

WZÓR NR 1/3

# KARTA STAŻU PODYPLOMOWEGO LEKARZA

		Nr
IMIĘ I NAZWISKO LEKARZA STAŻYSTY		
Data urodzenia		Numer prawa wykonywania zawodu
<div> <div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div> <div>-</div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div> <div>-</div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div> </div>		<div> <div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div> </div>
Członek Okręgowej Izby Lekarskiej/ Wojskowej Izby Lekarskiej		numer rejestru
		<div> <div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div> <div>-</div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div> <div>-</div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div> </div>
W .....		
Data	Podpis i pieczęć przewodniczącego Okręgowej Rady Lekarskiej/Wojskowej Rady Lekarskiej	
Pieczęć podmiotu uprawnionego		Numer wpisu na listę marszałka województwa
Nazwa podmiotu uprawnionego		
Adres		
Okres zatrudnienia od		
<div> <div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div> <div>-</div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div> <div>-</div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div> </div>		
do		
<div> <div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div> <div>-</div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div> <div>-</div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div> </div>		
Data	Podpis i pieczęć kierownika podmiotu uprawnionego	

## WZÓR NR 2/3

## PRZEDŁUŻENIE STAŻU PODYPLOMOWEGO

Staż został przedłużony od	<div> <div></div> <div></div> <div>-</div> <div></div> <div></div> <div>-</div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div>do</div> <div></div> <div></div> <div>-</div> <div></div> <div></div> <div>-</div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>
z powodu	
Staż został przedłużony od	<div> <div></div> <div></div> <div>-</div> <div></div> <div></div> <div>-</div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div>do</div> <div></div> <div></div> <div>-</div> <div></div> <div></div> <div>-</div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>
z powodu	
Staż został przedłużony od	<div> <div></div> <div></div> <div>-</div> <div></div> <div></div> <div>-</div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div>do</div> <div></div> <div></div> <div>-</div> <div></div> <div></div> <div>-</div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>
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	<div> <div></div> <div></div> <div>-</div> <div></div> <div></div> <div>-</div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div>do</div> <div></div> <div></div> <div>-</div> <div></div> <div></div> <div>-</div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>
Data	Podpis i pieczętka kierownika podmiotu uprawnionego

WZÓR NR 3/3

KOORDYNATOR STAŻU PODYPLOMOWEGO

IMIĘ I NAZWISKO KOORDYNATORA

Data

Podpis i pieczęć kierownika podmiotu  
uprawnionego

UWAGI:

# WZÓR NR 4/3

## STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH

Termin stażu cząstkowego w dziedzinie chorób wewnętrznych		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					
<p align="center"><b>Złożył kolokwium końcowe</b></p> <table border="1"> <tr> <td><b>Data</b></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						<b>Data</b>		
<b>Data</b>								
Pieczątką oddziału			Pieczątką i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)					

# WZÓR NR 5/3

## STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ W STOPNIU UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE

Wklucie dożylne i dotętnicze w celu podania leku lub pobrania krwi do badań, kaniulizacja żył	
Dożylne 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

  

<p align="center"><b>STAŻ W ZAKRESIE PROFILAKTYKI ZAKAŻEŃ HIV, HCV, DIAGNOSTYKI I LECZENIA AIDS</b></p> <p>W .....</p> <p>Termin stażu od ..... do .....</p> <p>Nazwisko wykładowcy .....</p> <p>Odbył staż określony programem i wykazał się znajomością:          - w zakresie profilaktyki zakażeń HIV, HCV          - diagnostyki i leczenia AIDS</p>	
Data	Pieczętka i podpis opiekuna

  

<p>UWAGI:</p>          
---

# WZÓR NR 7/3

## 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

Wklucia dożylna 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

Pielęgnacja niemowląt i małych dzieci

Pobranie krwi celem wykonania testu w kierunku niedoczynności tarczycy i fenyloketonurii

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:

## WZÓR NR 8/3

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		
Odbił wymaganą w programie liczbę dyżurów			Pieczętka i podpis opiekuna		
Przygotował doniesienie, pracę poglądową, opis przypadku			Pieczętka i podpis opiekuna		
Odbił 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		
Odbił wymaganą w programie liczbę dyżurów			Pieczętka i podpis opiekuna		
Odbił staż cząstkowy zgodnie z programem			Pieczętka i podpis opiekuna		
<b>Złożył kolokwium końcowe</b>					
<b>Data</b>					
Pieczętka oddziału			Pieczętka i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)		

# WZÓR NR 9/3

## 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 zeszycie niewielkich ran	
Znieczulenie miejscowe	
Nacięcie i drenaż ropnia	
Założenie drenażu opłucnej	
Postępowanie w krwotoku zewnętrznym	
Założenie zglębniaka nosowo-żołądkowego	
Dożylne 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
<p>UWAGI:</p>	



## WZÓR NR 10/3

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE  
POŁOŻNICTWA I GINEKOLOGII

Termin stażu cząstkowego w dziedzinie ..... położnictwa i ginekologii		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					
Data					
Pieczątką oddziału			Pieczątką i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)		

## WZÓR NR 11/3

### 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 skłpu 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	Pieczętka i podpis opiekuna

UWAGI:

# WZÓR NR 12/3

## 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		
Odbił wymaganą w programie liczbę dyżurów			Pieczętka i podpis opiekuna		
Przygotował doniesienie, pracę poglądową, opis przypadku			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)		

# WZÓR NR 13/3

## 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	
Nawiązanie właściwego kontaktu z pacjentem, minimalizowanie zmniejszania napięcia emocjonalnego i stresu w fazie diagnostyki, leczenia i określania prognozy	
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:

WZÓR NR 14/3

**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			Pieczętka i podpis opiekuna		
Odbił wymaganą w programie liczbę dyżurów			Pieczętka i podpis opiekuna		
Przygotował doniesienie, pracę poglądową, opis przypadku			Pieczętka i podpis opiekuna		
Odbił staż cząstkowy zgodnie z programem			Pieczętka i podpis opiekuna		
<b>Złożył kolokwium końcowe</b>					
Data					
Pieczętka oddziału			Pieczętka i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)		

# WZÓR NR 15/3

## 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 tężca	
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	Pieczętka i podpis opiekuna

UWAGI:

## WZÓR NR 16/3

## STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE MEDYCyny RATUNKOWEJ

Termin stażu cząstkowego w dziedzinie medycyny ratunkowej	
od	do
Imię i nazwisko opiekuna	
Złożył sprawdzian z postępowania z zakresu medycyny ratunkowej	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)

## WZÓR NR 17/3

### STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE MEDYCYNY RATUNKOWEJ UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ W STOPNIU UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE

Z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej:

- udrożnienie dróg oddechowych metodami bezprzyrządowymi,
- intubacja dotchawicza,
- udrożnienie dróg oddechowych technikami alternatywnymi (np. maski krtaniowe, maski żelowe, rurki krtaniowe, itp.),
- udrożnienie dróg oddechowych technikami chirurgicznymi, w tym konikotomii i tracheotomii,
- wspomagania oddechu i sztucznej wentylacji zastępczej,
- defibrylacja elektryczna i kardiowersja,
- pośredni masaż serca,
- wykonanie centralnego dostępu dożylnego,
- resuscytacja plynowa,
- odbarczenie odmy opłucnowej, w szczególności odmy przeżnej.

Z zakresu czynności ratunkowych w warunkach przedszpitalnych:

- zabezpieczanie ранego 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 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:



WZÓR NR 18/3  
STAŻ Z ZAKRESU TRANSFUZJOLOGII KLINICZNEJ

Organizator:				
Termin stażu z zakresu transfuzjologii klinicznej	od		do	
Imię i nazwisko wykładowcy				
<b>Odbył staż określony programem i wykazał się znajomością z zakresu transfuzjologii klinicznej</b>				
Data		Pieczątką i podpis		

WZÓR NR 19/3  
STAŻ Z ZAKRESU ORZECZNICTWA LEKARSKIEGO

Organizator:				
Termin stażu z zakresu orzecznictwa lekarskiego	od		do	
Imię i nazwisko wykładowcy				
<b>Odbył staż określony programem i wykazał się znajomością z zakresu orzecznictwa lekarskiego</b>				
Data		Pieczątką i podpis		

WZÓR NR 20/3  
STAŻ Z ZAKRESU BIOETYKI

Organizator:	
Imię i nazwisko wykładowcy	
<b>Odbył staż określony programem i wykazał się znajomością z zakresu bioetyki</b>	
Data	Pieczątką i podpis

WZÓR NR 21/3  
STAŻ Z ZAKRESU PRAWA MEDYCZNEGO

Organizator:	
Imię i nazwisko wykładowcy	
<b>Odbył staż określony programem i wykazał się znajomością z zakresu prawa medycznego</b>	
Data	Pieczątką i podpis

WZÓR NR 22/3  
OPINIA ZAWODOWA DOTYCZĄCA LEKARZA

Imię i nazwisko lekarza stażysty

**ZALICZENIE STAŻU PODDYPLOMOWEGO**

Imię i nazwisko lekarza stażysty

**Odbył przewidziany programem staż poddyplomowy lekarza**

w okresie od

do

**oraz złożył wymagane kolokwia i sprawdziany**

Data

Podpis i pieczęć  
koordynatora stażu