

strona nr 1

PRZEDŁUŻENIE STAŻU PODYPLOMOWEGO

Staż został przedłużony od	01 - 11 - 2025 do	
z powodu		
np. zwolnienie lekarskie, urlop macierzyński itp.		
Staż został przedłużony od		do
z powodu		
Staż został przedłużony od		do
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		do
Data	Podpis i pieczętka kierownika podmiotu uprawnionego	

KOORDYNATOR STAŻU PODYPLOMOWEGO

IMIĘ I NAZWISKO KOORDYNATORA	
Data	Podpis i pieczętka kierownika podmiotu uprawnionego
1.10.2024	Pieczętka i podpis kierownika podmiotu (dyrektora lub prezesa)
UWAGI:	

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE PEDIATRII

Termin stażu cząstkowego z zakresu pediatrii		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 neonatologii		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			
Złożył kolokwium końcowe					
Data	Daty kolokwium z pediatrii i z neonatologii				
Pieczętka oddziału		Pieczętka i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)			
Pieczętka oddziału z pediatrii		Pieczętka i podpis ordynatora pediatrii		Pieczętka i podpis ordynatora neonatologii	

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE PEDIATRII UMIĘJĘTNOŚCI 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 z pediatrii
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 z neonatologii
UWAGI:	

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE CHIRURGII OGÓLNEJ

Termin stażu cząstkowego z zakresu chirurgii ogólnej		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 chirurgii urazowej		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			
Złożył kolokwium końcowe Data Daty kolokwium z chirurgii ogólnej i z ortopedii					
Pieczętka oddziału		Pieczętka i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)			
Pieczętka oddziału z chirurgii ogólnej		Pieczętka oddziału z chirurgii urazowej		Pieczętka i podpis ordynatora chirurgii ogólnej Pieczętka i podpis ordynatora chirurgii urazowej	

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	
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 z chirurgii ogólnej
Założenie podstawowych opatrunków gipsowych i unieruchamiających	
Data	Pieczętka i podpis opiekuna z chirurgii urazowej
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					
Odbyt wymagana w programie liczbę dyżurów		Pieczętka i podpis opiekuna			
Odbyt staż cząstkowy zgodnie z programem		Pieczętka i podpis opiekuna			
Termin stażu cząstkowego z zakresu medycyny ratunkowej		od		do	
Imię i nazwisko opiekuna					
Odbyt wymagana w programie liczbę dyżurów		Pieczętka i podpis opiekuna			
Odbyt staż cząstkowy zgodnie z programem		Pieczętka i podpis opiekuna			
Złożył kolokwium końcowe					
Data	Daty kolokwium z intensywnej terapii i z SOR				
Pieczętka oddziału Pieczętka oddziału SOR	Pieczętka oddziału IT	Pieczętka i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) Pieczętka i podpis ordynatora SOR Pieczętka i podpis ordynatora IT			

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE INTENSYWNEJ TERAPII ORAZ W DZIEDZINIE MEDYCYNY RATUNKOWEJ UMIĘJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, 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 analgesodacji w szpitalnych procedurach ratunkowych		
Zasady postępowania w porodzie nagłym		
Data	Pieczętka i podpis opiekuna Pieczętka i podpis opiekuna SOR	Pieczętka i podpis opiekuna IT
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	
Odbił kurs określony programem i wykazał się znajomością podstawowych i zaawansowanych czynności ratunkowych ALS/BLS.	
Data	Pieczętka i podpis Pieczętka i podpis opiekuna SOR
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		
Odbił staż cząstkowy zgodnie z programem			Pieczętka i podpis opiekuna		
Złożył kolokwium końcowe					
Data					
Pieczętka poradni/zakładu leczniczego			Pieczętka i podpis kierownika poradni/zakładu leczniczego		

UWAGA! Brak dyżurów w medycynie rodzinnej

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE MEDYCYNY 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

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)

UWAGA! CZĘŚĆ PERSONALIZOWANA — należy wypełnić osobno dla każdej dziedziny medycyny, łącznie z procedurami

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE (1)

UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ
W STOPNIU UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE

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

[illegible]

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		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)			

UWAGA! CZĘŚĆ PERSONALIZOWANA — 10 TYGODNI

- *Niezabiegowe dziedziny medycyny*
- *Zabiegowe dziedziny medycyny*
- *Dziedziny medycyny realizowane w ramach katedr i zakładów teoretycznych*

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE (2)

UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ
W STOPNIU UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE

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

(Wpisać umiejętności i czynności, które stażysta opanował w stopniu umożliwiającym ich samodzielne wykonywanie)

Data	Pieczęćka i podpis opiekuna
------	-----------------------------

UWAGI:

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					
Odbyt wymagana w programie liczbę dyżurów		Pieczętka i podpis opiekuna			
Odbyt staż cząstkowy zgodnie z programem		Pieczętka i podpis opiekuna			
Złożył kolokwium końcowe					
Data					
Pieczętka oddziału			Pieczętka i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)		

UWAGA! Staż personalizowany — odbywa się w maksymalnie 3 wybranych przez lekarza dziedzinach medycyny (innych niż staż główny); w nie więcej niż 3 podmiotach uprawnionych do prowadzenia stażu albo do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w danej dziedzinie medycyny

OPINIA ZAWODOWA DOTYCZĄCA LEKARZA

Imię i nazwisko lekarza stażysty

Opinia zawodowa wystawiona przez
koordynatora stażu
opinia jest obowiązkowa

ZALICZENIE STAŻU PODYPLOMOWEGO

Imię i nazwisko lekarza stażysty

Odbił przewidziany programem staż podyplomowy lekarza

w okresie od **1.10.2024** data faktycznego zakończenia
stażu podyplomowego
→ np. 20.10.2025

oraz złożył wymagane kolokwia i sprawdziany

Data

Podpis i pieczęć
koordynatora stażu

Data zaliczenia stażu

Pieczęć i podpis koordynatora

strona nr 1

PRZEDŁUŻENIE STAŻU PODYPLOMOWEGO

Staż został przedłużony od	01 - 10 - 2025 do
z powodu	
np. zwolnienie lekarskie, urlop macierzyński itp.	
Staż został przedłużony od	
z powodu	
Staż został przedłużony od	
z powodu	
Pieczętka podmiotu uprawnionego	Numer wpisu na listę marszałka województwa
Wypełnić w razie przeniesienia	
Nazwa podmiotu uprawnionego	
Został ponownie zatrudniony w celu odbycia stażu podyplomowego	
w okresie od	do
Data	Podpis i pieczętka kierownika podmiotu uprawnionego

KOORDYNATOR STAŻU PODYPLOMOWEGO

IMIĘ I NAZWISKO KOORDYNATORA	
Data	Podpis i pieczętka kierownika podmiotu uprawnionego
1.10.2024	Pieczętka i podpis kierownika podmiotu (dyrektora lub prezesa)
UWAGI:	

OPINIA ZAWODOWA DOTYCZĄCA LEKARZA DENTYSTY

Imię i nazwisko lekarza dentysty stażysty

Opinia zawodowa wystawiona przez
koordynatora stażu
opinia jest obowiązkowa

ZALICZENIE STAŻU PODYPLOMOWEGO

Imię i nazwisko lekarza dentysty stażysty

Odbył przewidziany programem staż podyplomowy lekarza dentysty

w okresie od **1.10.2024** data faktycznego zakończenia
stażu podyplomowego
→ np. 20.09.2025

oraz złożył wymagane sprawdziany i kolokwia

Data

Data zaliczenia stażu

Podpis i pieczęć
koordynatora stażu

Pieczęć i podpis koordynatora