OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA W WARSZAWIE im. prof. Jana Nielubowicza

Rozliczenie stażu podyplomowego lekarza

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

Pie

pieczątka Szpitala

Numer wpisu na listę marszałka województwa

Nazwa podmiotu uprawnionego

Adres

Okres zatrudnienia od 01-10-2021 do 31-10-2022

Data

1.10.2021

Podpis i pieczątka kierownika podmiotu

Pieczątka i podpis Dyrektora Szpitala

1

rozliczenie stażu podyplomowego

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

Pie

pieczątka Szpitala

Numer wpisu na listę marszałka województwa

Nazwa podmiotu uprawnionego

Adres

Okres zatrudnienia od 01-10-2022 do 31-10-2023

Data

1.10.2022

Podpis i pieczątka kierownika podmiotu

Pieczątka i podpis Dyrektora Szpitala

1

rozliczenie stażu podyplomowego

PRZEDŁUŻENIE STAŻU PODYPLOMOWEGO

Staż został przedłużony	od 01-11-2022 do
z powodu Zwolnienie lekarskie w dniach:	
Staż został przedłużony	od - - do - -
z powodu	
Staż został przedłużony	od - - do - -
z powodu	

Pieczątka 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 - - do - -	
Data	Podpis i pieczątka kierownika podmiotu uprawnionego do zatrudnienia lekarza

KOORDYNATOR STAŻU PODYPLOMOWEGO

Imię i nazwisko koordynatora	
Data 1.10.2021	Podpis i pieczątka kierownika podmiotu uprawnionego Pieczątka i podpis Dyrektora Szpitala
Uwagi:	

PRZEDŁUŻENIE STAŻU PODYPLOMOWEGO

Staż został przedłużony	od 01-11-2023 do
z powodu Zwolnienie lekarskie w dniach:	
Staż został przedłużony	od - - do - -
z powodu	
Staż został przedłużony	od - - do - -
z powodu	

Pieczątka 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 - - do - -	
Data	Podpis i pieczątka kierownika podmiotu uprawnionego do zatrudnienia lekarza

KOORDYNATOR STAŻU PODYPLOMOWEGO

Imię i nazwisko koordynatora	
Data 1.10.2022	Podpis i pieczątka kierownika podmiotu uprawnionego Pieczątka i podpis Dyrektora Szpitala
Uwagi:	

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE CHORÓB WEWNĘTRZNYCH

Termin stażu cząstkowego w dziedzinie chorób wewnętrznych	od ..... do .....
Imię i nazwisko opiekuna	
Złożył sprawdzian z postępowania w stanach nagłego zagrożenia zdrowia lub życia	Pieczątka i podpis opiekuna
Odbył wymaganą w programie liczbę dyżurów	Pieczątka i podpis opiekuna
Przygotował doniesienie, pracę poglądową, opis przypadku	Pieczątka i podpis opiekuna
Odbył staż cząstkowy zgodnie z programem	Pieczątka i podpis opiekuna
Złożył kolokwium końcowe	
Data	
Pieczątka oddziału	Pieczątka i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)

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

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE CHORÓB WEWNĘTRZNYCH

UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ W STOPNIU UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE

Wkłucie dożylne i dotętnicze w celu podania leku lub pobrania krwi do badań, kaniulizacja żył	
Dożylne przetaczanie krwi i innych płynów	
Badanie EKG	
Nakłucie opłucnej i trzewnej	
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	Pieczątka i podpis opiekuna

STAŻ W ZAKRESIE PROFILAKTYKI ZAKAŻEŃ HIV, DIAGNOSTYKI I LECZENIA CHOROBY AIDS

w .....

Termin stażu od ..... do .....

Imię i nazwisko wykładowcy .....

Odbył staż określony programem i wykazał się znajomością:
– w zakresie profilaktyki zakażeń **HIV**
– diagnostyki i leczenia **AIDS**

Data	Pieczątka i podpis opiekuna Pieczątka i podpis koordynatora stażu

Uwagi:

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE PEDIATRII

Termin stażu cząstkowego w dziedzinie pediatrii	od ____ do ____
Imię i nazwisko opiekuna	
Złożył sprawdzian z postępowania w stanach nagłego zagrożenia zdrowia lub życia	Pieczątka i podpis opiekuna
Odbył wymaganą w programie liczbę dyżurów	Pieczątka i podpis opiekuna
Przygotował doniesienie, pracę poglądową, opis przypadku	Pieczątka i podpis opiekuna
Odbył staż cząstkowy zgodnie z programem	Pieczątka i podpis opiekuna
Termin stażu cząstkowego z zakresu neonatologii	od ____ do ____
Imię i nazwisko opiekuna	
Złożył sprawdzian z postępowania w stanach nagłego zagrożenia zdrowia lub życia	Pieczątka i podpis opiekuna
Odbył wymaganą w programie liczbę dyżurów	Pieczątka i podpis opiekuna
Odbył staż cząstkowy zgodnie z programem	Pieczątka i podpis opiekuna
Złożył kolokwium końcowe	
Data	Data kolokwium z pediatrii i data kolokwium z neonatologii
Pieczątka oddziału Pieczątka oddziału z pediatrii Pieczątka oddziału z neonatologii	Pieczątka i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) Pieczątka i podpis ordynatora pediatrii Pieczątka i podpis ordynatora neonatologii

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE PEDIATRII

UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ W STOPNIU UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE

Ocena stanu ogólnego niemowlęcia i dziecka starszego z uwzględnieniem badania otoskopowego i pomiaru ciśnienia krwi oraz badania w kierunku wad wrodzonych	
Zbieranie wywiadów od rodziny dziecka	
Prowadzenie resuscytacji i udzielanie pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia dziecka	
Rozpoznawanie mózgowego porażenia dziecięcego	
Wkłucia dożylne i pobranie krwi do badań u niemowlęcia i dziecka starszego	
Pobranie płynu mózgowo-rdzeniowego u dzieci	
Pobranie materiałów do badań mikrobiologicznych u dzieci	
Założenie zgłębnika do żołądka lub odbytnicy i cewnika do pęcherza moczowego u dzieci	
Odbarczenie u dziecka odmy prężnej	
Pielęgnacja niemowląt i małych dzieci	
Data	Pieczątka i podpis opiekuna Pieczątka i podpis opiekuna z pediatrii
Postępowanie z noworodkiem bezpośrednio po porodzie: a) ocena noworodka na podstawie skali wg Apgar b) testy przesiewowe u noworodka (fenyloketonuria)	
Resuscytacja noworodka	
Ocena dojrzałości noworodka, postępowanie we wcześniactwie	
Rozpoznawanie wad wrodzonych u noworodka i postępowanie w przypadku ich stwierdzenia	
Zasady transportu chorego noworodka	
Pielęgnacja i karmienie noworodka	
Data	Pieczątka i podpis opiekuna Pieczątka i podpis opiekuna z neonatologii
Uwagi:	

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE CHIRURGII OGÓLNEJ

Termin stażu cząstkowego w dziedzinie chirurgii ogólnej od ____ do ____	
Imię i nazwisko opiekuna	
Złożył sprawdzian z postępowania w stanach nagłego zagrożenia zdrowia lub życia	Pieczątka i podpis opiekuna
Odbył wymaganą w programie liczbę dyżurów	Pieczątka i podpis opiekuna
Przygotował doniesienie, pracę poglądową, opis przypadku	Pieczątka i podpis opiekuna
Odbył staż cząstkowy zgodnie z programem	Pieczątka i podpis opiekuna
Termin stażu cząstkowego z zakresu chirurgii urazowej od ____ do ____	
Imię i nazwisko opiekuna	
Złożył sprawdzian z postępowania w stanach nagłego zagrożenia zdrowia lub życia	Pieczątka i podpis opiekuna
Odbył wymaganą w programie liczbę dyżurów	Pieczątka i podpis opiekuna
Odbył staż cząstkowy zgodnie z programem	Pieczątka i podpis opiekuna
Złożył kolokwium końcowe	
Data	
Pieczątka oddziału	Pieczątka i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)

Data kolokwium z chirurgii ogólnej i data kolokwium z ortopedii

Pieczątka oddziału z chirurgii ogólnej

Pieczątka i podpis ordynatora chirurgii ogólnej

Pieczątka oddziału z chirurgii urazowej

Pieczątka i podpis ordynatora chirurgii urazowej

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE CHIRURGII OGÓLNEJ

UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ W STOPNIU UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE	
Mycie chirurgiczne rąk i pola operacyjnego	
Chirurgiczne opracowanie i zszycie niewielkich ran	
Znieczulenie miejscowe	
Nacięcie i drenaż ropnia	
Założenie drenażu opłucnej	
Postępowanie w krwotoku zewnętrznym	
Założenie zgłębnika nosowo-żołądkowego	
Dożylne przetaczanie krwi i płynów infuzyjnych	
Postępowanie w oparzeniach	
Badanie per rectum i ocena gruczołu krokowego	
Wykonanie anoskopii	
Data	Pieczątka i podpis opiekuna
Założenie podstawowych opatrunków gipsowych i unieruchamiających	
Data	Pieczątka i podpis opiekuna
Uwagi:	

Pieczątka i podpis opiekuna z chirurgii ogólnej

Pieczątka i podpis opiekuna z chirurgii urazowej

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII ORAZ W DZIEDZINIE MEDYCYNY RATUNKOWEJ

Termin stażu cząstkowego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz w dziedzinie medycyny ratunkowej	od		do
Imię i nazwisko opiekuna			
Złożył sprawdzian z postępowania w zakresie ratownictwa medycznego	Pieczątka i podpis opiekuna		
Odbył wymaganą w programie liczbę dyżurów	Pieczątka i podpis opiekuna		
Przygotował doniesienie, pracę poglądową, opis przypadku	Pieczątka i podpis opiekuna		
Odbył staż cząstkowy zgodnie z programem	Pieczątka i podpis opiekuna		
Termin stażu cząstkowego z zakresu ratownictwa medycznego (p.rat.)	od		do
Imię i nazwisko opiekuna			
Odbył wymaganą w programie liczbę dyżurów	Pieczątka i podpis opiekuna		
Odbył staż cząstkowy zgodnie z programem	Pieczątka i podpis opiekuna		
Złożył kolokwium końcowe			
Data			

Data kolokwium z anestezjologii i intensywnej terapii i data kolokwium z SOR

Pieczątka oddziału Pieczątka oddziału SOR Pieczątka oddziału AiIT	Pieczątka i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) Pieczątka i podpis ordynatora SOR Pieczątka i podpis ordynatora AiIT

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII ORAZ W DZIEDZINIE MEDYCYNY RATUNKOWEJ

UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ W STOPNIU UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE

Z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej:
- udrożnienie dróg oddechowych metodami bezprzyrządowymi,
- intubacja dotchawicza,
- udrożnienie dróg oddechowych technikami alternatywnymi (np. maski krtaniowe, maski żelowe, rurki krtaniowe itp.),
- udrożnienie dróg oddechowych technikami chirurgicznymi, w tym konikotomii i tracheotomii,
- wspomagania oddechu i sztucznej wentylacji zastępczej,
- defibrylacja elektryczna i kardiowersja,
- pośredni masaż serca,
- wykonanie centralnego dostępu dożylnego,
- resuscytacja płynowa,
- odbarczenie odmy opłucnowej, w szczególności odmy prężnej.

Z zakresu czynności ratunkowych w warunkach przedszpitalnych:
- zabezpieczanie rannego pacjenta w czasie wyjmowania z uszkodzonego pojazdu,
- podtrzymywania funkcji życiowych na miejscu zdarzenia lub wypadku i w czasie transportu,
- unieruchamianie kręgosłupa szyjnego i piersiowo-lędźwiowego,
- unieruchamianie złamań na miejscu zdarzenia lub wypadku,
- tamowanie krwotoków.

Monitorowanie podstawowych funkcji życiowych w czasie transportu oraz w szpitalnym oddziale ratunkowym.

Zaopatrywanie ran powierzchownych.

Zasady znieczuleń przewodowych i analgosedacji w szpitalnych procedurach ratunkowych.

Zasady postępowania w porodzie nagłym.

Data	Pieczątka i podpis opiekuna Pieczątka i podpis opiekuna SOR Pieczątka i podpis opiekuna AiIT

KURS RATOWNICTWA MEDYCZNEGO

w .....

Termin stażu od ..... do .....

Imię i nazwisko wykładowcy .....

Uwagi:

Data	Pieczątka i podpis Pieczątka i podpis koordynatora stażu

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 1.10.2021 do 31.10.2022

oraz złożył wymagane kolokwia i sprawdziany

Data	Podpis i pieczątka koordynatora stażu
Data ostatniego dnia w pracy lekarza stażysty	Pieczątka i podpis koordynatora

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 1.10.2022 do 31.10.2023

oraz złożył wymagane kolokwia i sprawdziany

Data	Podpis i pieczątka koordynatora stażu
Data ostatniego dnia w pracy lekarza stażysty	Pieczątka i podpis koordynatora

Szpital SOLEC Sp. z o.o. ul. Solec 93 00-382 Warszawa	
staż cząstkowy w zakresie	staż cząstkowy poza zakładem w zakresie
choroby wewnętrzne **chirurgia ogólna (chirurgia urazowa)** **położnictwo i ginekologia** **neonatologia** **anestezjologia i intensywna terapia** **ratownictwo medyczne -SOR**	**pediatria** - Warszawski Szpital dla Dzieci SPZOZ ul. Kopernika 43, Warszawa **psychiatria** -Mazowiecki Szpital Wojewódzki Drewnica Sp. z o. o.-ul. Rychlińskiego 1 Ząbki,Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia im. prof. dr Jana Mazurkiewicza ul. Partyzantów 2/4 05-802 Pruszków **med. rodzinna** - NZOZ „Karmelicka" ul. Karmelicka 26 Warszawa, **transfuzjologia kliniczna** - Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa ul. Saska 63/75, Warszawa **medycyna ratunkowa - kurs z ratownictwa med.** - Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego przy ul. Marymonckiej 99/103 w Warszawie; Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego Zakład Medycyny Ratunkowej Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus ul. Lindleya 4 , Warszawa **profilaktyka zakażeń HIV, diagnostyka i leczenie choroby AIDS** -Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie ul. Wolska 37 **orzecznictwo lekarskie**- Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza ul. Puławska 18 **bioetyka i prawo medyczne** - Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza ul. Puławska 18
Maksymalna liczba stażystów mogących jednocześnie odbywać staż 16	

Brak możliwości przeniesienia stażu.
Jeżeli staż cząstkowy zostanie zrealizowany w innym podmiocie niż w wyznaczonym należy przy rozliczeniu stażu przedstawiać porozumienie zawarte między szpitalami.

OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA W WARSZAWIE im. prof. Jana Nielubowicza

Rozliczenie stażu podyplomowego lekarza dentysty

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

Pieczątka podmiotu uprawnionego

pieczątka placówki

Numer wpisu na listę marszałka województwa

Nazwa podmiotu uprawnionego

Adres

Okres zatrudnienia od 01-10-2021 do 30-09-2022

Data

1.10.2021

Podpis i pieczątka kierownika podmiotu uprawnionego

Pieczątka i podpis Dyrektora placówki

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

Pieczątka podmiotu uprawnionego

pieczątka placówki

Numer wpisu na listę marszałka województwa

Nazwa podmiotu uprawnionego

Adres

Okres zatrudnienia od 01-10-2022 do 30-09-2023

Data

1.10.2022

Podpis i pieczątka kierownika podmiotu uprawnionego

Pieczątka i podpis Dyrektora placówki

PRZEDŁUŻENIE STAŻU PODYPLOMOWEGO

Staż został przedłużony	od 01-10-2022 do
z powodu Zwolnienie lekarskie w dniach:	
Staż został przedłużony	od do
z powodu	
Staż został przedłużony	od do
z powodu	
Pieczątka 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 do	
Data	Podpis i pieczątka kierownika podmiotu uprawnionego do zatrudnienia lekarza

KOORDYNATOR STAŻU PODYPLOMOWEGO

Imię i nazwisko koordynatora	
Data 1.10.2021	Podpis i pieczątka kierownika podmiotu uprawnionego Pieczątka i podpis Dyrektora placówki
Uwagi:	

PRZEDŁUŻENIE STAŻU PODYPLOMOWEGO

Staż został przedłużony	od 01-10-2023 do
z powodu Zwolnienie lekarskie w dniach:	
Staż został przedłużony	od do
z powodu	
Staż został przedłużony	od do
z powodu	
Pieczątka 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 do	
Data	Podpis i pieczątka kierownika podmiotu uprawnionego do zatrudnienia lekarza

KOORDYNATOR STAŻU PODYPLOMOWEGO

Imię i nazwisko koordynatora	
Data 1.10.2022	Podpis i pieczątka kierownika podmiotu uprawnionego Pieczątka i podpis Dyrektora placówki
Uwagi:	

STAŻ W DZIEDZINIE STOMATOLOGII Z ZAKRESU PERIODONTOLOGII

Termin stażu cząstkowego z zakresu periodentologii	od ____ do ____
Imię i nazwisko opiekuna	
Przygotował doniesienie, pracę poglądową, opis przypadku	Pieczątka i podpis opiekuna
Odbył staż cząstkowy zgodnie z programem	Pieczątka i podpis opiekuna
Złożył sprawdzian końcowy	
Data	
Pieczątka oddziału	Pieczątka i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)
Uwagi:	

STAŻ CZĄSTKOWY Z ZAKRESU PERIODONTOLOGII

UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ W STOPNIU UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE	
Ocena stanu klinicznego i radiologicznego przyzębia (głębokość kieszonek, stopień rozchwiania zębów, zaawansowanie choroby w okolicy międzykorzeniowej zębów, krwawienie z kieszonki dziąsłowej, obecność płytki bakteryjnej, interpretacja obrazów radiologicznych przyzębia)	
Opanowanie metod motywacji i instruktażu higieny u osób z zaawansowanym zapaleniem przyzębia	
Wykonanie skalingu nad- i poddziąsłowego u osób z zapaleniem przyzębia o umiarkowanym zaawansowaniu	
Korekta innych miejscowych czynników etiologicznych zapaleń dziąseł i przyzębia	
Interpretacja wyników badań laboratoryjnych	
Data	Pieczątka i podpis opiekuna
Uwagi:	
Złożył kolokwium końcowe w dziedzinie stomatologii	
Data	Data ostatniego dnia pracy
Pieczątka podmiotu uprawnionego	Pieczątka i podpis kierownika podmiotu uprawnionego

Pieczątka i podpis koordynatora stażu, kierownika placówki

KURS Z ZAKRESU RATOWNICTWA MEDYCZNEGO

w	
Termin kursu	od ____ do ____
Imię i nazwisko wykładowcy	
Data	Pieczątka i podpis osoby przeprowadzającej sprawdzian końcowy
Uwagi:	

STAŻ Z ZAKRESU PROFILAKTYKI ZAKAŻEŃ HIV, DIAGNOSTYKI I LECZENIA AIDS

Organizator:	
Termin stażu z zakresu profilaktyki zakażeń HIV, diagnostyki i leczenia AIDS	od ____ do ____
Imię i nazwisko wykładowcy	
Odbył staż określony programem i wykazał się znajomością z zakresu profilaktyki zakażeń HIV, diagnostyki i leczenia AIDS	
Data	Pieczątka i podpis Pieczątka i podpis koordynatora stażu

STAŻ Z ZAKRESU ORZECZNICTWA LEKARSKIEGO

Organizator:	
Termin stażu z zakresu orzecznictwa lekarskiego	od ____ do ____
Imię i nazwisko wykładowcy	
Odbył staż określony programem i wykazał się znajomością z zakresu orzecznictwa lekarskiego	
Data	Pieczątka i podpis

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 1.10.2021 do 30.09.2022

oraz złożył wymagane kolokwia i sprawdziany

Data	Podpis i pieczątka koordynatora stażu
Data ostatniego dnia w pracy lekarza dentysty stażysty	Pieczątka i podpis koordynatora

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 1.10.2022 do 30.09.2023

oraz złożył wymagane kolokwia i sprawdziany

Data	Podpis i pieczątka koordynatora stażu
Data ostatniego dnia w pracy lekarza dentysty stażysty	Pieczątka i podpis koordynatora

Rozliczenie stażu podyplomowego lekarza/lekarza dentysty

Przed zgłoszeniem się do Komisji ds. stażu podyplomowego celem rozliczenia karty stażu podyplomowego 2021/2022, należy:

- zweryfikować wpisy wszystkich staży cząstkowych, niezbędnych szkoleń, zaliczeń (pieczątka, 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),

- przy rozliczeniu należy do karty stażu podyplomowego dołączyć certyfikaty z kursów z HIV (lekarze, lekarze dentyści) i z ratownictwa medycznego (lekarze),
- 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 2020/2021 w wersji elektronicznej podaję link http://izba-lekarska.pl/ocena_st/, 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 przesłać 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

Uznanie stażu cząstkowego COVID

Na stronie https://izba-lekarska.pl/wnioski/

Uznanie stażu cząstkowego COVID

WNIOSEK

Na podstawie art. 15o ust. 3 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 514 z późn. zm.) wnioskuję do Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie o uznanie okresu, w którym nie realizowałem/am programu stażu podyplomowego, za równoważny z realizowaniem tego programu, gdyż w tym czasie realizowałem/am zadania wyznaczone na podstawie ust. 1 pkt. 1 i 2.

Typ wniosku: Lekarza

Imię: * **Nazwisko:** * **PWZ:** *

Telefon: * **Email:** *

Miejsce odbywania stażu podyplomowego:

Termin rozpoczęcia stażu podyplomowego: 1 X 2019

Staż cząstkowy, który ma podlegać uznaniu: * **Od daty** * **Do daty** *

Staż cząstkowy, który ma podlegać uznaniu: **Od daty** **Do daty**

Staż cząstkowy, który ma podlegać uznaniu: **Od daty** **Do daty**

Do niniejszego wniosku załączam dokument potwierdzający wykonanie pracy na podstawie art. 15o ust 1 pkt 1 lub 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2020 r. poz. 514 z późn. zm.), wskazujący miejsce wykonywania pracy, okres na jaki zostałem/am skierowany/a oraz wymiar czasu pracy.

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że wniosek bez załączonego ww. dokumentu potwierdzającego wykonanie pracy nie będzie podlegał rozpatrzeniu.

Dodaj załącznik

Wyślij

Uznanie stażu cząstkowego COVID

- Do wniosku proszę załączyć dokument potwierdzający oddelegowanie do pracy na podstawie art. 15o ust 1 pkt 1 lub 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2020 r. poz. 514 z późn. zm.), wskazujący miejsce wykonywania pracy, okres na jaki została Pani skierowana oraz wymiar czasu pracy.
- Do wniosków proszę załączyć dokument potwierdzający wykonanie pracy na podstawie art. 15o ust 1 pkt 1 lub 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2020 r. poz. 514 z późn. zm.), wskazujący miejsce wykonywania pracy, okres na jaki został Pan skierowany oraz wymiar czasu pracy.
- Skan podpisanego wniosku o uznanie części stażu, proszę przesłać na adres: staz@oilwaw.org.pl

Uznanie stażu cząstkowego COVID

- Po uznaniu części stażu przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie w karcie stażu w miejscu uznania pozostaje czysta strona bez podpisu.
- Załącznikiem do karty stażu będzie podjęta Uchwała przez Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, którą stażysta otrzymuje na adres e-mail

OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA W WARSZAWIE im. prof. Jana Nielubowicza

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

OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA W WARSZAWIE im. prof. Jana Nielubowicza

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/