

Warszawa, dnia 9 stycznia 2025 r.

Poz. 25

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia 3 stycznia 2025 r.

w sprawie określenia wzoru dokumentu „Karta stażu podyplomowego lekarza” oraz wzoru dokumentu „Karta stażu podyplomowego lekarza dentysty”

Na podstawie art. 14b ust. 3 ustawy z dnia 16 lipca 2020 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1291, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa wzory dokumentów „Karta stażu podyplomowego lekarza” oraz „Karta stażu podyplomowego lekarza dentysty” obowiązujące w trakcie odbywania stażu podyplomowego rozpoczynającego się w okresie od dnia 1 stycznia 2025 r. do dnia 28 lutego 2026 r.

§ 2. Do stażu podyplomowego rozpoczynającego się w terminie od dnia 1 stycznia 2025 r. do dnia 28 lutego 2026 r. w zakresie dokumentacji przebiegu stażu podyplomowego stosuje się odpowiednio dokument:

- 1) „Karta stażu podyplomowego lekarza” według wzoru określonego w załączniku nr 1 do rozporządzenia;
- 2) „Karta stażu podyplomowego lekarza dentysty” według wzoru określonego w załączniku nr 2 do rozporządzenia.

§ 3. Do stażu podyplomowego, który rozpoczął się przed dniem 1 stycznia 2025 r. stosuje się przepisy dotychczasowe.

§ 4. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.³⁾

Minister Zdrowia: wz. *W. Konieczny*

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 grudnia 2023 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 2704).

²⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2020 r. poz. 1493, 2112, 2345 i 2401, z 2021 r. poz. 2232 i 2459, z 2022 r. poz. 2770 oraz z 2024 r. poz. 1897.

³⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 marca 2023 r. w sprawie określenia wzoru dokumentu „Karta stażu podyplomowego lekarza” oraz wzoru dokumentu „Karta stażu podyplomowego lekarza dentysty” (Dz. U. poz. 585), które traci moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia zgodnie z art. 40 ustawy z dnia 27 listopada 2024 r. o zmianie ustawy o Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1897).

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 3 stycznia 2025 r. (Dz. U. poz. 25)

Załącznik nr 1

WZÓR

**KARTA STAŻU PODYPLOMOWEGO
LEKARZA**

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | Nr | |
| Imię i nazwisko lekarza stażysty | | | |
| Data urodzenia □ □ - □ □ - □ □ □ □ □ □ | | Numer prawa wykonywania zawodu □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ | |
| Członek Okręgowej Izby Lekarskiej / Wojskowej Izby Lekarskiej | | numer rejestru □ □ - □ □ - □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ | |
| 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 □ □ - □ □ - □ □ □ □ □ □ do □ □ - □ □ - □ □ □ □ □ □ | | | |
| Data | | Podpis i pieczęć 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 | | | | | |
| Odbił 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 | | | | |
| Odbił 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 | | | | |
| 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 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 | |
| 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 |

UWAGI:

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 | | | |
| 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 | |
| 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 |
| UWAGI: | |

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 | | | |
| Złożył kolokwium końcowe | | | | | |
| Data | | | | | |
| 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 zeszytanie niewielkich ran | |
| Znieczulenie miejscowe | |
| Postępowanie w krwotoku zewnętrznym | |
| Założenie zgłębnika nosowo-żołądkowego | |
| Dożylnie 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 | | | |
| 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 medycyny ratunkowej | | | |
| 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 | |
| Złożył kolokwium końcowe | | | |
| Data | | | |
| Pieczętka oddziału | | Pieczętka i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) | |

**STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE INTENSYWNEJ TERAPII
ORAZ W DZIEDZINIE MEDYCYNY RATUNKOWEJ**
UMIEJĘTNOŚCI 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 rannego 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 CZYNNOCI 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 | | |
| Złożył kolokwium końcowe | | | | | |
| Data | | | | | |
| Pieczętka poradni/zakładu leczniczego | | | Pieczętka i podpis kierownika poradni/zakładu leczniczego | | |

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE MEDYCYNY RODZINNEJ
UMIĘJĘTNOŚCI 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 |

UWAGI:

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 | | | | | |
| 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 (2)

.....
(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 | | 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 (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 | | 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) | | |

SZKOLENIE Z ZAKRESU PROFILAKTYKI ONKOLOGICZNEJ

| | |
|--|--------------------|
| Organizator | |
| Termin szkolenia | |
| Imię i nazwisko wykładowcy | |
| Odbył szkolenie określone programem i wykazał się wiedzą z zakresu profilaktyki onkologicznej | |
| Data | Pieczątka i podpis |

SZKOLENIE Z ZAKRESU LECZENIA BÓLU

| | |
|---|--------------------|
| Organizator | |
| Termin szkolenia | |
| Imię i nazwisko wykładowcy | |
| Odbył szkolenie określone programem i wykazał się wiedzą z zakresu leczenia bólu | |
| Data | Pieczątka i podpis |

SZKOLENIE Z ZAKRESU ORZECZNICTWA LEKARSKIEGO

| | |
|--|--------------------|
| Organizator | |
| Termin szkolenia | |
| Imię i nazwisko wykładowcy | |
| Odbył szkolenie określone programem i wykazał się wiedzą z zakresu orzecznictwa lekarskiego | |
| Data | Pieczętka i podpis |

SZKOLENIE Z ZAKRESU PRAWA MEDYCZNEGO

| | |
|--|--------------------|
| Organizator | |
| Termin szkolenia | |
| Imię i nazwisko wykładowcy | |
| Odbył szkolenie określone programem i wykazał się wiedzą z zakresu prawa medycznego | |
| Data | Pieczętka i podpis |

SZKOLENIE Z ZAKRESU BIOETYKI

| | |
|--|--------------------|
| Organizator | |
| Termin szkolenia | |
| Imię i nazwisko wykładowcy | |
| Odbył szkolenie określone programem i wykazał się wiedzą z zakresu bioetyki | |
| Data | Pieczętka i podpis |

SZKOLENIE Z ZAKRESU ZDROWIA PUBLICZNEGO

| | |
|---|--------------------|
| Organizator | |
| Termin szkolenia | |
| Imię i nazwisko wykładowcy | |
| Odbył szkolenie określone programem i wykazał się wiedzą z zakresu zdrowia publicznego | |
| Data | Pieczętka i podpis |

SZKOLENIE Z ZAKRESU PROFILAKTYKI DOTYCZĄCEJ SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH

| | |
|--|--------------------|
| Organizator | |
| Termin szkolenia | |
| Imię i nazwisko wykładowcy | |
| Odbył szkolenie określone programem i wykazał się wiedzą z zakresu profilaktyki dotyczącej szczepień ochronnych | |
| Data | Pieczętka i podpis |

SZKOLENIE Z ZAKRESU KOMUNIKACJI Z PACJENTEM I ZESPOŁEM TERAPEUTYCZNYM

| | |
|---|--------------------|
| Organizator | |
| Termin szkolenia | |
| Imię i nazwisko wykładowcy | |
| Odbył szkolenie określone programem i wykazał się wiedzą z zakresu komunikacji z pacjentem i zespołem terapeutycznym | |
| Data | Pieczętka i podpis |

SZKOLENIE Z ZAKRESU PRZECIWDZIAŁANIA WYPALENIU ZAWODOWEMU

| | |
|---|--------------------|
| Organizator | |
| Termin szkolenia | |
| Imię i nazwisko wykładowcy | |
| Odbył szkolenie określone programem i wykazał się wiedzą z zakresu przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu | |
| Data | Pieczęćka 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

KOORDYNATOR STAŻU PODYPLOMOWEGO

IMIĘ I NAZWISKO KOORDYNATORA

Data

Podpis i pieczęć kierownika podmiotu
uprawnionego

UWAGI:

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE STOMATOLOGII ZACHOWAWCZEJ Z ENDODONCJĄ

| | | | |
|---|----------------------|---|----------------------|
| Termin stażu cząstkowego z zakresu stomatologii zachowawczej z endodoncją | | | |
| od | <input type="text"/> | do | <input type="text"/> |
| Imię i nazwisko opiekuna | | | |
| Odbył staż cząstkowy zgodnie z programem | | Pieczętka i podpis opiekuna | |
| Złożył kolokwium końcowe | | | |
| Data | | <input type="text"/> | |
| Pieczętka oddziału | | Pieczętka i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) | |
| UWAGI: | | | |

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE STOMATOLOGII ZACHOWAWCZEJ Z ENDODONCJĄ

UMIĘTNOŚCI I CZYNNOSCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ
W STOPNIU UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE

| | |
|--|-----------------------------|
| Diagnozowanie i ocena aktywności zmian próchnicowych w zębach stałych, zlokalizowanych na różnych powierzchniach z uwzględnieniem użycia nowoczesnych metod detekcji | |
| Planowanie postępowania profilaktyczno-leczniczego próchnicy z uwzględnieniem indywidualnych czynników ryzyka choroby | |
| Postępowanie diagnostyczne w przypadku bólu zębów o niejasnej lokalizacji | |
| Nieinwazyjne i inwazyjne leczenie zmian próchnicowych z uwzględnieniem użycia metod oszczędzających twarde tkanki zęba i odpowiednich materiałów stomatologicznych | |
| Postępowanie profilaktyczne i lecznicze ubytków niepróchnicowego pochodzenia zmineralizowanych tkanek zęba (nadżerki nietypowe, ubytki typu abrazyjnego, erozje) | |
| Postępowanie diagnostyczne i lecznicze w przypadku chorób miazgi i tkanek okołowierzchołkowych (ekstirpacja miazgi w znieczuleniu, biomechaniczne opracowanie kanałów korzeniowych, wypełnienie kanałów korzeniowych cwiwkami gutaperkowymi z użyciem różnych metod kondensacji, leczenie endodontyczne zębów z nieprawidłowościami anatomicznymi dotyczącymi liczby i przebiegu kanałów korzeniowych) | |
| Diagnostyka i postępowanie lecznicze w przypadku pourazowych uszkodzeń zębów stałych | |
| Stosowanie diagnostyki radiologicznej wewnątrzustnej i zewnątrzustnej oraz innych metod obrazowania | |
| Diagnozowanie i usuwanie przebarwień zębów | |
| Prowadzenie instruktażu higieny jamy ustnej i motywacji chorego oraz ocena uzyskanych efektów | |
| Stosowanie profesjonalnych metod profilaktyki próchnicy i zapalenia dziąseł (profesjonalne usuwanie kamienia nazębnego, mechaniczne usuwanie płytki nazębnej, stosowanie lakierów i żeli fluorokowych, stosowanie lakierów chlorheksydynowych i uszczelniaczy bruzd) | |
| Planowanie i ocena efektów edukacji prozdrowotnej w różnych grupach populacji | |
| Data | Pieczętka i podpis opiekuna |

UWAGI:

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE STOMATOLOGII DZIECIĘCEJ

| | | | | | |
|--|--|----|---|----|--|
| Termin stażu cząstkowego z zakresu stomatologii dziecięcej | | od | | do | |
| Imię i nazwisko opiekuna | | | | | |
| Odbył staż cząstkowy zgodnie z programem | | | Pieczętka i podpis opiekuna | | |
| Złożył kolokwium końcowe | | | | | |
| Data | | | | | |
| Pieczętka oddziału | | | Pieczętka i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) | | |
| UWAGI: | | | | | |

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE STOMATOLOGII DZIECIĘCEJ
UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ
W STOPNIU UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE

| | |
|--|-----------------------------|
| Ocena wieku zębowego | |
| Diagnozowanie zaburzeń oraz wad rozwojowych w uzębieniu mlecznym i stałym | |
| Diagnozowanie próchnicy w zębach mlecznych i w zębach stałych wraz z oceną aktywności oraz indywidualnych czynników ryzyka choroby próchnicowej | |
| Planowanie i wykonywanie profesjonalnych zabiegów profilaktycznych w zębach mlecznych i w zębach stałych | |
| Leczenie próchnicy w zębach mlecznych i w zębach stałych wraz z oszczędzającymi metodami opracowania ubytków oraz zastosowaniem właściwych materiałów do wypełnień | |
| Postępowanie lecznicze w chorobach miazgi zębów mlecznych | |
| Leczenie chorób miazgi w zębach stałych z niezakończonym oraz zakończonym rozwojem korzenia | |
| Postępowanie w pourazowych uszkodzeniach zębów stałych z niezakończonym oraz zakończonym rozwojem korzeni | |
| Wykonywanie zabiegów endodontycznych | |
| Zastosowanie oraz interpretacja badań radiologicznych wewnątrzustnych i zewnątrzustnych | |
| Data | Pieczętka i podpis opiekuna |

UWAGI:

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE CHIRURGII STOMATOLOGICZNEJ

| | | | | | |
|---|--|-------------|---|----|--|
| Termin stażu cząstkowego z zakresu chirurgii stomatologicznej | | od | | do | |
| Imię i nazwisko opiekuna | | | | | |
| Odbył staż cząstkowy zgodnie z programem | | | Pieczątką i podpis opiekuna | | |
| Złożył kolokwium końcowe | | | | | |
| | | Data | | | |
| Pieczątką oddziału | | | Pieczątką i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) | | |
| UWAGI: | | | | | |

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE CHIRURGII STOMATOLOGICZNEJ
UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ
W STOPNIU UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE

| | |
|--|-----------------------------|
| Zastosowanie badań radiologicznych i ultrasonograficznych w chirurgii stomatologicznej | |
| Znieczulenie nasiętkowe i przewodowe wewnętrzne i zewnętrzne w zakresie części twarzowej czaszki | |
| Wykonanie ekstrakcji zębów jednokorzeniowych i wielokorzeniowych | |
| Wykonanie zabiegu chirurgicznego zaopatrzenia zębodołu po ekstrakcji zębów | |
| Wykonanie nacięcia powierzchniowych ropni zębopochodnych wewnętrznych | |
| Data | Pieczętka i podpis opiekuna |

UWAGI:

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE PROTETYKI STOMATOLOGICZNEJ

| | | | | | |
|---|--|-------------|---|----|--|
| Termin stażu cząstkowego z zakresu protetyki stomatologicznej | | od | | do | |
| Imię i nazwisko opiekuna | | | | | |
| Odbył staż cząstkowy zgodnie z programem | | | Pieczątką i podpis opiekuna | | |
| Złożył kolokwium końcowe | | | | | |
| | | Data | | | |
| Pieczątką oddziału | | | Pieczątką i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) | | |
| UWAGI: | | | | | |

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE PROTETYKI STOMATOLOGICZNEJ
UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ
W STOPNIU UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE

Opanowanie umiejętności i czynności klinicznych niezbędnych podczas zastosowania klinicznego wkładów koronowych i koronowo-korzeniowych, koron lanych oraz płytowych protez częściowych i całkowitych, jak również naprawy wyżej wymienionych protez

Data

Pieczętka i podpis opiekuna

UWAGI:

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE PERIODONTOLOGII I CHOROÓB BŁONY ŚLIZOWEJ

| | | | | | |
|---|--|----|---|----|--|
| Termin stażu cząstkowego z zakresu periodontologii i chorób błony śluzowej | | od | | do | |
| Imię i nazwisko opiekuna | | | | | |
| Odbił szkolenia z zakresu 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 zakresu bezpieczeństwa pacjenta, w tym profilaktyki zakażeń, w szczególności HIV, diagnostyki i leczenia AIDS, diagnostyki i leczenia HCV | | | Pieczętka i podpis lekarza przeprowadzającego sprawdzian | | |
| Odbił staż cząstkowy zgodnie z programem | | | Pieczętka i podpis opiekuna | | |
| Złożył kolokwium końcowe | | | | | |
| Data | | | | | |
| Pieczętka oddziału | | | Pieczętka i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) | | |
| UWAGI: | | | | | |

**STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE PERIODONTOLOGII I CHORÓB
BŁONY ŚLUZOWEJ****UMIĘJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ
W STOPNIU UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE**

Ocena stanu klinicznego i radiologicznego przyzębia (głębokość kieszonek, stopień rozchwiania zębów, zaawansowanie choroby w okolicy międzykorzeniowej zębów, krwawienie z kieszonki dziąsłowej, obecność płytki bakteryjnej, interpretacja obrazów radiologicznych przyzębia)

Opanowanie metod motywacji i instruktażu higieny u osób z zaawansowanym zapaleniem przyzębia

Wykonanie skalingu naddziąsłowego i poddziąsłowego u osób z zapaleniem przyzębia o umiarkowanym zaawansowaniu

Korekta innych miejscowych czynników etiologicznych zapaleń dziąseł i przyzębia

Interpretacja wyników badań laboratoryjnych

Data

Pieczętka i podpis opiekuna

UWAGI:

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE ORTODONCJI

| | | | | | |
|---|--|-------------|---|----|--|
| Termin stażu cząstkowego z zakresu ortodoncji | | od | | do | |
| Imię i nazwisko opiekuna | | | | | |
| Odbył staż cząstkowy zgodnie z programem | | | Pieczętka i podpis opiekuna | | |
| Złożył kolokwium końcowe | | | | | |
| | | Data | | | |
| Pieczętka oddziału | | | Pieczętka i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) | | |
| UWAGI: | | | | | |

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

Postępowanie diagnostyczne w nabytych wadach zgryzu:

- 1) badanie kliniczne z oceną czynności narządów jamy ustnej;
- 2) wskazania do zlecenia badań dodatkowych, w tym rentgenogramów.

Wykonanie modeli diagnostycznych, ustalenie wzorca zgryzu nawykowego, pośrednia ocena zgryzu na podstawie modeli

Analiza rentgenogramów: ortopantomograficznych i odległościowych bocznych głowy

Leczenie w okresie uzębienia mlecznego i mieszanego z użyciem standardowych aparatów lub protez ortodontycznych

Asystowanie podczas leczenia wad zgryzu

Wykonanie procedur niezbędnych do naprawy zdejmowanego aparatu ortodontycznego w przypadku uszkodzenia

Zdjęcie elementów stałego aparatu ortodontycznego w przypadku jego uszkodzenia

Data

Pieczętka i podpis opiekuna

UWAGI:

SZKOLENIE Z ZAKRESU PROFILAKTYKI ONKOLOGICZNEJ

| | |
|--|--------------------|
| Organizator | |
| Termin szkolenia | |
| Imię i nazwisko wykładowcy | |
| Odbył szkolenie określone programem i wykazał się wiedzą z zakresu profilaktyki onkologicznej | |
| Data | Pieczętka i podpis |

SZKOLENIE Z ZAKRESU LECZENIA BÓLU

| | |
|---|--------------------|
| Organizator | |
| Termin szkolenia | |
| Imię i nazwisko wykładowcy | |
| Odbył szkolenie określone programem i wykazał się wiedzą z zakresu leczenia bólu | |
| Data | Pieczętka i podpis |

SZKOLENIE Z ZAKRESU ORZECZNICTWA LEKARSKIEGO

| | |
|--|--------------------|
| Organizator | |
| Termin szkolenia | |
| Imię i nazwisko wykładowcy | |
| O odbył szkolenie określone programem i wykazał się wiedzą z zakresu orzecznictwa lekarskiego | |
| Data | Pieczątka i podpis |

SZKOLENIE Z ZAKRESU PRAWA MEDYCZNEGO

| | |
|--|--------------------|
| Organizator | |
| Termin szkolenia | |
| Imię i nazwisko wykładowcy | |
| O odbył szkolenie określone programem i wykazał się wiedzą z zakresu prawa medycznego | |
| Data | Pieczątka i podpis |

SZKOLENIE Z ZAKRESU BIOETYKI

| | |
|--|--------------------|
| Organizator | |
| Termin szkolenia | |
| Imię i nazwisko wykładowcy | |
| Odbył szkolenie określone programem i wykazał się wiedzą z zakresu bioetyki | |
| Data | Pieczętka i podpis |

SZKOLENIE Z ZAKRESU ZDROWIA PUBLICZNEGO

| | |
|---|--------------------|
| Organizator | |
| Termin szkolenia | |
| Imię i nazwisko wykładowcy | |
| Odbył szkolenie określone programem i wykazał się wiedzą z zakresu zdrowia publicznego | |
| Data | Pieczętka i podpis |

SZKOLENIE Z ZAKRESU PROFILAKTYKI DOTYCZĄCEJ SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH

| | |
|--|--------------------|
| Organizator | |
| Termin szkolenia | |
| Imię i nazwisko wykładowcy | |
| Odbył szkolenie określone programem i wykazał się wiedzą z zakresu profilaktyki dotyczącej szczepień ochronnych | |
| Data | Pieczętka i podpis |

SZKOLENIE Z ZAKRESU KOMUNIKACJI Z PACJENTEM I ZESPOŁEM TERAPEUTYCZNYM

| | |
|---|--------------------|
| Organizator | |
| Termin szkolenia | |
| Imię i nazwisko wykładowcy | |
| Odbył szkolenie określone programem i wykazał się wiedzą z zakresu komunikacji z pacjentem i zespołem terapeutycznym | |
| Data | Pieczętka i podpis |

SZKOLENIE Z ZAKRESU PRZECIWDZIAŁANIA WYPALENIU ZAWODOWEMU

| | |
|---|--------------------|
| Organizator | |
| Termin szkolenia | |
| Imię i nazwisko wykładowcy | |
| Odbył szkolenie określone programem i wykazał się wiedzą z zakresu przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu | |
| Data | Pieczętka i podpis |

KURS W DZIEDZINIE MEDYCZYNY RATUNKOWEJ

| | |
|---|--------------------|
| Organizator | |
| Termin szkolenia | |
| Imię i nazwisko wykładowcy | |
| Odbył kurs określony programem i wykazał się wiedzą w dziedzinie medycyny ratunkowej | |
| Data | Pieczętka i podpis |

OPINIA ZAWODOWA DOTYCZĄCA LEKARZA DENTYSTY

Imię i nazwisko lekarza dentysty stażysty

ZALICZENIE STAŻU PODYPLOMOWEGO

Imię i nazwisko lekarza dentysty stażysty

Odbył przewidziany programem staż podyplomowy lekarza dentysty

w okresie od

do

oraz złożył wymagane sprawdziany i kolokwia

Data

Podpis i pieczęć
koordynatora stażu