Katedra i Zakład Technologii Postaci Leku

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

**ZALICZENIE PRAKTYKI WAKACYJNEJ W APTECE SZPITALNEJ**

**Rok akademicki 2019/2020**

Nazwa szpitala: ……………………………………………………………………….......

Adres: ……………………………………………………………………….......

1. Proszę podać skład trzech najczęściej wykonywanych przez Pana/Panią w trakcie praktyki leków recepturowych (niezależnie od postaci leku).

2. Proszę podać skład preparatów wykonywanych w trakcie praktyki, których receptura Pana/Pani zdaniem, nie została przedstawiona na zajęciach III roku z *Technologii Postaci Leku*.

3. Proszę podać skład preparatów sporządzanych w trakcie praktyki, których wykonanie według Pana/Pani nie było *lege artis*.