



Rozliczenie stażu poddyplomowego lekarza

PROGRAM STAŻU PODDYPLOMOWEGO LEKARZA

Staż cząstkowy

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

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

- Szkolenie w zakresie profilaktyki onkologicznej
- Szkolenie w zakresie leczenia bólu
- Szkolenie w zakresie orzecznictwa lekarskiego
- Szkolenie w zakresie prawa medycznego
- Szkolenie w zakresie bioetyki
- Szkolenie w zakresie zdrowia publicznego

- Szkolenie w zakresie profilaktyki dotyczącej szczepień ochronnych

- Szkolenie w zakresie komunikacji z pacjentem i zespołem terapeutycznym oraz przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu

Długość trwania

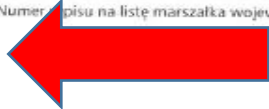

- 7 godzin realizowanych w ciągu 1 dnia
- 14 godzin realizowanych w ciągu 2 dni
- 20 godzin realizowanych w ciągu 3 dni
- 28 godzin realizowanych w ciągu 4 dni
- 20 godzin realizowanych w ciągu 3 dni

- 20 godzin realizowanych w ciągu 3 dni

- 7 godzin realizowanych w ciągu 1 dnia

- 20 godzin realizowanych w ciągu 3 dni

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	
Pi pieczęć Szpitala	Numer wpisu na liście marszałka województwa 	
Nazwa podmiotu uprawnionego		
Adres		
Okres zatrudnienia od 01-10-2023 □□ do 31-10-2024 □□		
Data  1.10.2023	Podpis i pieczęć kierownika podmiotu Pieczęć i podpis Dyrektora Szpitala	

PRZEDŁUŻENIE STAŻU PODYPLOMOWEGO

Staż został przedłużony	od <input type="text" value="01-11-2024"/> do <input type="text"/>
z powodu Zwolnienie lekarskie w dniach:	
Staż został przedłużony	od <input type="text"/> do <input type="text"/>
z powodu	
Staż został przedłużony	od <input type="text"/> do <input type="text"/>
z powodu	
Pieczętka podmiotu uprawnionego	Numer wpisu na listę 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 pieczętka kierownika podmiotu uprawnionego do zatrudnienia lekarza

2

KOORDYNATOR STAŻU PODYPLOMOWEGO

Imię i nazwisko koordynatora	
Data	Podpis i pieczętka kierownika podmiotu uprawnionego
1.10.2023	Pieczętka i podpis Dyrektora Szpitala
Uwagi:	

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	
Odbył szkolenie z transfuzjologii klinicznej w terminie: od <input type="text"/> do <input type="text"/>	Pieczętka regionalnego centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa Staż z chorób wewnętrznych trwa 49 dni roboczych + 1 dzień szkolenia z HIV co łącznie daje 50 dni roboczych Pieczętka i podpis prowadzącego szkolenie
Złożył sprawdzian z transfuzjologii klinicznej	Pieczętka i podpis lekarza przeprowadzającego sprawdzian
Odbył szkolenie z 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"/>	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
Odbył wymaganą w programie liczbę dyżurów	Pieczętka i podpis opiekuna
Odbył staż cząstkowy zgodnie z programem	W trakcie odbywania stażu cząstkowego z zakresu chorób wewnętrznych lekarz stażysta odbywa dyżury medyczne w łącznym wymiarze 40 godzin i 20 minut miesięcznie.
Złożył kolokwium końcowe Data <input type="text"/>	
Pieczętka oddziału	Pieczętka i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)

4

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH

UMIĘJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ W STOPNIU UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE	
Wklucie 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:	

5

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 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	<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 chirurgii ogólnej i data kolokwium z ortopedii			
Pieczętka oddziału	Pieczętka i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)				
	Pieczętka i podpis ordynatora chirurgii ogólnej				
	Pieczętka i podpis ordynatora chirurgii urazowej				
	Pieczętka oddziału z chirurgii urazowej				

8

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 zeszytie 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
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:	

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 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 W trakcie odbywania stażu cząstkowego z zakresu medycyny ratunkowej lekarz stażysta odbywa dyżury medyczne w łącznym wymiarze 40 godzin i 20 minut miesięcznie.
Odbył staż cząstkowy zgodnie z programem	Pieczętka i podpis opiekuna
Złożył kolokwium końcowe	
Data <input type="text"/> Data kolokwium z intensywnej terapii i medycyny ratunkowej	
Pieczętka oddziału Pieczętka oddziału SOR	Pieczętka i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) 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

UMIĘTNOŚCI I CZYNNOSCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ W STOPNIU UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE	
Z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej: 1) udrożnienie dróg oddechowych metodami bezprzryzadowymi; 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 przeżnej.	
Z zakresu czynności ratunkowych w warunkach przedszpitalnych: 1) zabezpieczanie ранego 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	
Zaopatrzywanie ran powierzchniowych	
Zasady znieczuleń przewodowych i analgesodacji 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:	

Przejdź

11

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE INTENSYWNEJ TERAPII ORAZ W DZIEDZINIE MEDYCYNY RATUNKOWEJ

KURS PODSTAWOWE I ZAAWANSOWANE CZYNNOŚCI 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 Sprawdzian przeprowadza osoba wyznaczona przez ordynatora lub innego
Uwagi: lekarza kierującego szpitalnym oddziałem ratunkowym – z zakresu medycyny ratunkowej	

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

13

**BRAK DYŻUTÓW
W MEDYCYNIE RODZINNEJ**

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 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)			

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

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 **1.10.2023** do **31.10.2024**

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

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 częstkowy w zakresie

staż częstkowy 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
 intensywne 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.
 Jeżeli staż częstkowy zostanie zrealizowany w innym podmiocie niż w wyznaczonym należy przy rozliczeniu stażu przedstawiać porozumienie zawarte między szpitalami.**

- 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



Rozliczenie stażu poddyplomowego lekarza dentysty

PROGRAM STAŻU PODYPLOMOWEGO LEKARZA DENTYSTY

Staż cząstkowy

Długość trwania

Stomatologia zachowawcza z pedodoncją	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

PROGRAM STAŻU PODYPLOMOWEGO LEKARZA DENTYSTY

Szkolenie/kurs

Szkolenie w zakresie profilaktyki onkologicznej

Szkolenie w zakresie leczenia bólu

Szkolenie w zakresie orzecznictwa lekarskiego

Szkolenie w zakresie prawa medycznego

Szkolenie w zakresie bioetyki

Szkolenie w zakresie zdrowia publicznego

Szkolenie w zakresie profilaktyki dotyczącej
szczepień ochronnych

Szkolenie w zakresie komunikacji z pacjentem

i zespołem terapeutycznym oraz przeciwdziałania
wypaleniu zawodowemu

Kurs w dziedzinie medycyny ratunkowej

Długość trwania

7 godzin realizowanych w ciągu 1 dnia

7 godzin realizowanych w ciągu 1 dnia

20 godzin realizowanych w ciągu 3 dni

20 godzin – realizowanych w ciągu 3 dni

14 godzin – realizowanych w ciągu 2 dni

14 godzin – realizowanych w ciągu 2 dni

7 godzin – realizowanych w ciągu 1 dnia

14 godzin realizowanych w ciągu 2 dni

35 godzin wykładów realizowanych w ciągu 5 dni

KARTA STAŻU PODYPLOMOWEGO LEKARZA DENTYSTY

		Nr
Imię i nazwisko lekarza dentysty stażysty		
Data urodzenia □□-□□-□□□□	Numer prawa wykonywania zawodu □□□□□□□□□□	
Członek Okręgowej Izby Lekarskiej / Wojskowej Izby Lekarskiej	Numer rejestru □□-□□-□□□□□□□□	
w		
Data	Podpis i pieczęć prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej / Wojskowej Rady Lekarskiej	
pieczęćka placówki		Numer wpisu na listę marszałka województwa
nazwa podmiotu uprawnionego		
Adres		
Okres zatrudnienia od 01-10-2023 do 30-09-2024		
Data	Podpis i pieczęć kierownika podmiotu uprawnionego	
1.10.2023	Pieczęćka i podpis Dyrektora placówki	

PRZEDŁUŻENIE STAŻU PODYPLOMOWEGO

Staż został przedłużony	od 01-10-2024	do	<input type="text"/>	-	<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"/>	-	<input type="text"/>	do	<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"/>	do	<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																												
Wypełnić w razie przeniesienia																												
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"/>	do	<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
1.10.2023	Pieczętka i podpis Dyrektora placówki
Uwagi:	

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

12

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 zapalenia dziąsła i przyzębia	
Interpretacja wyników badań laboratoryjnych	
Data <input type="text"/>	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 **1.10.2023** do **30.09.2024**

oraz złożył wymagane kolokwia i sprawdziany

Data

Data ostatniego
dnia w pracy
lekarza dentysty
stażysty

Podpis i pieczęć
koordynatora stażu

Pieczęć i podpis koordynatora

Rozliczenie stażu podyplomowego lekarza/lekarza dentysty

Przed zgłoszeniem się do Komisji ds. stażu podyplomowego celem rozliczenia karty stażu podyplomowego 2023/2024, 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 2023/2024 w wersji elektronicznej podaję link 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
- **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



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/rezerwacje/rozlicz_staz.php



***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/rezerwacje/rs.php>

Druk wniosku oraz wykaz dokumentów dostępny jest na stronie: <https://izba-lekarska.pl/uzyskanie-prawa-wykonywania-zawodu-lekarzalekarza-dentysty-na-obszarze-rzeczypospolitej-polskiej/>