



**Okręgowa
Izba Lekarska
w Warszawie**

**Rozliczenie stażu poddyplomowego
lekarza**



Okręgowa
Izba Lekarska
w Warszawie

PROGRAM STAŻU PODDYPLOMOWEGO LEKARZA

Staż cząstkowy	Długość trwania
Choroby wewnętrzne	10 tygodni
Kurs krwiodawstwa i krwiolecznictwa	1 tydzień
Szkolenie w zakresie bezpieczeństwa pacjenta, w tym profilaktyki zakażeń HIV, diagnostyki i leczenia AIDS, diagnostyki i leczenia HCV w	5 godzin
Pediatrica	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	



Okręgowa
Izba Lekarska
w Warszawie

PROGRAM STAŻU PODYPLOMOWEGO 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 szczepień ochronnych 7 godzin realizowanych w ciągu 1 dnia
- Szkolenie w zakresie komunikacji z pacjentem i zespołem terapeutycznym oraz przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu 20 godzin realizowanych w ciągu 3 dni



Okręgowa
Izba Lekarska
w Warszawie

KARTA STAŻU PODYPLOMOWEGO LEKARZA

		Nr
IMIĘ I NAZWISKO LEKARZA STAŻYSTY		
Data urodzenia □□-□□-□□□□	Numer prawa wykonywania zawodu w celu odbycia stażu podyplomowego □□□□□□□□□□	
Członek Okręgowej Izby Lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej w		
Numer rejestru □□-□□-□□□□□□		
Data	Podpis i pieczęć prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej/Wojskowej Rady Lekarskiej	
Pieczętka podmiotu uprawnionego pieczętka Szpitala	Numer wpisu na listę marszałka województwa 	
Nazwa podmiotu uprawnionego		
Adres		
Okres zatrudnienia od 01-10-2025 do 31-10-2026		
Data 1.10.2025	Podpis i pieczętka kierownika podmiotu uprawnionego do zatrudnienia lekarza pieczętka i podpis Dyrektora Szpitala 	



PRZEDŁUŻENIE STAŻU PODYPLOMOWEGO

Staż został przedłużony	od 01-11-2026 do <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
z powodu: Zwolnienie lekarskie w dniach:	
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 liście marszałka województwa
Nazwa podmiotu uprawnionego: Wypełnić w razie przeniesienia	
Został ponownie zatrudniony w celu odbycia stażu podyplomowego	
w okresie	od <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> do <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
Data	Podpis i pieczętka kierownika podmiotu uprawnionego do zatrudnienia lekarza

KOORDYNATOR STAŻU PODYPLOMOWEGO

Imię i nazwisko koordynatora	
Data	Podpis i pieczętka kierownika podmiotu uprawnionego
1.10.2025	Pieczętka i podpis Dyrektora Szpitala
Uwagi: Koordinator stażu, nie może być opiekunem stażysty	



**STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE
CHOROŃ WEWNĘTRZNYCH**

**Staż z chorób wewnętrznych trwa 49 dni
roboczych + 1 dzień szkolenia z HIV co łącznie
daje 50 dni roboczych**

Termin stażu cząstkowego w dziedzinie chorób wewnętrznych 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: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Pieczętka oddziału	Pieczętka i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)

W trakcie odbywania stażu cząstkowego z zakresu chorób wewnętrznych lekarz stażysta odbywa dyżury medyczne w łącznym wymiarze 40 godzin i 20 minut miesięcznie.

**STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE
CHOROŃ WEWNĘTRZNYCH**

UMIĘJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ W STOPNIU UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE	
Wklucie dozylnie i dotętnnicze w celu podania leku lub pobrania krwi do badań, kaniulacji żył	
Dozylnie przetaczanie krwi i innych płynów	
Badanie EKG	
Nakłucie opłucnej i otrzewnej	
Cewnikowanie pęcherza moczowego	
Pobranie materiału do badań mikrobiologicznych	
Plukanie 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 <input type="text"/> do <input type="text"/>	
Imię i nazwisko opiekuna	
Odbył wymaganą w programie liczbę dyżurów	Pieczętka i podpis opiekuna W trakcie odbywania stażu cząstkowego z zakresu pediatrii lekarz stażysta odbywa dyżury medyczne w łącznym wymiarze 40 godzin i 20 minut miesięcznie
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 Data kolokwium z pediatrii i data kolokwium z neonatologii	
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

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE
PEDIATRII

UMIĘTNOŚCI 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
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.	
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:	



STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE
CHIRURGII OGÓLNEJ

Termin stażu cząstkowego z zakresu chirurgii ogólnej od do

Imię i nazwisko opiekuna

Odbył wymaganą w programie liczbę dyżurów

Pieczętka i podpis opiekuna

W trakcie odbywania stażu cząstkowego z zakresu chirurgii ogólnej lekarz stażysta odbywa dyżury medyczne w łącznym wymiarze 40 godzin i 20 minut miesięcznie

Odbył staż cząstkowy zgodnie z programem

Pieczętka i podpis opiekuna

Termin stażu cząstkowego z zakresu chirurgii urazowej 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 kolokwium z chirurgii ogólnej i data kolokwium z ortopedii

Pieczętka oddziału

Pieczętka i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)

Pieczętka oddziału z chirurgii ogólnej

Pieczętka i podpis ordynatora chirurgii ogólnej

Pieczętka oddziału z chirurgii urazowej

Pieczętka i podpis ordynatora chirurgii urazowej

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE
CHIRURGII OGÓLNEJ

UMIĘTNOŚCI 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 per rectum i ocena gruczołu krokowego

Data

Pieczętka i podpis opiekuna

Pieczętka i podpis opiekuna z chirurgii ogólnej

Założenie podstawowych opatrunków gipsowych i unieruchamiających

Data

Pieczętka i podpis opiekuna

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 <input type="text"/> do <input type="text"/>	
Imię i nazwisko opiekuna	
Odbył wymaganą w programie liczbę dyżurów	Pieczętka i podpis opiekuna W trakcie odbywania stażu cząstkowego z zakresu intensywnej terapii lekarz stażysta odbywa dyżury medyczne w łącznym wymiarze 40 godzin i 20 minut miesięcznie.
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
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) Pieczętka oddziału SOR Pieczętka i podpis ordynatora SOR
Pieczętka oddziału IT	Pieczętka i podpis ordynatora IT

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE INTENSYWNEJ TERAPII
ORAZ W DZIEDZINIE MEDYCYNY RATUNKOWEJ

UMIĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ W STOPNIU UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE	
Z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej: 1) udrożnienie dróg oddechowych metodami bezprzryzłowymi; 2) intubacja dotchawicza; 3) udrożnienie dróg oddechowych technikami alternatywnymi (np. maski krztaniowe, maski żelowe, rurki krztaniowe 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 przeżnej.	
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 powierzchniowych	
Zasady znieczuleń przewodowych i analgesjacji 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
MEDYCYNY RODZINNEJ**

**UMIĘTNOŚCI 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 czaskowych, 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 <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)

**CZĘŚĆ
PERSONALIZOWANA
– należy wypełnić
osobno dla każdej
dziedziny medycyny**



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 **1.10.2025** do **31.10.2026**

oraz złożył wymagane kolokwia i sprawdziany

Data

Data ostatniego
dnia w pracy
lekarza stażysty

Podpis i pieczętka koordynatora stażu

Pieczętka i podpis koordynatora



STAŻ PERSONALIZOWANY

Część 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**, trzech podmiotach w nie więcej niż 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. Koordynator 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.**



Okęgowa
Izba Lekarska
w Warszawie

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 z:

- profilaktyki onkologicznej,
- leczenia bólu,
- medycyny ratunkowej
- bioetyki i prawa medycznego
- komunikacji i wypalenia zawodowego
- profilaktyki szczepień
- zdrowia publicznego
- orzecznictwa lekarskiego



Staż cząstkowy z 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
- Sprawdzenie przeprowadza osoba wyznaczona przez ordynatora lub innego lekarza kierującego szpitalnym oddziałem ratunkowym – z zakresu medycyny ratunkowej



MIĘDZYLESKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W WARSZAWIE ul. Bursztynowa 2 04-749 Warszawa

staż cząstkowy w zakresie

choroby wewnętrzne
chirurgia ogólna (chirurgia urazowa)
neonatologia
medycyna rodzinna
intensywna terapia
medycyna ratunkowa -SOR - staż uzupełniony kursem podstawowych i zaawansowanych czynności ratunkowych (ALS/BLS)

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

staż cząstkowy poza podmiotem w zakresie

- 1) Pediatria – Szpital Dziecięcy im. prof. Jana Bogdanowicza SPZOZ ul. Niekańska 4/24, 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
- 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
- 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 – Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza ul. Puławska 18, Warszawa
- 9) Profilaktyka dotycząca szczepień ochronnych – Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza ul. Puławska 18, Warszawa
- 10) Komunikacja z pacjentem i zespołem terapeutycznym oraz przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu – Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza ul. Puławska 18, Warszawa
- 11) Staż personalizowany – dział IV załącznik do zarządzenia Marszałka Województwa Mazowieckiego

cykl szkoleniowy 2025/2026
liczba koordynatorów 3

30 cykl szkoleniowy 2026/2027
liczba koordynatorów 4

32

Maksymalna liczba stażystów mogących jednocześnie odbywać staż 77 z zastrzeżeniem, że w danym cyklu 32



**Okręgowa
Izba Lekarska
w Warszawie**

Rozliczenie stażu poddyplomowego

lekarza dentysty



Okręgowa
Izba Lekarska
w Warszawie

PROGRAM STAŻU PODYPLOMOWEGO LEKARZA DENTYSTY

Staż cząstkowy	Długość trwania
Stomatologia zachowawcza z pedodontją	10 tygodni
Stomatologia dziecięca	10 tygodni
Chirurgia stomatologiczna	8 tygodni
Protetyka stomatologiczna	8 tygodni
Periodontologia i choroby błony śluzowej	4 tygodnie
Szkolenie w zakresie bezpieczeństwa pacjenta, w tym profilaktyki zakażeń HIV, diagnostyki i leczenia AIDS, diagnostyki i leczenia HCV w ramach stażu z periodontologii i chorób błon śluzowych	5 godzin
Ortodoncja	4 tygodnie



Okręgowa
Izba Lekarska
w Warszawie

PROGRAM STAŻU PODYPLOMOWEGO LEKARZA DENTYSTY

Szkolenie/kurs	Długość trwania
Szkolenie w zakresie profilaktyki onkologicznej	7 godzin realizowanych w ciągu 1 dnia
Szkolenie w zakresie leczenia bólu	7 godzin realizowanych w ciągu 1 dnia
Szkolenie w zakresie orzecznictwa lekarskiego	20 godzin realizowanych w ciągu 3 dni
Szkolenie w zakresie prawa medycznego	20 godzin realizowanych w ciągu 3 dni
Szkolenie w zakresie bioetyki	14 godzin realizowanych w ciągu 2 dni
Szkolenie w zakresie zdrowia publicznego	14 godzin realizowanych w ciągu 2 dni
Szkolenie w zakresie profilaktyki dotyczącej szczepień ochronnych	7 godzin – realizowanych w ciągu 1 dnia
Szkolenie w zakresie komunikacji z pacjentem i zespołem terapeutycznym oraz przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu	14 godzin realizowanych w ciągu 2 dni 35 godzin wykładów realizowanych w ciągu
Kurs w dziedzinie medycyny ratunkowej	5 dni



Okręgowa
Izba Lekarska
w Warszawie

KARTA STAŻU PODYPLOMOWEGO LEKARZA DENTYSTY

Nr	
IMIĘ I NAZWISKO LEKARZA DENTYSTY STAŻYSTY	
Data urodzenia □□-□□-□□□□	Numer prawa wykonywania zawodu w celu odbycia stażu podyplomowego □□□□□□□□
Członek Okręgowej Izby Lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej	
w	
Numer rejestru □□-□□-□□□□□□	
Data	Podpis i pieczęć prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej/Wojskowej Rady Lekarskiej
Pieczętka podmiotu uprawnionego	Numer wpisu na listę marszałka województwa
pieczętka placówki	
Nazwa podmiotu uprawnionego	
Adres	
Okres zatrudnienia od 01-10-2025 do 30-09-2026	
Data 1.10.2025	Podpis i pieczętka kierownika podmiotu uprawnionego Pieczętka i podpis Dyrektora placówki



PRZEDŁUŻENIE STAŻU PODYPLOMOWEGO

Staż został przedłużony	od	01-10-2026	do	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
z powodu							
Zwolnienie lekarskie w dniach:							
Staż został przedłużony	od	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>
do							
z powodu							
Staż został przedłużony	od	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>
do							
z powodu							
Pieczęć podmiotu uprawnionego				Numer wpisu na liście marszałka województwa			
Nazwa podmiotu uprawnionego							
Wypełnić w razie przeniesienia							
Został ponownie zatrudniony w celu odbycia stażu podyplomowego							
w okresie od <input type="text"/>							
do <input type="text"/>							
Data				Podpis i pieczęć kierownika podmiotu uprawnionego do zatrudnienia lekarza			

KOORDYNATOR STAŻU PODYPLOMOWEGO

Imię i nazwisko koordynatora	
Data	Podpis i pieczęć kierownika podmiotu uprawnionego
1.10.2025	Pieczęćka i podpis Dyrektora placówki
Uwagi:	
Koordinator stażu, nie może być opiekunem stażysty z wyjątkiem indywidualnej praktyki lekarsko-dentystycznej	



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: od <input type="text"/> do <input type="text"/>	Staż z periodontologii i chorób błon śluzowych trwa 19 dni roboczych + 1 dzień szkolenia z HIV co łącznie daje 20 dni roboczych
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 <input type="text"/> <input type="text"/>	
Pieczętka oddziału	Pieczętka i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)
Uwagi:	

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE
PERIODONTOLOGII I CHORÓB BŁONY ŚLUZOWEJ

UMIĘJĘTNOŚCI 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:	



Rozliczenie stażu poddyplomowego lekarza/lekarza dentysty

Przed zgłoszeniem się do Komisji ds. stażu poddyplomowego celem rozliczenia karty stażu poddyplomowego 2025/2026, 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 poddyplomowy w wersji elektronicznej, którą po wypełnieniu proszę wydrukować i zwrócić pracownikowi Komisji stażu poddyplomowego podczas rozliczania karty stażu. Ankietę proszę wypełnić przed zgłoszeniem się do OIL w Warszawie.



Rozliczenie stażu podyplomowego lekarza/lekarza dentysty

- jeżeli w karcie stażu będą skreślenia w datach, to opiekun z danej dziedziny lub koordynator stażu potwierdza zmianę daty pieczętą i podpisem
- certyfikat egzaminu LEK/LDEK- oryginał do wglądu
- do wglądu świadectwo pracy, jeżeli stażysta rozlicza się już po rozwiązaniu umowy o pracę
- przy osobistym rozliczeniu w Okręgowej Izbie Lekarskiej podczas trwania umowy o pracę, stażysta musi posiadać ze sobą zaświadczenie z kadr informujące o dacie zakończenia umowy, datach nieobecności w pracy



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://izba-lekarska.pl/izba/komisje/komisje-stale/komisja-ds-stazu-podyplomowego>



Okręgowa
Izba Lekarska
w Warszawie

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://izba-lekarska.pl/izba/komisje/komisje-stale/komisja-ds-rejestracji-i-pwz>

Druk wniosku oraz wykaz dokumentów dostępny jest na stronie : <https://izba-lekarska.pl/izba/komisje/komisje-stale/komisja-ds-rejestracji-i-pwz/procedury-i-formularze/uzyskanie-prawa-wykonywania-zawodu-lekarza-lekarza-dentysty-na-obszarze-rzeczypospolitej-polskiej>