

## Wniosek o realizację seminarium dla ratowników medycznych

**Tytuł:** Przymus bezpośredni i bezpieczeństwo pacjenta w transporcie zespołem ratownictwa medycznego

**Jednostka realizująca:**  
Wojewódzka Stacja  
Pogotowia Ratunkowego  
w Poznaniu SP ZOZ

**Miejsce realizacji:**  
ul. Rycerska 10  
60-346 Poznań

**Termin:** 05.12.2023r

**Planowana liczba uczestników:** 20

**Metoda kształcenia:** seminarium, ćwiczenia praktyczne, symulacja

### Szczegółowy harmonogram

Lp.	Godzina od - do	Temat wykładu	Tytuł, imię i nazwisko wykładowcy /prowadzącego – kwalifikacje (zgodnie z ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 08.09.2006 r. z późn. zm.)	Liczba godzin dydakt.
1.	9:00-12:00	Procedura przymusu bezpośredniego (postępowanie, dokumentacja, wdrożenie)	mgr piel. Justyna Kiejda	3
2.	12:00-13:00	Test wiedzy przepisów ruchu drogowego (pojazdu uprzywilejowanego)	mgr Bartosz Bieliński	1
3.	13:00-13:30	Przerwa obiadowa		
4.	13:30-15:00	Ocena umiejętności prowadzenia Ambulansu (zajęcia praktyczne w obszarze miejskim)	mgr Bartosz Bieliński	2
5.	15:00-17:00	Symulator pojazdu uprzywilejowanego (zagadnienia problematyki zdarzeń niepożądanych w ratownictwie)	mgr Jakub Bonawentura Wakuluk	2
<b>Razem liczba godzin</b>				<b>8</b>

Oświadczam, że Program seminarium jest zgodny z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2019 r. w sprawie doskonalenia zawodowego ratowników medycznych (Dz.U.2019.2464). Jednocześnie w przypadku zmiany kadry dydaktycznej zobowiązuję się do zastąpienia jej osobami o nie mniejszym doświadczeniu w wykonywaniu medycznych czynności ratunkowych oraz w prowadzeniu kursów i innych szkoleń.

**Liczba punktów edukacyjnych:** 8 pkt.

Z up. Dyrektora WSPR Poznań  
Kierownik  
Zespołów Ratownictwa Medycznego

JAKUB  
BONAWENTUR  
A WAKULUK

Elektronicznie podpisany  
przez JAKUB  
BONAWENTURA WAKULUK  
Data: 2023.11.13 23:13:30  
+01'00'

.....  
Podpis i pieczęć upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy seminarium

---

**Opinia konsultanta wojewódzkiego (właściwego ze względu na siedzibę organizatora):**

Zgoda / brak zgody\* na realizację seminarium

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

*\*w przypadku braku zgody, proszę uzasadnić*

*16.11.2023*  
.....  
Data

Konsultant Wojewódzki  
w dziedzinie  
Medycyny Ratunkowej  
*lek. Maciej Świt*  
.....  
podpis i pieczęć konsultanta