



Okręgowa  
Izba Lekarska  
w Warszawie

# ***Rozliczenie stażu poddyplomowego lekarza***

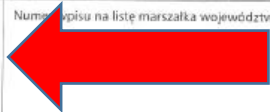
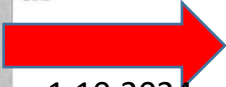
## PROGRAM STAŻU PODDYPLOMOWEGO LEKARZA

| Staż cząstkowy   | Długość trwania |
|--|-----------------|
| Choroby wewnętrzne   | 10 tygodni      |
| Kurs krwiodawstwa i krwiolecznictwa  | 1 tydzień       |
| Szkolenie w zakresie bezpieczeństwa pacjenta,<br>w tym profilaktyki zakażeń HIV,<br>diagnostyki i leczenia AIDS,<br>diagnostyki i leczenia HCV w | 5 godzin        |
| Pediatrya  | 6 tygodni       |
| Neonatologia   | 2 tygodnie      |
| Chirurgia ogólna   | 6 tygodni       |
| Chirurgia urazowa  | 2 tygodnie      |
| Intensywna terapia   | 2 tygodnie      |
| medycyna ratunkowa   | 3 tygodnie      |
| Medycyna rodzinna  | 6 tygodni       |
| Cześć personalizowana  | 10 tygodni      |
| Niezabiegowe dziedziny medycyny  |                 |
| Zabiegowe dziedziny medycyny   |                 |
| Dziedziny medycyny realizowane w ramach katedr i zakładów teoretycznych  |                 |

## PROGRAM STAŻU PODDYPLOMOWEGO LEKARZA

| Szkolenie   | Długość trwania                       |
|---|---------------------------------------|
| Szkolenie w zakresie profilaktyki onkologicznej   | 7 godzin realizowanych w ciągu 1 dnia |
| Szkolenie w zakresie leczenia bólu  | 14 godzin realizowanych w ciągu 2 dni |
| Szkolenie w zakresie orzecznictwa lekarskiego   | 20 godzin realizowanych w ciągu 3 dni |
| Szkolenie w zakresie prawa medycznego   | 28 godzin realizowanych w ciągu 4 dni |
| Szkolenie w zakresie bioetyki   | 20 godzin realizowanych w ciągu 3 dni |
| Szkolenie w zakresie zdrowia publicznego  | 20 godzin realizowanych w ciągu 3 dni |
| Szkolenie w zakresie profilaktyki dotyczącej<br>szczepień ochronnych  | 7 godzin realizowanych w ciągu 1 dnia |
| Szkolenie w zakresie komunikacji z pacjentem<br>i zespołem terapeutycznym oraz<br>przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu | 20 godzin realizowanych w ciągu 3 dni |

## KARTA STAŻU PODYPLOMOWEGO LEKARZA

|   |   |
|---|---|
| Nr  |   |
| IMIĘ I NAZWISKO LEKARZA STAŻYSTY  |   |
| Data urodzenia<br>□□-□□-□□□□  | Numer prawa wykonywania zawodu<br>w celu odbycia stażu podyplomowego<br>□□□□□□□□  |
| Członek Okręgowej Izby Lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej   |   |
| w .....<br>Numer rejestru<br>□□-□□-□□□□□□   |   |
| Data  | Podpis i pieczęć prezesa<br>Okręgowej Rady Lekarskiej/Wojskowej Rady Lekarskiej   |
| o<br><b>pieczęć Szpitala</b>  | o Numer wpisu na liście marszałka województwa<br> |
| Nazwa podmiotu uprawnionego   |   |
| Adres   |   |
| Okres zatrudnienia od <b>01-10-2024</b> do <b>31-10-2025</b>  |   |
| Data<br><b>1.10.2024</b><br> | Podpis i pieczęć kierownika podmiotu<br><b>Pieczęć i podpis<br/>Dyrektora Szpitala</b>  |

## PRZEDŁUŻENIE STAŻU PODYPLOMOWEGO

|   |   |
|---|---|
| Staż został przedłużony   | od <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> do <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| z powodu<br><b>Zwolnienie lekarskie w dniach:</b>   |   |
| Staż został przedłużony   | od <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> do <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| z powodu  |   |
| Staż został przedłużony   | od <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> do <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> do <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |   |
| Data  | Podpis i pieczętka kierownika podmiotu uprawnionego do zatrudnienia lekarza   |

2

## KOORDYNATOR STAŻU PODYPLOMOWEGO

|  |   |
|--|---|
| Imię i nazwisko koordynatora   |   |
| Data   | Podpis i pieczętka kierownika podmiotu uprawnionego |
| 1.10.2024  | <b>Pieczętka i podpis<br/>Dyrektora Szpitala</b>    |
| Uwagi:   |   |
| <b>Koordinator stażu nie może być jednocześnie opiekunem stażu częstkowego</b> |   |

3



## STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH

|  |   |
|--|---|
| Termin stażu cząstkowego w dziedzinie chorób wewnętrznych od <input type="text"/> do <input type="text"/>  |   |
| Imię i nazwisko opiekuna   |   |
| Odbił szkolenie z transfuzjologii klinicznej w terminie:<br>od <input type="text"/> do <input type="text"/>  | Pieczęćka regionalnego centrum krwiodawstwa i krwiolecnictwa<br><br>Pieczęćka i podpis prowadzącego szkolenie   |
| Złożył sprawdzian z transfuzjologii klinicznej   | Pieczęćka 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:<br>od <input type="text"/> do <input type="text"/> | Pieczęćka i podpis prowadzącego szkolenie<br><br><b>Staż z chorób wewnętrznych trwa 49 dni roboczych + 1 dzień szkolenia z HIV co łącznie daje 50 dni roboczych</b> |
| Złożył sprawdzian z bezpieczeństwa pacjenta, w tym profilaktyki zakażeń, w szczególności HIV, diagnostyki i leczenia AIDS, diagnostyki i leczenia HCV  | Pieczęćka i podpis lekarza przeprowadzającego sprawdzian  |
| Odbił wymaganą w programie liczbę dyżurów  | Pieczęćka i podpis opiekuna   |
| Odbił staż cząstkowy zgodnie z programem   | Pieczęćka i podpis opiekuna   |
| Złożył kolokwium końcowe   |   |
| Data <input type="text"/>  |   |
| Pieczęćka oddziału   | Pieczęćka i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)   |

4

## STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH

| UMIĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ<br>W STOPNIU UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE |                             |
|---|-----------------------------|
| Wkucie dożylnie i dotętnicze w celu podania leku lub pobrania krwi do badań, kaniulacji żył             |                             |
| Dożylnie przetaczanie krwi i innych płynów  |                             |
| Badanie EKG   |                             |
| Naktucie 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  | Pieczęćka i podpis opiekuna |
| Uwagi:  |                             |

5

## STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE PEDIATRII

|   |  |
|---|--|
| Termin stażu cząstkowego z zakresu pediatrii od <input type="text"/> do <input type="text"/>              |  |
| Imię i nazwisko opiekuna  |  |
| Odbył wymaganą w programie liczbę dyżurów   | Pieczętka i podpis opiekuna<br><b>W trakcie odbywania stażu cząstkowego z zakresu pediatrii lekarz stażysta odbywa dyżury medyczne w łącznym wymiarze 40 godzin i 20 minut miesięcznie</b> |
| Odbył staż cząstkowy zgodnie z programem  | Pieczętka i podpis opiekuna  |
| Termin stażu cząstkowego z zakresu neonatologii od <input type="text"/> do <input type="text"/>           |  |
| 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 <input type="text"/> Data kolokwium z pediatrii i data kolokwium z neonatologii <input type="text"/> |  |
| Pieczętka oddziału  | Pieczętka i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)  |
| Pieczętka oddziału z pediatrii  | Pieczętka i podpis ordynatora pediatrii  |
| Pieczętka oddziału z neonatologii   | Pieczętka i podpis ordynatora neonatologii   |

6

## STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE PEDIATRII

| UMIĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ<br>W STOPNIU UMOŻLIWIĄJĄCYM 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 zglębniaka do żołądka lub odbytnicy i cewnika do pęcherza moczowego  |                             |
| Data   | Pieczętka i podpis opiekuna |
| Pieczętka i podpis opiekuna z pediatrii  |                             |
| Postępowanie z noworodkiem bezpośrednio po porodzie:<br>1) ocena noworodka na podstawie skali wg Apgar;<br>2) ocena dojrzałości noworodka;<br>3) resuscytacja noworodka. |                             |
| Wykonanie testów przesiewowych u noworodka   |                             |
| Rozpoznawanie wad wrodzonych u noworodka i postępowanie w przypadku ich stwierdzenia   |                             |
| Pielęgnacja i karmienie noworodka  |                             |
| Data   | Pieczętka i podpis opiekuna |
| Pieczętka i podpis opiekuna z neonatologii   |                             |
| Uwagi:   |                             |

7

## STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE CHIRURGII OGÓLNEJ

|   |  |
|---|--|
| Termin stażu cząstkowego z zakresu chirurgii ogólnej od <input type="text"/> do <input type="text"/>  |  |
| Imię i nazwisko opiekuna  |  |
| Odbył wymaganą w programie liczbę dyżurów   | Pieczętka i podpis opiekuna<br><b>W trakcie odbywania stażu cząstkowego z zakresu chirurgii ogólnej lekarz stażysta odbywa dyżury medyczne w łącznym wymiarze 40 godzin i 20 minut miesięcznie</b> |
| Odbył staż cząstkowy zgodnie z programem  | Pieczętka i podpis opiekuna  |
| Termin stażu cząstkowego z zakresu chirurgii urazowej od <input type="text"/> do <input type="text"/> |  |
| 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 <b>Data kolokwium z chirurgii ogólnej i data kolokwium z ortopedii</b>                           |  |
| Pieczętka oddziału  | Pieczętka i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)  |
| <b>Pieczętka oddziału z chirurgii ogólnej</b>   | <b>Pieczętka i podpis ordynatora chirurgii ogólnej</b>   |
| <b>Pieczętka oddziału z chirurgii urazowej</b>  | <b>Pieczętka i podpis ordynatora chirurgii urazowej</b>  |

8

## STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE CHIRURGII OGÓLNEJ

|   |                             |
|---|-----------------------------|
| UMIĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ<br>W STOPNIU UMOŻLIWIĄJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE |                             |
| Mycie chirurgiczne rąk i pola operacyjnego  |                             |
| Chirurgiczne opracowanie i zeszyście niewielkich ran  |                             |
| Znieczulenie miejscowe  |                             |
| Postępowanie w krwotoku zewnętrznym   |                             |
| Założenie zgłębnika nosowo-żołądkowego  |                             |
| Dożylnie przetaczanie krwi i płynów infuzyjnych   |                             |
| Postępowanie przy oparzeniach   |                             |
| Badanie per rectum i ocena gruczołu krokowego   |                             |
| Data  | Pieczętka i podpis opiekuna |
| <b>Pieczętka i podpis opiekuna z chirurgii ogólnej</b>  |                             |
| Założenie podstawowych opatrunków gipsowych i unieruchamiających  |                             |
| Data  | Pieczętka i podpis opiekuna |
| <b>Pieczętka i podpis opiekuna z chirurgii urazowej</b>   |                             |
| Uwagi:  |                             |

9



## STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE INTENSYWNEJ TERAPII ORAZ W DZIEDZINIE MEDYCyny RATUNKOWEJ

|  |   |
|--|---|
| Termin stażu cząstkowego z zakresu intensywnej terapii od <input type="text"/> do <input type="text"/>   |   |
| Imię i nazwisko opiekuna   |   |
| Odbył wymaganą w programie liczbę dyżurów  | Pieczętka i podpis opiekuna<br><b>W trakcie odbywania stażu cząstkowego z zakresu intensywnej terapii lekarz stażysta odbywa dyżury medyczne w łącznym wymiarze 40 godzin i 20 minut miesięcznie.</b> |
| Odbył staż cząstkowy zgodnie z programem   | Pieczętka i podpis opiekuna   |
| Termin stażu cząstkowego z zakresu medycyny ratunkowej od <input type="text"/> do <input type="text"/>   |   |
| Imię i nazwisko opiekuna   |   |
| Odbył wymaganą w programie liczbę dyżurów  | Pieczętka i podpis opiekuna<br><b>W trakcie odbywania stażu cząstkowego z zakresu medycyny ratunkowej lekarz stażysta odbywa dyżury medyczne w łącznym wymiarze 40 godzin i 20 minut miesięcznie.</b> |
| Odbył staż cząstkowy zgodnie z programem   | Pieczętka i podpis opiekuna   |
| Złożył kolokwium końcowe   |   |
| Data <input type="text"/> Data kolokwium intensywnej terapii i data kolokwium z SOR <input type="text"/> |   |
| Pieczętka oddziału   | Pieczętka i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)   |
| Pieczętka oddziału SOR   | Pieczętka i podpis ordynatora SOR   |
| Pieczętka oddziału IT  | Pieczętka i podpis ordynatora IT  |

10

## STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE INTENSYWNEJ TERAPII ORAZ W DZIEDZINIE MEDYCyny RATUNKOWEJ

|   |  |
|---|--|
| <b>UMIĘJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ<br/>W STOPNIU UMOŻLIWIĄJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE</b>   |  |
| Z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej:<br>1) udrożnienie dróg oddechowych metodami bezprzryzdowymi;<br>2) intubacja dotchawicza;<br>3) udrożnienie dróg oddechowych technikami alternatywnymi (np. maski krtańniowe, maski żelowe, rurki krtańniowe itp.);<br>4) udrożnienie dróg oddechowych technikami chirurgicznymi, w tym konikotomii i tracheotomii;<br>5) wspomaganie oddechu i sztucznej wentylacji zastępczej;<br>6) defibrylacja elektryczna i kardiowersja;<br>7) pośredni masaż serca;<br>8) wykonanie centralnego dostępu dożylnego;<br>9) resuscytacja płynowa;<br>10) odbarczenie odmy opłucnowej, w szczególności odmy przeżnej. |  |
| Z zakresu czynności ratunkowych w warunkach przedszpitalnych:<br>1) zabezpieczenie ranego pacjenta w czasie wyjmowania z uszkodzonego pojazdu;<br>2) podtrzymywanie funkcji życiowych na miejscu zdarzenia lub wypadku i w czasie transportu;<br>3) unieruchamianie kręgosłupa szyjnego i piersiowo-lędźwiowego;<br>4) unieruchamianie złamań na miejscu zdarzenia lub wypadku;<br>5) tamowanie krwotoków.  |  |
| Monitorowanie podstawowych funkcji życiowych w czasie transportu oraz w szpitalnym oddziale ratunkowym  |  |
| Zaopatrywanie ran powierzchniowych  |  |
| Zasady znieczuleń przewodowych i analgesodacji w szpitalnych procedurach ratunkowych  |  |
| Zasady postępowania w porodzie nagłym   |  |
| Data  | Pieczętka i podpis opiekuna            |
|   | <b>Pieczętka i podpis opiekuna SOR</b> |
|   | <b>Pieczętka i podpis opiekuna IT</b>  |
| Uwagi:  |  |

11

Przejdź

## STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE INTENSYWNEJ TERAPII ORAZ W DZIEDZINIE MEDYCYNY RATUNKOWEJ

|   |                          |
|---|--------------------------|
| <p>KURS<br/>         PODSTAWOWE I ZAAWANSOWANE CZYNNOŚCI RATUNKOWE<br/>         ALS/BLS</p>                           |                          |
| 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 ..... |
| <b>Pieczętka i podpis opiekuna SOR</b>  |                          |
| Uwagi:  |                          |

12

## STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE MEDYCYNY RODZINNEJ

|  |   |
|--|---|
| Termin stażu cząstkowego w dziedzinie medycyny rodzinnej od <input type="text"/> do <input type="text"/> |   |
| 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 <input type="text"/>  |   |
| Pieczętka poradni/zakładu leczniczego  | Pieczętka i podpis kierownika poradni/zakładu leczniczego |

**BRAK DYŻUTÓW  
W MEDYCYNIE RODZINNEJ**

13

## STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE MEDYCyny RODZINNEJ

| UMIĘTNOŚCI I CZYNNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ<br>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:   |                             |

14

## STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE (1)

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

|   |  |      |   |    |                      |
|---|--|------|---|----|----------------------|
| Termin stażu cząstkowego w dziedzinie     |  | od   | <input type="text"/>  | do | <input type="text"/> |
| 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 | <input type="text"/>  |    |                      |
| Pieczętka oddziału                        |  |      | Pieczętka i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) |    |                      |

15

**CZĘŚĆ PERSONALIZOWANA –  
należy wypełnić osobno dla  
każdej dziedziny medycyny  
łącznie z procedurami**





## STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE (2)

| UMIĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ<br>W STOPNIU UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE           |                             |
|---|-----------------------------|
| (Część personalizowana stażu podyplomowego<br>– należy wypełnić osobno dla każdej wybranej dziedziny medycyny)    |                             |
| (Wpisać umiejętności lub czynności, które stażysta opanował w stopniu umożliwiającym ich samodzielne wykonywanie) |                             |
|   |                             |
|   |                             |
|   |                             |
|   |                             |
|   |                             |
|   |                             |
|   |                             |
|   |                             |
|   |                             |
|   |                             |
|   |                             |
|   |                             |
| Data  | Pieczętka i podpis opiekuna |
| Uwagi:  |                             |

18

## STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE (3)

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

|   |   |
|---|---|
| Termin stażu cząstkowego w dziedzinie od <input type="text"/> do <input type="text"/> |   |
| 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  | <input type="text"/>  |
| Pieczętka oddziału  | Pieczętka i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) |

19

staż personalizowany- **nie więcej niż trzech** innych (**niż staż główny**) wybranych przez lekarza dziedzin medycyny, **w nie więcej niż trzech podmiotach** uprawnionych do prowadzenia stażu albo do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w danej dziedzinie medycyny, stanowiących część personalizowaną stażu





## OPINIA ZAWODOWA DOTYCZĄCA LEKARZA

|  |  |
|--|--|
| Imię i nazwisko lekarza stażysty                               |  |
| <b>Opinia zawodowa wystawiona<br/>przez koordynatora stażu</b> |  |
| <b>ZALICZENIE STAŻU PODYPLOMOWEGO</b>                          |  |
| Imię i nazwisko lekarza stażysty                               |  |
| Odbił przewidziany programem staż podyplomowy lekarza          |  |
| w okresie od <b>1.10.2024</b> do <b>31.10.2025</b>             |  |
| oraz złożył wymagane kolokwia i sprawdziany                    |  |
| Data   | Podpis i pieczętka koordynatora stażu  |
| <b>Data ostatniego<br/>dnia w pracy<br/>lekarza stażysty</b>   | <b>Pieczętka i podpis koordynatora</b> |

## STAŻ PERSONALIZOWANY

### Cześć personalizowana - 10 tygodni

- niezabiegowe dziedziny medycyny
- zabiegowe dziedziny medycyny
- dziedziny medycyny realizowane w ramach katedr i zakładów teoretycznych
- **staż personalizowany- stażysta nie może wybrać ponownie dziedzin realizowanych w ramach części stałej stażu podyplomowego**
- realizowany w **nie więcej niż trzech** innych wybranych przez lekarza dziedzin medycyny, **w nie więcej niż trzech podmiotach** uprawnionych do prowadzenia stażu albo do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w danej dziedzinie medycyny, stanowiących część personalizowaną stażu
- **w karcie stażu część personalizowaną – należy wypełnić osobno dla każdej dziedziny medycyny**
- Koordinator stażu ustala indywidualny harmonogram realizacji części personalizowanej stażu cząstkowego, w szczególności ustala dziedziny medycyny i jednostki
- na staż personalizowany można oddelegować lekarza stażystę do podmiotu, który znajduje się na liście Marszałka Województwa Mazowieckiego **w dziale IV Podmioty uprawnione do prowadzenia staży personalizowanych lekarzy**

# STAŻ PERSONALIZOWANY

- **Dyżury medyczne** w trakcie realizacji programu stażu podyplomowego części personalizowanej powinny być pełnione w jednostkach i na oddziałach, w których dyżury medyczne pełni się w ramach pracy oddziału tj. dana jednostka organizacyjna podmiotu leczniczego pełni całodobową opiekę nad pacjentem.
- brak zapisu o pełnieniu dyżurów medycznych w programie stażu podyplomowego w części personalizowanej (10 tygodni) spowodowany jest tym, że nie w każdej dziedzinie medycyny, która może być wybrana przez lekarza w części personalizowanej są realizowane dyżury medyczne.
- przykładowo takimi dziedzinami są:
  - epidemiologia
  - zdrowie publiczne
  - farmakologia kliniczna
  - medycyna sportowa
  - medycyna sądowa i inne

Lekarze realizujący staż podyplomowy w części personalizowanej w wymienionych powyżej przykładowych dziedzinach medycyny nie są zobowiązani do pełnienia dyżurów medycznych.

- **W pozostałych dziedzinach medycyny, w których są pełnione dyżury medyczne lekarze stażyści realizujący część personalizowaną stażu podyplomowego są zobowiązani do ich pełnienia w wymiarze 40 godzin, 20 minut miesięcznie.**

## STAŻ PERSONALIZOWANY

- W opinii Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych lekarz stażysta odbywający staż personalizowany może odbywać go w całości (10 tyg) w jednej dziedzinie medycyny i może realizować go w dwóch różnych podmiotach medycznych pod warunkiem, że jednostka do której lekarz został skierowany nie posiada u siebie oddziału do realizacji tego stażu i ma podpisane porozumienie z innymi jednostkami na kierowanie lekarzy na staż cząstkowy, które posiadają akredytację do prowadzenia danego stażu personalizowanego.



## UDZIAŁ W KONFERENCJACH NA STAŻU

- W trakcie odbywania części stałej albo części personalizowanej stażu lekarz, po uzyskaniu akceptacji koordynatora, może przeznaczyć **nie więcej niż łącznie 6 dni na udział w konferencjach, kursach lub szkoleniach** innych niż
  - szkolenie z profilaktyki onkologicznej,
  - szkolenie z leczenia bólu,
  - kurs z medycyny ratunkowej

## Staż cząstkowy z medycyny ratunkowej

- **Program stażu cząstkowego w zakresie medycyny ratunkowej**
- Czas trwania stażu: 3 tygodnie (15 dni). W trakcie odbywania stażu cząstkowego z zakresu medycyny ratunkowej lekarz stażysta odbywa dyżury medyczne w łącznym wymiarze 40 godzin i 20 minut miesięcznie.
- Staż uzupełniony kursem podstawowych i zaawansowanych czynności ratunkowych
- (ALS/BLS).
- kurs medycyny ratunkowej kończy się złożeniem sprawdzianu w terminie określonym w indywidualnym harmonogramie realizacji stażu podyplomowego
- **Sprawdzian przeprowadza osoba wyznaczona przez ordynatora** lub innego lekarza kierującego szpitalnym oddziałem ratunkowym – z zakresu medycyny ratunkowej;



staż cząstkowy w zakresie

staż cząstkowy poza podmiotem w zakresie

choroby wewnętrzne  
chirurgia ogólna (chirurgia urazowa)  
pediatria (neonatologia)  
położnictwo i ginekologia dot. lekarzy stażystów skierowanych przed 01.03.2023  
psychiatria dot. lekarzy stażystów skierowanych przed 01.03.2023  
medycyna rodzinna  
anestezjologia dot. lekarzy stażystów skierowanych przed 01.03.2023  
intensywna terapia  
medycyna ratunkowa -SOR (w tym kurs z ratownictwa medycznego- 2 dni poza podmiotem) dot. lekarzy stażystów skierowanych przed 01.03.2023  
medycyna ratunkowa -SOR - staż uzupełniony kursem podstawowych i zaawansowanych czynności ratunkowych (ALS/BLS) -dot. lekarzy stażystów skierowanych od 01.03.2023

**Brak możliwości przeniesienia stażu głównego zapewnionego w podmiocie.**

**Staże cząstkowe, których nie zapewnia szpital macierzysty mogą być realizowane jedynie w podmiotach przypisanych do tego szpitala zgodnie z zarządzeniem UM**

- 1) medycyna ratunkowa – kurs z ratownictwa medycznego dot. lekarzy stażystów skierowanych przed 01.03.2023 – Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego ul. Marymoncka 99/103, Warszawa; Warszawski Uniwersytet Medyczny ul. Żwirki i Wigury 61, Warszawa - Miejsce odbywania stażu: Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus ul. Williama Heerleina Lindleya 4, Warszawa
- 2) Profilaktyka zakażeń HIV, diagnostyka i leczenie choroby AIDS – Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Warszawie ul. Saska 63/75, Warszawa miejsce odbywania stażu: Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie ul. Wolska 37, Warszawa
- 3) Transfuzjologia kliniczna – Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Warszawie ul. Saska 63/75, Warszawa
- 4) Profilaktyka onkologiczna- Lux Med Onkologia ul. Szamocka 6; 01-748 Warszawa, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej – Curie Państwowy Instytut Badawczy ul. Roentgena 5, 02-781 Warszawa dot. lekarzy stażystów skierowanych od 01.03.2023
- 5) Leczenie bólu- Lux Med Onkologia ul. Szamocka 6; 01-748 Warszawa, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej – Curie Państwowy Instytut Badawczy ul. Roentgena 5, 02-781 Warszawa dot. lekarzy stażystów skierowanych od 01.03.2023
- 6) Orzecznictwo lekarskie – Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza ul. Puławska 18, Warszawa
- 7) Bioetyka i prawo medyczne – Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza ul. Puławska 18, Warszawa
- 8) Zdrowie publiczne dot. lekarzy stażystów skierowanych od 01.03.2023– Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza ul. Puławska 18, Warszawa
- 9) Profilaktyka dotycząca szczepień ochronnych dot. lekarzy stażystów skierowanych od 01.03.2023– Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza ul. Puławska 18, Warszawa

- 10) Komunikacja z pacjentem i zespołem terapeutycznym oraz przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu dot. lekarzy stażystów skierowanych od 01.03.2023– Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza ul. Puławska 18, Warszawa
- 11) Staż personalizowany dot. lekarzy stażystów skierowanych od 01.03.2023- dział IV załącznik do zarządzenia Marszałka Województwa Mazowieckiego

cykl szkoleniowy 2023/2024  
liczba koordynatorów 2

17 cykl szkoleniowy 2024/2025  
liczba koordynatorów 2

17

Maksymalna liczba stażystów mogących jednocześnie odbywać staż 41 z zastrzeżeniem, że w danym cyklu 17



Okręgowa  
Izba Lekarska  
w Warszawie

## ***Rozliczenie stażu poddyplomowego lekarza dentysty***

## KARTA STAŻU PODYPLOMOWEGO LEKARZA DENTYSTY

|  |   |
|--|---|
| Nr   |   |
| IMIĘ I NAZWISKO LEKARZA DENTYSTY STAŻYSTY                              |   |
| Data urodzenia<br>□□ - □□ - □□□□                                       | Numer prawa wykonywania zawodu<br>w celu odbycia stażu podyplomowego<br>□□□□□□□□                        |
| Członek Okręgowej Izby Lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej<br>w ..... |   |
| Numer rejestru<br>□□ - □□ - □□□□□□                                     |   |
| Data   | Podpis i pieczęć prezesa<br>Okręgowej Rady Lekarskiej/Wojskowej Rady Lekarskiej                         |
| P .....  | Numer wpisu na liście marszałka województwa   |
| <b>pieczęćka placówki</b> ←  |   |
| Adres  |   |
| Okres zatrudnienia od <b>01-10-2024</b> do <b>30-09-2025</b>           |   |
| Data<br><b>1.10.2024</b>   | Podpis i pieczęćka kierownika podmiotu uprawnionego<br><b>Pieczęćka i podpis<br/>Dyrektora placówki</b> |



## PRZEDŁUŻENIE STAŻU PODYPLOMOWEGO

01-10-2025

|   |   |   |
|---|---|---|
| Staż został przedłużony   | od <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>       | do <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> |
| z powodu  |   |   |
| Staż został przedłużony   | od <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>       | do <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> |
| z powodu  |   |   |
| Staż został przedłużony   | od <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>       | do <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> |
| 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 <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> |   |   |
| Data  | Podpis i pieczętka kierownika podmiotu uprawnionego do zatrudnienia lekarza |   |

Zwolnienie lekarskie w dniach:

Wypełnić w razie przeniesienia

2

## KOORDYNATOR STAŻU PODYPLOMOWEGO

|                              |   |
|------------------------------|---|
| Imię i nazwisko koordynatora |   |
| Data                         | Podpis i pieczętka kierownika podmiotu uprawnionego |
| 1.10.2024                    |   |
| Uwagi:                       |   |

Pieczętka i podpis  
Dyrektora/Kierownika  
placówki

Koordinator stażu nie może być  
jednocześnie opiekunem stażu  
częstkowego

3

## STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE PERIODONTOLOGII I CHORÓB BŁONY ŚLUZOWEJ

|   |  |   |                         |
|---|--|---|-------------------------|
| Termin stażu cząstkowego z zakresu periodontologii i chorób błony śluzowej  |  | od <input type="text"/>   | do <input type="text"/> |
| Imię i nazwisko opiekuna  |  |   |                         |
| Odbił szkolenie z zakresu bezpieczeństwa pacjenta, w tym profilaktyki zakażeń, w szczególności HIV, diagnostyki i leczenia AIDS, diagnostyki i leczenia HCV w terminie: |  | Pieczątką i podpis prowadzącego szkolenie<br><b>Staż z periodontologii i chorób błon śluzowych trwa 19 dni roboczych + 1 dzień szkolenia z HIV co łącznie daje 20 dni roboczych</b> |                         |
| od <input type="text"/>   |  | do <input type="text"/>   |                         |
| Złożył sprawdzian z zakresu bezpieczeństwa pacjenta, w tym profilaktyki zakażeń, w szczególności HIV, diagnostyki i leczenia AIDS, diagnostyki i leczenia HCV           |  | Pieczątką i podpis lekarza przeprowadzającego sprawdzian  |                         |
| Odbił staż cząstkowy zgodnie z programem  |  | Pieczątką i podpis opiekuna   |                         |
| Złożył kolokwium końcowe  |  |   |                         |
| Data  |  | <input type="text"/>  |                         |
| Pieczątką oddziału  |  | Pieczątką i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)   |                         |
| Uwagi:  |  |   |                         |

12

## STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE PERIODONTOLOGII I CHORÓB BŁONY ŚLUZOWEJ

|  |                             |
|--|-----------------------------|
| <b>UMIĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ<br/>W STOPNIU UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE</b>  |                             |
| 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 zapalenń dziąseł i przyzębia   |                             |
| Interpretacja wyników badań laboratoryjnych  |                             |
| Data   | Pieczątką i podpis opiekuna |
| Uwagi:   |                             |

13

## OPINIA ZAWODOWA DOTYCZĄCA LEKARZA

Imię i nazwisko lekarza stażysty

**Opinia zawodowa wystawiona  
przez koordynatora stażu**

### ZALICZENIE STAŻU PODYPLOMOWEGO

Imię i nazwisko lekarza stażysty

Odbył przewidziany programem staż podyplomowy lekarza

w okresie od **1.10.2024** do **30.09.2025**

oraz złożył wymagane kolokwia i sprawdziany

Data

**Data ostatniego  
dnia w pracy  
lekarza dentystry  
stażysty**

Podpis i pieczętka  
koordynatora stażu

**Pieczętka i podpis koordynatora**

## Rozliczenie stażu podyplomowego lekarza/lekarza dentysty

**Przed zgłoszeniem się do Komisji ds. stażu podyplomowego celem rozliczenia karty stażu podyplomowego 2024/2025, należy:**

- zweryfikować wpisy wszystkich staży cząstkowych, niezbędnych szkoleń, zaliczeń (pieczętka, podpis), a także zweryfikować poprawność wpisanych dat

**(UWAGA! w przypadku wątpliwości co do poprawności wpisów w pierwszej kolejności proszę zwracać się z tym problemem do koordynatora lub opiekuna stażu),**

- w przypadku przedłużenia stażu z różnych przyczyn – uzyskać odpowiedni wpis w karcie stażu (strona 2), a także uzyskać dodatkowe zaświadczenie z kadr jednostki, w treści którego wyszczególnia się okresy przedłużeń oraz wskazuje datę rozwiązania umowy,
- wypełnić ankietę oceniającą staż podyplomowy w wersji elektronicznej, którą po wypełnieniu proszę wydrukować i zwrócić pracownikowi Komisji stażu podyplomowego podczas rozliczania karty stażu. Ankietę proszę wypełnić przed zgłoszeniem się do OIL w Warszawie.



## Rozliczenie stażu podyplomowego lekarza/lekarza dentysty

- W celu wypełnienia ankiety oceniającej staż podyplomowy 2024/2025 w wersji elektronicznej podaję link [https://izba-lekarska.pl/ocena\\_st\\_2024](https://izba-lekarska.pl/ocena_st_2024) , który należy skopiować do wyszukiwarki. Wypełnienie ankiety rozpoczynacie Państwo od wprowadzenia numeru prawa wykonywania zawodu.
- Jeśli podczas wypełniania ankiety nie znajdziecie Państwo nazwiska swojego koordynatora, opiekuna, czy innego wpisu uniemożliwiającego wypełnienie ankiety, proszę o kontakt telefoniczny z Zespołem ds. stażu podyplomowego pod nr tel. **22 54 28 332**, bądź proszę przesać informację (wskazując brakujące wpisy) na adres mailowy: [staz@oilwaw.org.pl](mailto:staz@oilwaw.org.pl)
- **UWAGA.** W Biurze Obsługi Lekarza OIL w Warszawie (parter) zostało udostępnione stanowisko komputerowe, przy którym możecie Państwo również wypełnić ankietę w wersji elektronicznej, jednak w przypadku jednoczesnej dużej liczby stażystów należy wziąć pod uwagę dłuższy czas oczekiwania.



## Rozliczenie stażu podyplomowego lekarza/lekarza dentysty

- **Został do Państwa przesłany program Excel do rozliczenia karty stażu w celu weryfikacji dat w książeczce stażowej.**
- W arkuszu nr 3, zaznaczamy dany staż cząstkowy kolorem i używamy narzędzia programu MS Excel - malarz formatów.
- Usprawni to pracę z rozliczeniem stażu.
- **W pierwszej kolejności proszę zaznaczyć urlop. Daty wypełniamy bez sobót i niedziel.**
- **Przed przyjściem do Komisji ds. stażu podyplomowego, w celu rozliczenia stażu, proszę o przesłanie wypełnionego arkusza Excel**  
[staz@oilwaw.org.pl](mailto:staz@oilwaw.org.pl)



Okręgowa  
Izba Lekarska  
w Warszawie

*Sekretariat*

*Komisji ds. stażu podyplomowego*

*mieści się w Biurze Obsługi Lekarza*

*stanowisko nr 1 i nr 2*

*godziny rozliczenia karty stażu 10.00-15.00*

*po uprzednim zarezerwowaniu wizyty pod linkiem:*

<https://oilwaw.org.pl/izba/komisje/komisje-stale/komisja-ds-stazu-podyplomowego>



## *Komisja ds. Rejestracji i Prawa Wykonywania Zawodu*

*mieści się w Biurze Obsługi Lekarza*

*stanowisko nr 3*

*godziny złożenia dokumentów do prawa wykonywania zawodu*

*10.00-15.00*

*po uprzednim zarezerwowaniu wizyty pod linkiem:*

<https://oilwaw.org.pl/izba/komisje/komisje-stale/komisja-ds-rejestracji-i-pwz>

Druk wniosku oraz wykaz dokumentów dostępny jest na stronie:

<https://oilwaw.org.pl/izba/komisje/komisje-stale/komisja-ds-stazu-podyplomowego/sciezka-stazysty>