

UNIwersytet MIKOŁAJA KOPERNIKA W TORUNIU
COLLEGIUM MEDICUM IM. LUDWIKA RYDYGIERA
W BYDGOSZCZY

WYDZIAŁ FARMACEUTYCZNY

**DZIENNIK PRAKTYK
NA III I IV ROKU FARMACJI**

.....

IMIĘ I NAZWISKO STUDENTA

.....

NR ALBUMU

UNIWERSYTET MIKOŁAJA KOPERNIKA W TORUNIU
COLLEGIUM MEDICUM IM. LUDWIKA RYDYGIERA
W BYDGOSZCZY

DZIENNIK PRAKTYK

.....
PIECZĘĆ KATEDRY TECHNOLOGII
POSTACI LEKU

.....
PODPIS PEŁNOMOCNIKA DS.
PRAKTYK

Regulamin

odbywania praktyk wakacyjnych w aptekach dla studentów Wydziału Farmaceutycznego

1. Student odbywa praktyki w aptekach i terminach uzgodnionych z Katedrą Technologii Postaci Leku.
2. Opiekunem studenta odbywającego praktykę w aptece musi być magister farmacji posiadający specjalizację z zakresu farmacji aptecznej lub co najmniej pięcioletni staż pracy w aptece.
3. Zmiany miejsc i terminów odbywania praktyk mogą nastąpić tylko za zgodą Katedry Technologii Postaci Leku.
4. Nieobecności usprawiedliwione i nieusprawiedliwione winny być odrobione w terminach uzgodnionych dodatkowo z apteką, po uprzednim zawiadomieniu Katedry Technologii Postaci Leku.
5. Student pracuje codziennie w wymiarze 8 godzin dydaktycznych - bez sobót, niedziel i świąt, z obowiązkiem punktualnego przychodzenia i wychodzenia.
6. Studenta nie obowiązuje praca na dyżurach nocnych.
7. Student rozpoczynając praktykę w aptece jest zobowiązany do zawiadomienia Katedry Technologii Postaci Leku o harmonogramie swojej praktyki.
8. Student zgłaszając się na praktykę do placówki szkoleniowej musi mieć przy sobie aktualną książeczkę zdrowia.
9. Student zgłasza się na praktykę z własnym czystym fartuchem i obuwem zamiennym.
10. Student w czasie praktyki ma obowiązek starannego, bieżącego prowadzenia Dziennika praktyk oraz szczegółowej dokumentacji wykonywanych czynności. Notatki należy prowadzić w zeszycie, w którym codziennie opisuje się czynności wykonywane w aptece, ze szczególnym uwzględnieniem prac związanych z recepturą np.: sprawdzanie dawek, obliczenia dotyczące wykonywania proszków dzielonych, czopków, obliczenia dotyczące rozcieńczania etanolu, konieczności użycia do wykonywanych recept leku gotowego, uzasadnienie kolejności łączenia poszczególnych składników, sposobu przechowywania danego leku recepturowego, obliczeń związanych z wykonywaniem leków do oczu itd..
11. Podczas odbywania praktyki w aptekach studenci są kontrolowani przez asystentów Katedry Technologii Postaci Leku.
12. Zaliczenie praktyki następuje w Katedrze Technologii Postaci Leku u asystenta sprawującego nadzór dydaktyczny po przedstawieniu: „dziennika praktyk” i zeszytu z notatkami.
13. Termin zaliczenia praktyki: do 20 września br.

PRAKTYKA W APTECE OGÓLNODOSTĘPNEJ PO III ROKU STUDIÓW

.....
NAZWA APTEKI I PIECZĘĆ

.....
NAZWISKO I IMIĘ KIEROWNIKA APTEKI

.....
NAZWISKO I IMIĘ OPIEKUNA PRAKTYKI

.....
NR ALBUMU

Data rozpoczęcia praktyki.....

Data zakończenia praktyki.....

.....
PIECZĘĆ I PODPIS OPIEKUNA PRAKTYKI

KARTA TYGODNIOWA

Tydzień od.....do.....20.....r.

Dzień	Godziny pracy od - do	Liczba godzin pracy	Wyszczególnienie tematyki zajęć

.....
PIECZĘĆ I PODPIS OPIEKUNA PRAKTYKI

KARTA TYGODNIOWA

Tydzień od.....do.....20.....r.

Dzień	Godziny pracy od - do	Liczba godzin pracy	Wyszczególnienie tematyki zajęć

.....
PIECZĘĆ I PODPIS OPIEKUNA PRAKTYKI

KARTA TYGODNIOWA

Tydzień od.....do.....20.....r.

Dzień	Godziny pracy od – do	Liczba godzin pracy	Wyszczególnienie tematyki zajęć

.....
PIECZĘĆ I PODPIS OPIEKUNA PRAKTYKI

KARTA TYGODNIOWA

Tydzień od.....do.....20.....r.

Dzień	Godziny pracy od – do	Liczba godzin pracy	Wyszczególnienie tematyki zajęć

.....
PIECZĘĆ I PODPIS OPIEKUNA PRAKTYKI

Przebieg praktyki po III roku

1. Ilość przepracowanych dni z uwzględnieniem 8-godzinnego dnia pracy.....
2. Ilość dni opuszczonych.....
Daty odpracowanych dni opuszczonych.....
.....
3. Ilość wykonanych leków recepturowych.....
w tym leków jałowych.....

Opinia opiekuna praktyki o pracy studenta

.....

DATA, PIECZĘĆ I PODPIS OPIEKUNA PRAKTYKI

.....

Zaliczenie praktyki (Katedra Technologii Postaci Leku).

Data i zaliczenie.....

.....

PODPIS ASYSTENTA

.....

PIECZĘĆ I PODPIS KIEROWNIKA KATEDRY

RAKTYKA W APTECE SZPITALNEJ PO IV ROKU STUDIÓW

.....
NAZWA APTEKI I PIECZĘĆ

.....
NAZWISKO I IMIĘ KIEROWNIKA APTEKI

.....
NAZWISKO I IMIĘ OPIEKUNA PRAKTYKI

.....
NR ALBUMU

Data rozpoczęcia praktyki.....

Data zakończenia praktyki.....

.....
PIECZĘĆ I PODPIS OPIEKUNA PRAKTYKI

KARTA TYGODNIOWA

Tydzień od.....do.....20.....r.

Dzień	Godziny pracy od - do	Liczba godzin pracy	Wyszczególnienie tematyki zajęć

.....
PIECZĘĆ I PODPIS OPIEKUNA PRAKTYKI

KARTA TYGODNIOWA

Tydzień od.....do.....20.....r.

Dzień	Godziny pracy od - do	Liczba godzin pracy	Wyszczególnienie tematyki zajęć

.....
PIECZĘĆ I PODPIS OPIEKUNA PRAKTYKI

KARTA TYGODNIOWA

Tydzień od.....do.....20.....r.

Dzień	Godziny pracy od - do	Liczba godzin pracy	Wyszczególnienie tematyki zajęć

.....
PIECZĘĆ I PODPIS OPIEKUNA PRAKTYKI

KARTA TYGODNIOWA

Tydzień od.....do.....20.....r.

Dzień	Godziny pracy od - do	Liczba godzin pracy	Wyszczególnienie tematyki zajęć

.....
PIECZĘĆ I PODPIS OPIEKUNA PRAKTYKI

Przebieg praktyki po IV roku

- 1 Ilość przepracowanych dni z uwzględnieniem 8-godzinnego dnia pracy.....
- 2 Ilość dni opuszczonych.....
Daty odpracowanych dni opuszczonych.....
.....
- 3 Ilość wykonanych leków recepturowych.....
w tym leków jałowych ocznych i dermatologicznych.....
4. Apteka wykonuje
 - a) leki parenteralne.....
 - b) mieszaniny do odżywiania parenteralnego.....
5. Profil leków onkologicznych.

Opinia opiekuna praktyki o pracy studenta

.....

DATA, PIECZĘĆ I PODPIS OPIEKUNA PRAKTYKI

.....

Zaliczenie praktyki (Katedra Technologii Postaci Leku).

Data i zaliczenie.....

.....

PODPIS ASYSTENTA

.....

PIECZĘĆ I PODPIS KIEROWNIKA KATEDRY