

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 <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> <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> <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																													

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					
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					
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					
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					
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

WZÓR

KARTA STAŻU PODYPLOMOWEGO LEKARZA DENTYSTY

	Nr																				
Imię i nazwisko lekarza dentysty 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>										
		-			-																
numer rejestru																					
Członek Okręgowej Izby Lekarskiej / Wojskowej Izby Lekarskiej W	<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> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>			-			-														
		-			-																
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																				

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 CZYNNOŚCI, 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 zapalenń 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****UMIEJĘTNOŚCI 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	
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	
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	Pieczęć i podpis

KURS W DZIEDZINIE MEDYCYNY RATUNKOWEJ

Organizator	
Termin szkolenia	
Imię i nazwisko wykładowcy	
Odbył kurs określony programem i wykazał się wiedzą w dziedzinie medycyny ratunkowej	
Data	Pieczęć 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