



Miejsce na zdjęcie



(własnoręczny podpis)

jeżeli przy odbiorze dziennika
nie podpisałeś się pod
zdjęciem... uzupełnij podpis

UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI-COLLEGIUM MEDICUM
Wydział Farmaceutyczny
DZIEKANAT
30-688 Kraków, ul. Medyczna 9
tel. 12 620-54-14, 12 620-54-17

.....
(pieczęć wydziału)

Pan(i)

.....
(imię i nazwisko praktykanta)

urodzony(a) dnia

.....
(dzień, miesiąc, rok)

w

.....
(miejsce urodzenia)

.....
(data rozpoczęcia praktyki)

.....
(imię i nazwisko opiekuna)

.....
(data wystawienia dziennika)

.....
(podpis i pieczęć dziekana)

Część I

Tygodniowy wykaz czynności praktycznych wykonanych przez praktykanta

DATA	Wyszczególnienie zajęć
------	------------------------

.....
(pieczęć i podpis opiekuna)

na każdej ze stron uzyskaj
pieczęć i podpis opiekuna z apteki

Część I

Tygodniowy wykaz czynności praktycznych wykonanych przez praktykanta

DATA	Wyszczególnienie zajęć
------	------------------------

.....
(pieczęć i podpis opiekuna)

na każdej ze stron uzyskaj pieczęć
i podpis opiekuna z apteki

Tygodniowy wykaz czynności praktycznych wykonanych przez praktykanta

DATA	Wyszczególnienie zajęć

.....
(pieczęć i podpis opiekuna)

na każdej ze stron uzyskaj pieczęć i podpis opiekuna z apteki

WYWIAD LEKOWY

Przeprowadź z pacjentem apteki wywiad lekowy według podanego poniżej schematu, a następnie przeanalizuj zebrane dane w celu określenia czy u pacjenta wystąpiły rzeczywiste lub potencjalne problemy lekowe. Sklasyfikuj problem oraz zaproponuj sposób jego rozwiązania. Szczegółowe informacje dotyczące klasyfikacji problemów lekowych oraz opis prawidłowego wykonania tego zadania znajdują się na stronie www.fortit.edu.pl.

UWAGA!!! Pacjent powinien mieć zdiagnozowaną co najmniej jedną z następujących chorób: nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, astma, POChP.

Dane dotyczące pacjenta:

rok urodzenia..... płęć

waga (kg)..... wzrost (m)..... Wskaźnik BMI.....

Choroby przewlekłe

Czy ze względu na swoją chorobę stosuje stale dietę ('TAK/NIE'¹), jeśli tak to jakiego typu

Alergie/nadwrażliwość/przeciwwskazania pacjenta:.....

U ilu lekarzy leczy się Pan/Pani równocześnie (ilu lekarzy wypisuje Panu/Pani recepty)

Czy zgłasza Pan/Pani lekarzowi fakt stosowania innych leków nie zleconych przez tego lekarza? tak nie

Samodzielnie monitoruje stan zdrowia (wypełnić tylko pomiary związane ze zdiagnozowanym i leczonym schorzeniem przez

Rodzaj pomiaru	z jaką częstotliwością ²	data ostatniego pomiaru	wynik ostatniego pomiaru
ciśnienie tętnicze			
stężenie glukozy we krwi			
szczytowy przepływ wydechowy			

WYWIAD LEKOWY
szczegóły znajdują się w opisie zadania

KARTĘ WYWIADU LEKOWEGO
należy przekazać do Dziekanatu
wraz z dziennikiem stażu

¹-niepotrzebne skreślić, ² - podać liczbę pomiarów w formacie XX/dzień lub /tydzień lub /miesiąc

Część I

Tygodniowy wykaz czynności praktycznych wykonanych przez praktykanta

DATA	Wyszczególnienie zajęć

.....
(pieczęć i podpis opiekuna)

na każdej ze stron uzyskaj pieczęć
i podpis opiekuna z apteki

Część II

Wykaz zaliczonych umiejętności określonych w programie praktyki

Wyszczególnienie umiejętności	Podpis opiekuna

przy wyszczególnionych
umiejętnościach uzyskaj
podpis **opiekuna z apteki**

Część II

Wykaz zaliczonych umiejętności określonych w programie praktyki

Wyszczególnienie umiejętności	Podpis opiekuna

przy wyszczególnionych
umiejętnościach uzyskaj
podpis **opiekuna z apteki**

Część II



Wykaz zaliczonych umiejętności określonych w programie praktyki

Wyszczególnienie umiejętności	Podpis opiekuna
	

przy wyszczególnionych umiejętnościach uzyskaj podpis **opiekuna z apteki**

Część III

Udział w posiedzeniach naukowo-szkoleniowych lub innych formach szkolenia

Nazwa, adres i pieczęć organizatora szkolenia	Temat szkolenia	Liczba godzin szkolenia	Data realizacji i podpis osoby prowadzącej szkolenie
			

Sprawdź czy przy dodatkowych szkoleniach/kursach/e-learningach masz wpisana liczbę godzin oraz podpis prowadzącego.

W tym miejscu powinien znaleźć się wpis o uczestnictwie w kursie **receptury aseptycznej** dla osób, które nie miały jej w aptece i realizowały na uczelni

!!! Sama pieczęć organizatora wydarzenia i temat nie jest wystarczająca do zaliczenia aktywności na poczet stażu

Maksymalnie z dodatkowych aktywności możesz mieć zaliczone na poczet godzin stażowych 30 godz. dydaktycznych tj. 30x45 minut. (22,5 godz. zegarowych)

.....
(pieczęć apteki)

Opinia opiekuna

opiekun z apteki wpisuje tutaj swoją opinię o stażyście
(w przypadku stażu dzielonego należy uzupełnić dwie
opinie tj. str. 36 i 37 i dołączyć je do dzienniczka)
skan tych stron jest dostępny do wydruku na stronie
internetowej
<https://farmacja.cm.uj.edu.pl/pl/studenci/stazysci/>

Praktyka zaliczona/niezaliczona

.....
(data, pieczęć i podpis opiekuna)

**DATA, PIECZĘĆ I PODPIS
OPIEKUNA Z APTEKI**

uzupełnia Dziekanat

.....
(pieczęć wydziału)

.....
(pieczęć apteki)

zaznaczoną część UZUPEŁNIA APTEKA

Pan(i)

.....
(imię i nazwisko praktykanta)

urodzony(a) dnia

.....
(dzień, miesiąc, rok)

w

.....
(miejsce urodzenia)

ukończył(a) praktykę w aptece w okresie od do

w aptece.....

.....
(nazwa i adres apteki)

**jeżeli kierownik apteki jest jednocześnie opiekunem praktyki to
powinien podpisać się na obu wyznaczonych miejscach**

.....
(data i podpis kierownika apteki)

.....
(data i podpis opiekuna praktyki)

uzupełnia Dziekanat

.....
(data i podpis dziekana)

Opinia opiekuna dydaktycznego z ramienia uczelni

tutaj opiekun dydaktyczny z uczelni wpisuje swoją opinie o stażu
(jedna opinia o całym stażu, również wtedy gdy staż jest dzielony)

(data, pieczęć i podpis opiekuna z uczelni)

Ewidencja czasu pracy w okresie 6-miesięcznej praktyki studenta farmacji 2019/2020									
Proszę wpisać liczbę godzin zegarowych									
Dzień	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
31									
SUMA									
w wierszu powyżej – miesięczna ilość zrealizowanych godzin praktyki									
SUMA									
w wierszu powyżej – potwierdzenie miesięcznej ilości godzin przez opiekuna									

Podsumuj wszystkie godziny dydaktyczne/zegarowe praktyki odrębnie dla każdego miesiąca, które powinny być potwierdzone przez opiekuna praktyki dla każdego miesiąca zgodnie ze złożonym planem i harmonogramem praktyki.

W prawym dolnym roku należy wpisać sumę godzin stażu, uzyskać potwierdzenie opiekuna z apteki (pieczęć+podpis)

Ilość zrealizowanych godzin nie może być mniejsza niż **960 godzin dydaktycznych lub 720 godzin zegarowych**, w tej liczbie uwzględnić można max. 30 godzin dydaktycznych (zrealizowanych w ramach dodatkowych szkoleń, konferencji, kursów również w formie e-learningu).

UWAGA!
Uzupełniając godziny w dzienniku zachowaj jednolitość w zapisie:

godziny zegarowe 60 min
lub
godziny dydaktyczne 45 min

Ogółem godzin: []

+ pieczęći podpis opiekuna z apteki