, wymienione dokumenty należy złożyć w Dziekanacie Wydziału Nauk o Zdrowiu.

1. Student może zaliczyć praktykę na podstawie wykonywanej przez studenta pracy lub innej działalności o charakterze spełniającym wymagania programu praktyk po zaakceptowaniu przez osobę odpowiedzialną za realizację danej praktyki (opiekuna praktyki).
2. We wszystkich wymienionych wyżej przypadkach (pkt. 3-5) student zobowiązany jest wypełniać dziennik praktyk studenckich.
3. Termin składania wniosków o odbycie praktyk śródrocznych w innym miejscu niż wyznaczone przez Uczelnię upływa dnia **31 października** każdego roku. Termin składania wniosków o odbycie praktyk wakacyjnych w innym miejscu niż wyznaczone przez Uczelnię upływa **dnia 31 maja** każdego roku.
4. Po każdym roku akademickim student ma obowiązek przedłożyć potwierdzenie z dziennik, praktyk koordynatorowi praktyk w celu jego ostatecznej akceptacji do **dnia 10 września.**
5. Jedynie obowiązującym dziennikiem praktyk jest dziennik na dany rok akademicki, zamieszczony na stronie internetowej Wydziału Nauk o Zdrowiu. W razie zagubienia dziennika praktyk student jest zobowiązany do uzupełnienia wszystkich wpisów w duplikacie. Wszystkie różnice powinny być wyrównane zgodnie z obowiązującym dzienniczkiem.
6. Wpis do dzienniczka praktyk dokonuje osoba odpowiedzialna za praktyki po zrealizowaniu wszystkich regulaminowych zadań, wszelkie wątpliwości należy zgłaszać do koordynatora praktyk. Ostatecznego zaliczenia praktyk dokonuje dzienniku praktyk koordynator praktyk po zatwierdzeniu przez opiekuna praktyk.
7. Podstawą zaliczenia praktyk jest obecność na zajęciach zgodnie z planem praktyk. W przypadku usprawiedliwionej nieobecności student musi odrobić brakujące godziny praktyk po uzgodnieniu z opiekunem praktyki jednostki.
8. Student ma prawo do:
9. przejawiania własnej aktywności w zdobywaniu wiedzy i umiejętności,
10. uzyskiwania wyjaśnień i odpowiedzi w przypadku wątpliwości dotyczących treści nauczania,
11. efektywnego współdziałania w organizacji procesu kształcenia,
12. jawnej oceny stanu swojej wiedzy,
13. poszanowania godności osobistej.
14. Student zobowiązany jest do
15. punktualnego uczęszczania na zajęcia zgodnie z planem praktyk zawodowych,
16. poszanowania godności osobistej pacjentów i współpracowników,
17. wykonywania zadań ujętych przez program praktyk pod nadzorem osoby prowadzącej zajęcia,
18. dbania o mienie danej jednostki medycznej, przestrzegania zasad ochrony radiologicznej i przepisów bhp,
19. noszenia prawidłowej odzieży ochronnej,
20. postępowania zgodnego z zasadami etyki,
21. przestrzegania regulaminów wewnętrznych jednostki medycznej, w której odbywana jest praktyka.

**Zapoznałam/em się z regulaminem praktyki:**

…………………………………………………

(podpis studenta)

**Koordynator praktyk na kierunku elektroradiologia:**

**mgr Elżbieta Zawada**

**Kontakt: Katedra i Zakład Radiologii i Diagnostyki Obrazowej,**

**Szpital Uniwersytecki nr 1**

**tel. 507191537**

**praktyki-elektroradiologia@cm.umk.pl**

**Jednostka odpowiedzialna za prowadzenie praktyk na kierunku elektroradiolgia:**

**Katedra i Zakład Radiologii i Diagnostyki Obrazowej,**

**Szpital Uniwersytecki nr 1**

**PLAN PRAKTYK ZAWODOWYCH**

**I rok praktyka wakacyjna (100 godzin):**

* Konwencjonalna cyfrowa pracownia RTG

**II rok praktyka międzysemestralna (50 godzin):**

* Konwencjonalna cyfrowa pracownia RTG

**II rok praktyka wakacyjna (220 godzin):**

* Konwencjonalna cyfrowa pracownia RTG (100 godzin)
* Pracownia angiograficzna kardiologiczna (30 godzin)
* Pracowania tomografii komputerowej (60 godzin)
* Pracownia radioterapia (30 godzin)

**III rok praktyka śródroczna (200 godzin):**

* Pracowania tomografii komputerowej (50 godzin)
* Pracownia rezonansu magnetycznego (60 godzin)
* Pracownia radioterapia (20 godzin)
* Pracownia brachyterapii (20 godzin)
* Pracownia konwencjonalna RTG (50 godzin)

**ROK I**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ZAKRES PRAKTYKI** | | **praktyka wakacyjna:** konwencjonalna cyfrowa pracownia rtg,  **cele kształcenia:**  zapoznanie ze stanowiskiem pracy elektroradiologa, wykształcenie umiejętności pracy w zespole, nauka podstaw wykonywania zdjęć konwencjonalnych rtg | | |
| **MIEJSCE PRAKTYKI** | | ………………………………………………………………………………………..  (pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana) | | |
| **CZAS TRWANIA** | | po II semestrze (praktyka wakacyjna) | | |
| **ILOŚĆ GODZIN** | | 100 | | |
| ZAKRES CZYNNOŚCI I WYKAZ NABYTYCH UMIEJĘTNOŚCI: | | | **DATA** | **PODPIS** |
| 1. zapoznanie się ze specyfikacją zakładu i organizacją pracy | | |  |  |
| 1. zapoznanie się z instrukcjami stanowiskowymi i instrukcją ochrony radiologicznej | | |  |  |
| 1. przystosowanie systemu cyfrowego do pracy (kalibracja aparatu) | | |  |  |
| 1. obsługa skanera, kalibracja | | |  |  |
| 1. logowanie w systemie cyfrowym | | |  |  |
| 1. obsługa radiologicznego systemu informatycznego (RIS) | | |  |  |
| 1. obsługa systemu archiwizacji PACS | | |  |  |
| 1. stosowanie osłon radiologicznych | | |  |  |
| 1. nawiązywanie kontaktu z pacjentem | | |  |  |
| 1. asystowanie podczas wykonywania zdjęć rtg w pracowni konwencjonalnej | | |  |  |
| 1. asystowanie podczas wykonywania zdjęć przyłóżkowych | | |  |  |
| **DATA** | ………………………………………………………………………………….  (podpis i pieczęć imienna opiekuna praktyki z jednostki organizacyjnej, w której praktyka była realizowana) | | | |

**Szczególne osiągnięcia studenta:** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Praktyki zatwierdził:**

………….. ………………………………………………………………………

data podpis i pieczęć imienna

Wydziałowego Koordynatora praktyk – CM w Bydgoszczy

**ROK II**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ZAKRES PRAKTYKI** | | **praktyka międzysemestralna:** konwencjonalna cyfrowa pracownia rtg,  **cele kształcenia:**  zapoznanie ze stanowiskiem pracy elektroradiologa, wykształcenie umiejętności pracy w zespole, nauka podstaw wykonywania zdjęć konwencjonalnych rtg | | |
| **MIEJSCE PRAKTYKI** | | ………………………………………………………………………………………..  (pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana) | | |
| **CZAS TRWANIA** | | po III semestrze (praktyka międzysemestralna) | | |
| **ILOŚĆ GODZIN** | | 50 | | |
| ZAKRES CZYNNOŚCI I WYKAZ NABYTYCH UMIEJĘTNOŚCI: | | | **DATA** | **PODPIS** |
| * 1. asystowanie w wykonywaniu badań w pracowni konwencjonalnej | | |  |  |
| * 1. asystowanie w wykonywaniu zdjęć przyłóżkowych | | |  |  |
| * 1. obsługa aparatu śródoperacyjnego | | |  |  |
| * 1. stosowanie osłon radiologicznych | | |  |  |
| * 1. nawiązywanie kontaktu z pacjentem | | |  |  |
| * 1. wywiad i przygotowanie pacjenta do badania | | |  |  |
| * 1. pozycjonowanie pacjenta | | |  |  |
| * 1. wykonywanie badań w stanach zagrożenia życia | | |  |  |
| * 1. prowadzenie dokumentacji pracowni rtg | | |  |  |
| * 1. wykonywanie testów akceptacyjnych (pod nadzorem) | | |  |  |
| **DATA** | ………………………………………………………………………………….  (podpis i pieczęć imienna opiekuna praktyki z jednostki organizacyjnej, w której praktyka była realizowana) | | | |

**Szczególne osiągnięcia studenta:** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Praktyki zatwierdził:**

………….. ………………………………………………………………………

data podpis i pieczęć imienna

Wydziałowego Koordynatora praktyk – CM w Bydgoszczy

**ROK II**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ZAKRES PRAKTYKI** | | **praktyka wakacyjna:** konwencjonalna cyfrowa pracownia rtg,  **cele kształcenia:**  zapoznanie ze stanowiskiem pracy elektroradiologa, wykształcenie umiejętności pracy w zespole, nauka podstaw wykonywania zdjęć konwencjonalnych rtg | | |
| **MIEJSCE PRAKTYKI** | | ………………………………………………………………………………………..  (pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana) | | |
| **CZAS TRWANIA** | | po IV semestrze (praktyka wakacyjna) | | |
| **ILOŚĆ GODZIN** | | 100 | | |
| ZAKRES CZYNNOŚCI I WYKAZ NABYTYCH UMIEJĘTNOŚCI: | | | **DATA** | **PODPIS** |
| 1. asystowanie w wykonywaniu badań w pracowni konwencjonalnej i specjalistycznych badań z podaniem środków kontrastowych   (urografii, cystografii, cholangiografii, badań kontrastowych przewodu pokarmowego) | | |  |  |
| 1. asystowanie w wykonywaniu zdjęć przyłóżkowych w specjalnych warunkach (OIOM, odział przeszczepu szpiku) | | |  |  |
| 1. asystowanie w wykonywaniu badań śródoperacyjnych | | |  |  |
| 1. stosowanie osłon radiologicznychu pacjentów | | |  |  |
| 1. nawiązywanie kontaktu z pacjentem | | |  |  |
| 1. wywiad i przygotowanie pacjenta do badań specjalistycznych z podaniem środków kontrastowych   (urografii, cystografii, cholangiografii, badań kontrastowych przewodu pokarmowego) | | |  |  |
| 1. pozycjonowanie pacjenta | | |  |  |
| 1. wykonywanie badań w stanach zagrożenia życia | | |  |  |
| 1. prowadzenie dokumentacji wszystkich pracowni rtg | | |  |  |
| 1. wykonywanie testów akceptacyjnych (pod nadzorem) | | |  |  |
| **DATA** | ………………………………………………………………………………….  (podpis i pieczęć imienna opiekuna praktyki z jednostki organizacyjnej, w której praktyka była realizowana) | | | |

**Szczególne osiągnięcia studenta:** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Praktyki zatwierdził:**

………….. ………………………………………………………………………

data podpis i pieczęć imienna

Wydziałowego Koordynatora praktyk – CM w Bydgoszczy

**ROK II**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ZAKRES PRAKTYKI** | | **praktyka wakacyjna:** pracownia angiograficzna kardiologiczna  **cele kształcenia:** zapoznanie ze stanowiskiem pracy elektroradiologa, wykształcenie umiejętności pracy w zespole, nauka podstaw wykonywania badań angiograficznych i zabiegów radiologicznych | | |
| **MIEJSCE PRAKTYKI** | | ………………………………………………………………………………………..  (pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana) | | |
| **CZAS TRWANIA** | | po IV semestrze (praktyka wakacyjna) | | |
| **ILOŚĆ GODZIN** | | 30 | | |
| ZAKRES CZYNNOŚCI I WYKAZ NABYTYCH UMIEJĘTNOŚCI: | | | **DATA** | **PODPIS** |
| 1. zapoznanie się ze specyfikacją pracowni i organizacją pracy | | |  |  |
| 1. zapoznanie się z instrukcjami stanowiskowymi i instrukcją ochrony radiologicznej | | |  |  |
| 1. obsługa radiologicznych systemów RIS i PACS w pracowni angiograficznej | | |  |  |
| 1. prawidłowa interpretacja skierowania | | |  |  |
| 1. ankieta dla pacjenta, wykluczanie przeciwwskazań do badania | | |  |  |
| 1. wprowadzanie danych pacjenta z systemu RIS i ręcznie | | |  |  |
| 1. wybór protokołu badania | | |  |  |
| 1. projekcje standardowe, angiografia 3D | | |  |  |
| 1. współpraca z pielęgniarką | | |  |  |
| 1. nawiązywanie kontaktów z pacjentem, pozycjonowania pacjenta | | |  |  |
| 1. obróbka i archiwizacja obrazów | | |  |  |
| 1. asystowanie podczas wykonywania badań angiograficznych | | |  |  |
| **DATA** | ………………………………………………………………………………….  (podpis i pieczęć imienna opiekuna praktyki z jednostki organizacyjnej, w której praktyka była realizowana) | | | |

**Szczególne osiągnięcia studenta:** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Praktyki zatwierdził:**

………….. ………………………………………………………………………

data podpis i pieczęć imienna

Wydziałowego Koordynatora praktyk – CM w Bydgoszczy

**ROK II**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ZAKRES PRAKTYKI** | | **praktyka wakacyjna:** Pracowania tomografii komputerowej  **cele kształcenia:** nauka podstaw wykonywania badań TK | | |
| **MIEJSCE PRAKTYKI** | | ………………………………………………………………………………………..  (pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana) | | |
| **CZAS TRWANIA** | | po IV semestrze (praktyka wakacyjna) | | |
| **ILOŚĆ GODZIN** | | 60 | | |
| ZAKRES CZYNNOŚCI I WYKAZ NABYTYCH UMIEJĘTNOŚCI: | | | **DATA** | **PODPIS** |
| 1. wykonywanie badań TK (pod nadzorem) | | |  |  |
| 1. prawidłowa interpretacja skierowania | | |  |  |
| 1. pozycjonowanie pacjenta | | |  |  |
| 1. stosowanie osłon radiologicznych | | |  |  |
| 1. wybór i modyfikacja protokołu badania | | |  |  |
| 1. postprocessing skanów | | |  |  |
| 1. archiwizacja badań z wtórnymi rekonstrukcjami | | |  |  |
| 1. obsługa urządzeń dodatkowych (insuflator, sprzężony aparat EKG) | | |  |  |
| **DATA** | ………………………………………………………………………………….  (podpis i pieczęć imienna opiekuna praktyki z jednostki organizacyjnej, w której praktyka była realizowana) | | | |

**Szczególne osiągnięcia studenta:** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Praktyki zatwierdził:**

………….. ………………………………………………………………………

data podpis i pieczęć imienna

Wydziałowego Koordynatora praktyk – CM w Bydgoszczy

**ROK II**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ZAKRES PRAKTYKI** | | **praktyka wakacyjna:** Pracownia radioterapia,  **cele kształcenia:** zapoznanie ze stanowiskiem pracy elektroradiologa, wykształcenie umiejętności pracy w zespole, nauka podstaw napromieniania pacjenta | | |
| **MIEJSCE PRAKTYKI** | | ………………………………………………………………………………………..  (pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana) | | |
| **CZAS TRWANIA** | | po IV semestrze (praktyka wakacyjna) | | |
| **ILOŚĆ GODZIN** | | 30 | | |
| ZAKRES CZYNNOŚCI I WYKAZ NABYTYCH UMIEJĘTNOŚCI: | | | **DATA** | **PODPIS** |
| 1. zapoznanie się ze specyfikacją pracowni symulatora RTG, modelarni i tomografii komputerowej i organizacją pracy | | |  |  |
| 1. zapoznanie się z instrukcjami stanowiskowymi i instrukcją ochrony radiologicznej | | |  |  |
| 1. pozycjonowanie pacjenta, nawiązywanie kontaktów z pacjentem | | |  |  |
| 1. wybór protokołu badania, asystowanie podczas wykonywania badań TK do planowania | | |  |  |
| 1. uruchamianie i pozycjonowanie aparatu | | |  |  |
| 1. wprowadzanie danych pacjenta, prowadzenie dokumentacji pracowni TK | | |  |  |
| 1. obróbka i archiwizacja obrazów | | |  |  |
| 1. zapoznanie się z techniką symulacji wirtualnej | | |  |  |
| 1. zlokalizowanie i określenie rozmiarów obszaru napromieniania oraz narządów krytycznych (pod nadzorem) | | |  |  |
| 1. określenie wstępnej geometrii promieniowania (ilość, wielkość, kształt i pozycja pól terapeutycznych) (pod nadzorem) | | |  |  |
| 1. weryfikacja zaprojektowanego na TPS planu leczenia (pod nadzorem) | | |  |  |
| 1. asystowanie podczas wyznaczania obszaru na skórze oraz wyklejenia na masce | | |  |  |
| 1. wykonanie zdjęć rtg w celu późniejszego porównania ich z komputerowymi rekonstrukcjami wykonanymi na TPS (DRR, *digitalreconstructedradiograph*) oraz ze zdjęciami wykonanymi na aparacie terapeutycznym. (pod nadzorem) | | |  |  |
| 1. współpraca z zakładem fizyki medycznej, lekarzem, pracownią modelarni | | |  |  |
| **DATA** | ………………………………………………………………………………….  (podpis i pieczęć imienna opiekuna praktyki z jednostki organizacyjnej, w której praktyka była realizowana) | | | |

**Szczególne osiągnięcia studenta:** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**Praktyki zatwierdził:**

………….. ………………………………………………………………………

data podpis i pieczęć imienna

Wydziałowego Koordynatora praktyk – CM w Bydgoszczy

**ROK III**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ZAKRES PRAKTYKI** | | **praktyka wakacyjna:** pracownia tomografii komputerowej  **cele kształcenia:**  zapoznanie ze stanowiskiem pracy elektroradiologa, wykształcenie umiejętności pracy w zespole, nauka wykonywania zaawansowanych badań tomografii komputerowej | | |
| **MIEJSCE PRAKTYKI** | | Szpital Uniwersytecki nr 1w Bydgoszczy  Zakład Radiologii i Diagnostyki Obrazowej | | |
| **CZAS TRWANIA** | | po V semestrze (praktyka śródroczna) | | |
| **ILOŚĆ GODZIN** | | 50 | | |
| ZAKRES CZYNNOŚCI I WYKAZ NABYTYCH UMIEJĘTNOŚCI: | | | **DATA** | **PODPIS** |
| 1. wykonywanie badań TK (pod nadzorem) | | |  |  |
| 1. prawidłowa interpretacja skierowania | | |  |  |
| 1. pozycjonowanie pacjenta | | |  |  |
| 1. stosowanie osłon radiologicznych | | |  |  |
| 1. wybór i modyfikacja protokołu badania | | |  |  |
| 1. rekonstrukcja skanów natywnych | | |  |  |
| 1. postprocessing skanów | | |  |  |
| 1. archiwizacja badań z wtórnymi rekonstrukcjami | | |  |  |
| 1. obsługa strzykawki automatycznej | | |  |  |
| 1. obsługa urządzeń dodatkowych (insuflator, sprzężony aparat EKG) | | |  |  |
| 1. wykonywanie badań specjalistycznych (angiografia, perfuzja TK, kolonoskopia wirtualna , HRCT, whole-body CT, TK serca itp.) | | |  |  |
| 1. specyfika tomografii komputerowej u dzieci | | |  |  |
| 1. badania w znieczuleniu ogólnym, współpraca z zespołem anestezjologicznym | | |  |  |
| 1. prowadzenie badań w stanach zagrożenia życia, protokoły urazowe | | |  |  |
| **DATA** | ………………………………………………………………………………….  (podpis i pieczęć imienna opiekuna praktyki z jednostki organizacyjnej, w której praktyka była realizowana) | | | |

**Szczególne osiągnięcia studenta:** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Praktyki zatwierdził:**

………….. ………………………………………………………………………

data podpis i pieczęć imienna

Wydziałowego Koordynatora praktyk – CM w Bydgoszczy

**ROK III**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ZAKRES PRAKTYKI** | | **praktyka śródroczna:** pracownia rezonansu magnetycznego  **cele kształcenia:**  zapoznanie ze stanowiskiem pracy elektroradiologa, wykształcenie umiejętności pracy w zespole, nauka podstaw wykonywania badań MR | | |
| **MIEJSCE PRAKTYKI** | | Szpital Uniwersytecki nr 1w Bydgoszczy  Zakład Radiologii i Diagnostyki Obrazowej | | |
| **CZAS TRWANIA** | | po V semestrze (praktyka śródroczna) | | |
| **ILOŚĆ GODZIN** | | 60 | | |
| ZAKRES CZYNNOŚCI I WYKAZ NABYTYCH UMIEJĘTNOŚCI: | | | **DATA** | **PODPIS** |
| 1. zapoznanie się ze specyfikacją pracowni i organizacją pracy | | |  |  |
| 1. zapoznanie się z instrukcjami stanowiskowymi i BHP | | |  |  |
| 1. obsługa radiologicznych systemów RIS i PACS w pracowni MR | | |  |  |
| 1. prawidłowa interpretacja skierowania | | |  |  |
| 1. nawiązywanie kontaktów z pacjentem | | |  |  |
| 1. ankieta dla pacjenta, wykluczanie przeciwwskazań do badania | | |  |  |
| 1. wprowadzanie danych pacjenta z systemu RIS i ręcznie | | |  |  |
| 1. wybór protokołu badania i odpowiednich cewek | | |  |  |
| 1. współpraca z pielęgniarką | | |  |  |
| 1. pozycjonowania pacjenta | | |  |  |
| 1. obróbka i archiwizacja obrazów | | |  |  |
| 1. asystowanie podczas wykonywania badań MR | | |  |  |
| **DATA** | ………………………………………………………………………………….  (podpis i pieczęć imienna opiekuna praktyki z jednostki organizacyjnej, w której praktyka była realizowana) | | | |

**Szczególne osiągnięcia studenta:** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Praktyki zatwierdził:**

………….. ………………………………………………………………………

data podpis i pieczęć imienna

Wydziałowego Koordynatora praktyk – CM w Bydgoszczy

**ROK III**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ZAKRES PRAKTYKI** | | **praktyka śródroczna:** konwencjonalna cyfrowa pracownia rtg,  **cele kształcenia:**  zapoznanie ze stanowiskiem pracy elektroradiologa, wykształcenie umiejętności pracy w zespole, nauka podstaw wykonywania zdjęć konwencjonalnych rtg | | |
| **MIEJSCE PRAKTYKI** | | Szpital Uniwersytecki nr 1w Bydgoszczy  Zakład Radiologii i Diagnostyki Obrazowej | | |
| **CZAS TRWANIA** | | po V semestrze (praktyka śródroczna) | | |
| **ILOŚĆ GODZIN** | | 50 | | |
| ZAKRES CZYNNOŚCI I WYKAZ NABYTYCH UMIEJĘTNOŚCI: | | | **DATA** | **PODPIS** |
| 1. asystowanie w wykonywaniu badań w pracowni konwencjonalnej i specjalistycznych badań z podaniem środków kontrastowych   (urografii, cystografii, cholangiografii, badań kontrastowych przewodu pokarmowego) | | |  |  |
| 1. asystowanie w wykonywaniu zdjęć przyłóżkowych w specjalnych warunkach (OIOM, odział przeszczepu szpiku) | | |  |  |
| 1. asystowanie w wykonywaniu badań śródoperacyjnych | | |  |  |
| 1. stosowanie osłon radiologicznychu pacjentów | | |  |  |
| 1. nawiązywanie kontaktu z pacjentem | | |  |  |
| 1. wywiad i przygotowanie pacjenta do badań specjalistycznych z podaniem środków kontrastowych   (urografii, cystografii, cholangiografii, badań kontrastowych przewodu pokarmowego) | | |  |  |
| 1. pozycjonowanie pacjenta | | |  |  |
| 1. wykonywanie badań w stanach zagrożenia życia | | |  |  |
| 1. prowadzenie dokumentacji wszystkich pracowni rtg | | |  |  |
| 1. wykonywanie testów akceptacyjnych (pod nadzorem) | | |  |  |
| **DATA** | ………………………………………………………………………………….  (podpis i pieczęć imienna opiekuna praktyki z jednostki organizacyjnej, w której praktyka była realizowana) | | | |

**Szczególne osiągnięcia studenta:** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Praktyki zatwierdził:**

………….. ………………………………………………………………………

data podpis i pieczęć imienna

Wydziałowego Koordynatora praktyk – CM w Bydgoszczy

**ROK III**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ZAKRES PRAKTYKI** | | **praktyka śródroczna:** Pracownia brachyterapii  **cele kształcenia:** zapoznanie ze stanowiskiem pracy elektroradiologa, wykształcenie umiejętności pracy w zespole, nauka podstaw wykonywania brachyterapii | | |
| **MIEJSCE PRAKTYKI** | | ………………………………………………………………………………………..  (pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana) | | |
| **CZAS TRWANIA** | | po V semestrze (praktyka śródroczna) | | |
| **ILOŚĆ GODZIN** | | 20 | | |
| ZAKRES CZYNNOŚCI I WYKAZ NABYTYCH UMIEJĘTNOŚCI: | | | **DATA** | **PODPIS** |
| 1. zapoznanie się z charakterystyką aparatów i izotopów stosowanych w brachyterapii HDR, PDR | | |  |  |
| 1. zapoznanie się z budową i zasadami działania aparatu IBU | | |  |  |
| 1. zapoznanie się z aplikatorami i akcesoriami dodatkowymi używanymi w brachyterapii | | |  |  |
| 1. zapoznanie się z testami eksploatacyjnymi | | |  |  |
| 1. zapoznanie się z procedurami kontroli jakości w brachyterapii | | |  |  |
| 1. zapoznanie się z procedurami postępowania awaryjnego | | |  |  |
| 1. ochrona przed promieniowaniem jonizującym i procedury bezpiecznej pracy ze źródłami promieniowania w brachyterapii | | |  |  |
| 1. zapoznanie z techniką wykonywania zdjęć lokalizacyjnych | | |  |  |
| 1. zapoznanie z technikami brachyterapii – śródtkankowej, śródjamowej, śródprzewodowej, kontaktowej | | |  |  |
| 1. zapoznanie z aplikacjami ginekologicznymi w brachyterapii | | |  |  |
| 1. zapoznanie z aplikacjami oskrzelowymi i przełykowymi w brachyterapii | | |  |  |
| 1. brachyterapia gruczołu krokowego w czasie rzeczywistym | | |  |  |
| 1. planowanie rozkładu dawki w brachyterapii | | |  |  |
| **DATA** | ………………………………………………………………………………….  (podpis i pieczęć imienna opiekuna praktyki z jednostki organizacyjnej, w której praktyka była realizowana) | | | |

**Szczególne osiągnięcia studenta:** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Praktyki zatwierdził:**

………….. ………………………………………………………………………

data podpis i pieczęć imienna

Wydziałowego Koordynatora praktyk – CM w Bydgoszczy

**ROK III**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ZAKRES PRAKTYKI** | | **praktyka śródroczna:** Pracownia radioterapii  **cele kształcenia:** zapoznanie ze stanowiskiem pracy elektroradiologa, wykształcenie umiejętności pracy w zespole, nauka podstaw napromieniania pacjenta, | | |
| **MIEJSCE PRAKTYKI** | | ………………………………………………………………………………………..  (pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana) | | |
| **CZAS TRWANIA** | | po V semestrze (praktyka śródroczna) | | |
| **ILOŚĆ GODZIN** | | 20 | | |
| ZAKRES CZYNNOŚCI I WYKAZ NABYTYCH UMIEJĘTNOŚCI: | | | **DATA** | **PODPIS** |
| 1. zapoznanie się ze specyfikacją zakładu teleradioterapii organizacją pracy | | |  |  |
| 1. zapoznanie się z instrukcjami stanowiskowymi i instrukcją ochrony radiologicznej | | |  |  |
| 1. prawidłowa interpretacja skierowań do modelarni i TK | | |  |  |
| 1. zapoznanie się z akcesoriami unieruchamiającymi | | |  |  |
| 1. asystowanie przy wykonywania maski unieruchamiającej- obszar głowy i szyi | | |  |  |
| 1. asystowanie podczas wykonywania osłon ze stopu Wooda | | |  |  |
| 1. zapoznanie z dokumentacją radioterapeutyczną | | |  |  |
| 1. prawidłowa interpretacja karty napromieniania | | |  |  |
| 1. asystowanie podczas wprowadzania danych pacjenta do systemu ARIA | | |  |  |
| 1. zapoznanie z wyposażeniem aparaturowym akceleratora | | |  |  |
| 1. asystowanie podczas pozycjonowania pacjenta | | |  |  |
| 1. ocena poprawności ułożenia pacjenta na podstawie: 1/ każdorazowo - zgodności punktów lokalizacyjnych (na ciele pacjenta, masce) z układem centratorów laserowych (pod nadzorem) | | |  |  |
| 1. asystowanie podczas wykonywania testów kontroli parametrycznej, pomiaru dawki in vivo, zdjęć weryfikacyjnych w systemie Portal Vision | | |  |  |
| 1. asystowanie podczas seansu terapeutycznego (monitorowanie pacjenta przez system audio-wizualny –pod nadzorem) | | |  |  |
| 1. prawidłowa interpretacja technik napromieniania | | |  |  |
| **DATA** | ………………………………………………………………………………….  (podpis i pieczęć imienna opiekuna praktyki z jednostki organizacyjnej, w której praktyka była realizowana) | | | |

**Szczególne osiągnięcia studenta:** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Praktyki zatwierdził:**

………….. ………………………………………………………………………

data podpis i pieczęć imienna

Wydziałowego Koordynatora praktyk – CM w Bydgoszcz