

**WZÓR**  
**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> </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> </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																					
Okres zatrudnienia od <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> do <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>				-			-							-			-				
		-			-																
		-			-																
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"/> - <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"/> - <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"/> - <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"/> - <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"/> - <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"/> - <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"/> - <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"/> - <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		od		do	
Imię i nazwisko opiekuna					
Odbył szkolenie z transfuzjologii klinicznej w terminie:  od..... do.....	Pieczętka regionalnego centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa  Pieczętka i podpis prowadzącego szkolenie				
Złożył sprawdzian z transfuzjologii klinicznej	Pieczętka i podpis lekarza przeprowadzającego sprawdzian				
Odbył szkolenie z bezpieczeństwa pacjenta, w tym profilaktyki zakażeń, w szczególności HIV, diagnostyki i leczenia AIDS, diagnostyki i leczenia HCV w terminie:  od..... do.....	Pieczętka i podpis prowadzącego szkolenie				
Złożył sprawdzian z bezpieczeństwa pacjenta, w tym profilaktyki zakażeń, w szczególności HIV, diagnostyki i leczenia AIDS, diagnostyki i leczenia HCV	Pieczętka i podpis lekarza przeprowadzającego sprawdzian				
Odbył wymaganą w programie liczbę dyżurów	Pieczętka i podpis opiekuna				
Odbył 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)		

**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, kaniulacji 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>UWAGI:</p>
---------------

## STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE PEDIATRII

Termin stażu cząstkowego z zakresu pediatrii	od		do	
Imię i nazwisko opiekuna				
Odbył wymaganą w programie liczbę dyżurów	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				
Odbył wymaganą w programie liczbę dyżurów	Pieczętka i podpis opiekuna			
Odbył 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)			

**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	
Pielęgnacja i karmienie niemowlęcia	
Zbieranie wywiadu od rodziny dziecka	
Prowadzenie resuscytacji i udzielanie pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia u dzieci	
Ocena rozwoju psychoruchowego i psychicznego niemowlęcia i dziecka starszego	
Ocena rozwoju fizycznego i na siatkach centylowych niemowlęcia i dziecka starszego	
Ocena dojrzałości płciowej	
Badanie neurologiczne niemowlęcia i dziecka starszego	
Wykonanie wkłucia dożylnego i pobrania krwi do badań u niemowlęcia i dziecka starszego	
Pobranie płynu mózgowo-rdzeniowego do badania przy podejrzeniu zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych	
Pobranie materiałów do badań mikrobiologicznych	
Założenie zgłębnika do żołądka lub odbytnicy i cewnika do pęcherza moczowego	
Data	Pieczętka i podpis opiekuna
Postępowanie z noworodkiem bezpośrednio po porodzie: 1) ocena noworodka na podstawie skali wg Apgar; 2) ocena dojrzałości noworodka; 3) resuscytacja noworodka.	
Wykonywanie testów przesiewowych u noworodka	
Rozpoznawanie wad wrodzonych u noworodka i postępowanie w przypadku ich stwierdzenia	
Pielęgnacja i karmienie noworodka	
Data	Pieczętka i podpis opiekuna
<p><b>UWAGI:</b></p>	

## STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE CHIRURGII OGÓLNEJ

Termin stażu cząstkowego z zakresu chirurgii ogólnej		od		do	
Imię i nazwisko opiekuna					
Odbył wymaganą w programie liczbę dyżurów		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					
Odbył wymaganą w programie liczbę dyżurów		Pieczętka i podpis opiekuna			
Odbył 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)		



**STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE CHIRURGII OGÓLNEJ**  
**UMIĘJĘTNOŚCI 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	
Postępowanie w krwotoku zewnętrznym	
Założenie zgłębnika nosowo-żołądkowego	
Dożylne przetaczanie krwi i płynów infuzyjnych	
Postępowanie przy oparzeniach	
Badanie <i>per rectum</i> i ocena gruczołu krokowego	
Data	Pieczętka i podpis opiekuna
Założenie podstawowych opatrunków gipsowych i unieruchamiających	
Data	Pieczętka i podpis opiekuna
UWAGI:	

## STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE INTENSYWNEJ TERAPII ORAZ W DZIEDZINIE MEDYCyny RATUNKOWEJ

Termin stażu cząstkowego z zakresu intensywnej terapii		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				
Termin stażu cząstkowego z zakresu medycyny ratunkowej		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				
<b>Złożył kolokwium końcowe</b>					
<b>Data</b>					
Pieczętka oddziału			Pieczętka i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)		

**STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE INTENSYWNEJ TERAPII  
ORAZ W DZIEDZINIE MEDYCYNY RATUNKOWEJ**  
UMIĘJĘTNOŚCI I CZYNNOSCI, 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 CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE INTENSYWNEJ TERAPII  
ORAZ W DZIEDZINIE MEDYCyny RATUNKOWEJ**

**KURS PODSTAWOWE I ZAAWANSOWANE CZYNNOŚCI RATUNKOWE  
ALS/BLS**

W .....

Termin kursu .....

Imię i nazwisko wykładowcy .....

Odbył kurs określony programem i wykazał się znajomością podstawowych i zaawansowanych czynności ratunkowych ALS/BLS.

Data

Pieczętka i podpis

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		Pieczętka i podpis opiekuna			
Odbył staż cząstkowy zgodnie z programem		Pieczętka i podpis opiekuna			
<b>Złożył kolokwium końcowe</b>					
		<b>Data</b>			
Pieczętka poradni/zakładu leczniczego			Pieczętka i podpis kierownika poradni/zakładu leczniczego		

**STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE MEDYCZYNY RODZINNEJ**  
**UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ W STOPNIU**  
**UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE**

Badanie niemowlęcia i małego dziecka	
Wykonanie badania bilansowego dzieci w różnym wieku	
Kwalifikacja do szczepień dzieci i dorosłych	
Przeprowadzenie porady laktacyjnej	
Przeprowadzenie całościowej oceny geriatrycznej	
Przeprowadzenie porady profilaktycznej u pacjenta dorosłego	
Przeprowadzenie porady edukacyjnej	
Ocena kliniczna bólu z zastosowaniem standaryzowanych narzędzi	
Badanie stanu psychicznego z wykorzystaniem wystandaryzowanych skal i kwestionariuszy, mających zastosowanie w podstawowej opiece zdrowotnej	
Podstawowe badanie neurologiczne (badanie nerwów czaszkowych, badanie odruchów, badanie układu ruchu, objawy oponowe, badanie czucia)	
Badanie otoskopowe	
Wziernikowanie nosa (rynoskopia przednia)	
Orientacyjne badanie ostrości wzroku	
Orientacyjne badanie pola widzenia	
Badanie <i>per rectum</i> , w tym ocena gruczołu krokowego	
Usuwanie szwów i drenów	
Usuwanie woskowiny z ucha	
Cewnikowanie pęcherza moczowego	
Zakładanie opatrunków	
Data	Pieczętka i podpis opiekuna

  

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

## STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE (1)

.....  
(Część personalizowana stażu podyplomowego – należy wypełnić osobno dla każdej wybranej dziedziny medycyny)

Termin stażu cząstkowego w dziedzinie		od		do	
.....					
Imię i nazwisko opiekuna					
Odbił wymaganą w programie liczbę dyżurów		Pieczątką i podpis opiekuna			
Odbił staż cząstkowy zgodnie z programem		Pieczątką i podpis opiekuna			
<b>Złożył kolokwium końcowe</b>					
		<b>Data</b>			
Pieczątką oddziału			Pieczątką i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)		





## STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE (2)

.....  
(Część personalizowana stażu podyplomowego – należy wypełnić osobno dla każdej wybranej dziedziny medycyny)

Termin stażu cząstkowego w dziedzinie		od		do	
.....					
Imię i nazwisko opiekuna					
Odbił wymaganą w programie liczbę dyżurów		Pieczątką i podpis opiekuna			
Odbił staż cząstkowy zgodnie z programem		Pieczątką i podpis opiekuna			
<b>Złożył kolokwium końcowe</b>					
		<b>Data</b>			
Pieczątką oddziału			Pieczątką i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)		



## STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE (3)

.....  
(Część personalizowana stażu podyplomowego – należy wypełnić osobno dla każdej wybranej dziedziny medycyny)

Termin stażu cząstkowego w dziedzinie		od		do	
.....					
Imię i nazwisko opiekuna					
Odbył wymaganą w programie liczbę dyżurów		Pieczątką i podpis opiekuna			
Odbył staż cząstkowy zgodnie z programem		Pieczątką i podpis opiekuna			
<b>Złożył kolokwium końcowe</b>					
		<b>Data</b>			
Pieczątką oddziału			Pieczątką i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)		



## SZKOLENIE Z ZAKRESU PROFILAKTYKI ONKOLOGICZNEJ

Organizator	
Termin szkolenia	
Imię i nazwisko wykładowcy	
<b>Odbył szkolenie określone programem i wykazał się wiedzą z zakresu profilaktyki onkologicznej</b>	
Data	Pieczętka i podpis

## SZKOLENIE Z ZAKRESU LECZENIA BÓLU

Organizator	
Termin szkolenia	
Imię i nazwisko wykładowcy	
<b>Odbył szkolenie określone programem i wykazał się wiedzą z zakresu leczenia bólu</b>	
Data	Pieczętka i podpis

## SZKOLENIE Z ZAKRESU ORZECZNICTWA LEKARSKIEGO

Organizator	
Termin szkolenia	
Imię i nazwisko wykładowcy	
<b>Odbył szkolenie określone programem i wykazał się wiedzą z zakresu orzecznictwa lekarskiego</b>	
Data	Pieczętka i podpis

## SZKOLENIE Z ZAKRESU PRAWA MEDYCZNEGO

Organizator	
Termin szkolenia	
Imię i nazwisko wykładowcy	
<b>Odbył szkolenie określone programem i wykazał się wiedzą z zakresu prawa medycznego</b>	
Data	Pieczętka i podpis

## SZKOLENIE Z ZAKRESU BIOETYKI

Organizator	
Termin szkolenia	
Imię i nazwisko wykładowcy	
<b>Odbył szkolenie określone programem i wykazał się wiedzą z zakresu bioetyki</b>	
Data	Pieczętka i podpis

## SZKOLENIE Z ZAKRESU ZDROWIA PUBLICZNEGO

Organizator	
Termin szkolenia	
Imię i nazwisko wykładowcy	
<b>Odbył szkolenie określone programem i wykazał się wiedzą z zakresu zdrowia publicznego</b>	
Data	Pieczętka i podpis

## SZKOLENIE Z ZAKRESU PROFILAKTYKI DOTYCZĄCEJ SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH

Organizator	
Termin szkolenia	
Imię i nazwisko wykładowcy	
<b>Odbył szkolenie określone programem i wykazał się wiedzą z zakresu profilaktyki dotyczącej szczepień ochronnych</b>	
Data	Pieczętka i podpis

## SZKOLENIE Z ZAKRESU KOMUNIKACJI Z PACJENTEM I ZESPOŁEM TERAPEUTYCZNYM

Organizator	
Termin szkolenia	
Imię i nazwisko wykładowcy	
<b>Odbył szkolenie określone programem i wykazał się wiedzą z zakresu komunikacji z pacjentem i zespołem terapeutycznym</b>	
Data	Pieczętka i podpis



## SZKOLENIE Z ZAKRESU PRZECIWDZIAŁANIA WYPALENIU ZAWODOWEMU

Organizator	
Termin szkolenia	
Imię i nazwisko wykładowcy	
<b>Odbył szkolenie określone programem i wykazał się wiedzą z zakresu przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu</b>	
Data	Pieczątką 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