………………………………………………….

 Imię i nazwisko studenta

**Program praktyki zawodowej śródrocznej dla studentów II roku kierunku optometria Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu**

 W czasie II roku studiów (III semestr) obowiązuje studentów praktyka zawodowa śródroczna w Specjalistycznej Poradni Okulistycznej i na Oddziale Okulistycznym w łącznym wymiarze 60 godzin.

Studentowi wykonującemu czynności w ramach studenckiej praktyki zawodowej nie przysługuje wynagrodzenie za ich wykonanie, a uczelnia kierująca studenta na praktykę zawodową nie pokrywa żadnych kosztów związanych z praktykami z zastrzeżeniem kosztów badań w zakresie profilaktyki poekspozycyjnej.

Kierownik poradni/oddziału lub wyznaczony przez niego opiekun ustala szczegółowy zakres obowiązków i harmonogram praktyki.

Opiekunem praktyki powinna być osoba o odpowiednim przygotowaniu zawodowym (specjalista okulistyki).

Student powinien wykonywać czynności objęte programem praktyk pod nadzorem opiekuna.

Łączny wymiar pracy – 60 godzin w semestrze III. Harmonogram godzinowy zostaje ustalony z opiekunem praktyki lub osobą przez niego wyznaczoną.

Realizację całego programu podpisuje opiekun praktyki, natomiast poświadczenia odbycia praktyki dokonuje kierownik poradni/oddziału, w który student odbywał praktykę. Jeżeli kierownik jednostki jest równocześnie opiekunem, podpisuje w obu miejscach.

Tabela zawierająca efekty kształcenia, które muszą być zrealizowane w trakcie trwania praktyk:

|  |  |
| --- | --- |
| Efekty kształcenia – wiedza |  W1: Objaśnia metody badania i diagnostyki wykorzystywanej podczas badania okulistycznego (K\_W18, K\_W19)W2: Omawia standardowe i zaawansowane procedury badania refrakcji metodami obiektywnymi i subiektywnymi z uwzględnieniem badania obuocznego (K\_W2)W3: Przedstawia zasady postępowania w okulistycznych stanach nagłych (K\_W23)W4: Charakteryzuje przyczyny i objawy podstawowych schorzeń okulistycznych (K\_W22, K\_W31)W5: Omawia podstawowe aspekty związane z chirurgią okulistyczną (K\_W29, K\_W30) |
| Efekty kształcenia – umiejętności | U1: Przeprowadza szczegółowy wywiad i badanie optometryczne u pacjentów w chorobami oczu (K\_U2, K\_U3, K\_U18)U2: Dokonuje pomiaru refrakcji metodami obiektywnymi i subiektywnymi z uwzględnieniem badania obuocznego u pacjentów ze schorzeniami okulistycznymi (K\_U4)U3: Rozpoznaje najczęstsze schorzenia okulistyczne (K\_U14, K\_U22, K\_U23, K\_U26, K\_U38, K\_U39)U4: Potrafi komunikować się z pacjentami z różnych grup społecznych, zawodowych i wiekowych (K\_U5) U5: Współpracuje z innymi specjalistami z zakresu ochrony zdrowia u celu zapewnienia prawidłowej opieki nad osobą z wadą refrakcji (K\_U7) U6: Tworzy czytelną i spójną dokumentację medyczną pacjenta (K\_U6)U7: Wykazuje zrozumienie prawnych, zawodowych i etycznychzobowiązań optometrysty (K\_U20) |
| Efekty kształcenia – kompetencje społeczne |  K1: Prezentuje postawę nakierowaną na podnoszenie swoich kompetencji i poszukiwania informacji (K\_K1) K2: W sposób kulturalny odnosi się do pacjenta (K\_K3)K3: Umiejętnie komunikuje się ze współpracownikami i z pacjentami(K\_K7) K4: Zdaje sobie sprawę z odpowiedzialności w zawodzie optomertysty (K\_K 10, K\_K11)K6: Zapewnia bezpieczeństwo i przejawia empatię w kontaktach z osobami niepełnosprawnymi (K\_K3) |

**Karta weryfikacji efektów kształcenia**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Program praktykiobejmuje realizację załączonych efektów kształcenia | Efekty kształcenia z zakresu | Zaliczenie \* | Podpis opiekuna\*\* |
| 1. | sprawdzian ustnykryterium (0-15 pkt; >60%) | wiedza | taknie |  |
| 2. | sprawdzian praktycznykryterium (0-15 pkt; >60%) | umiejętności | taknie |  |
| 3. | raporty w dzienniczku praktyk (0-15 pkt; >60%) | wiedza, umiejętności | taknie |  |
| 4.  | przedłużona obserwacjakryterium (0 - 10 punktów; > 50%) | kompetencje | taknie |  |

Poświadczam realizację programu i odbycie praktyki śródrocznej w III semestrze II roku kierunku optometria w okresie od ………………..….. do …………..………..

 ……………………………………….

 podpis opiekuna praktyk

 …………..……………… ………………………………………………

 pieczątka ogólna podpis kierownika/właściciela jednostki

\* niepotrzebne skreślić

\*\* proszę o złożenie podpisu przy każdym puncie programu praktyki