AKADEMIA IM. JAKUBA Z PARADYŻA W GORZOWIE WIELKOPOLSKIM

KIERUNEK PIELĘGNIARSTWO STUDIA DRUGIEGO STOPNIA

**DZIENNIK PRAKTYK ZAWODOWYCH**

 ………………………………………………………………

*Imię* i *nazwisko studenta*

 *……………..…………………*

*Numer albumu*

###### Zapoznałam/em się z Regulaminem kształcenia praktycznego

 …………………………………………………………………..

Data i czytelny podpis studenta

# KRYTERIA OCENY UMIEJĘTNOŚCI PRAKTYCZNYCH

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kryteria ogólne** | **pkt** | **NORMY** |
| **Zasadv** | **Sprawność** | **Skuteczność** | **Samodzielność** | **Komunikowanie się z pacjentem** | **Postawa** |
| Sposób wykonania czynności | 2 | przestrzega zasad, właściwej technikii kolejności | czynności wykonuje pewnie, bezbłędnie,dokładnie | postępowanie uwzględnia sytuację pacjenta, osiągacel | działania wykonuje całkowicie samodzielne | poprawny, samodzielny, skuteczny dobór treści | potrafi krytycznie ocenići analizowaćswoje |
|  |  | wykonania |  |  |  |  | postępowanie, |
|  |  | czynności |  |  |  |  | współpracuje |
|  |  |  |  |  |  |  | z zespołemterapeutycznym, |
|  |  |  |  |  |  |  | w pełni |
|  |  |  |  |  |  |  | identyfikuje |
|  |  |  |  |  |  |  | się z rolą zawodową |
|  |  | przestrzega | czynności | nie zawsze | wymaga | wymaga pomocy | ma trudności w |
|  | **1** | zasad, właściwej technikii kolejności | wykonuje mało pewnie,po krótkim | uwzględnia sytuacjęzdrowotną pacjenta, osiąga | przypomnienia iukierunkowaniaw niektórych | i ukierunkowania w wyborze treści | krytycznej ocenie i analizie swojegopostępowania, |
|  |  | wykonania czynności poukierunkowaniu | zastanowieniu | cel po ukierunkowaniu | działaniach |  | we współpracy z zespołem terapeutycznymoraz |
|  |  |  |  |  |  |  | w identyfikacji |
|  |  |  |  |  |  |  | z rolą |
|  |  |  |  |  |  |  | zawodowa |
|  | o | nie przestrzega zasad,chaotycznie | czynnościwykonuje niepewnie, | nie bierze pod uwagęindywidualnej | wymaga stałego wsparciai przypominania | nie potrafi nawiązaći utrzymać | nie potrafi krytycznieocenić |
|  |  | wykonujeczynności | bardzo wolno | sytuacji pacjenta, | w każdymdziałaniu | utrzymaćkontaktu | i analizowaćswojego |
|  |  |  |  | nie osiąga celu |  | werbalnego | postępowania, |
|  |  |  |  |  |  | z pacjentem | nie współpracuje z zespołemterapeutycznym, |
|  |  |  |  |  |  |  | nie identyfikuje |
|  |  |  |  |  |  |  | się z rolą |
|  |  |  |  |  |  |  | zawodową |

**Punktacja/ oceny: 12-11 pkt. - bardzo dobry;**

**10-8 pkt. - dobry**

**7-6 pkt. - dostateczny;**

**5- 0 pkt.- niedostateczny**

#### KRYTERIA DOKONYWANIA OCENY KOMPETENCJI SPOŁECZNYCH STUDENTA KIERUNKU KSZTAŁCENIA PIELĘGNIARSTWO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LP** | **KRYTERIUM** | **LICZBA PUNKTÓW** |
| 1 | POSTAWA STUDENTA W STOSUNKU DO PACJENTA | 0-6 |
| 2 | POSTAWA STUDENTA WOBEC NAUKI I ZAWODU | 0-6 |
| 3 | POSTAWA STUDENTA WOBEC CZŁONKÓW ZESPOŁU TERAPEUTYCZNEGO | 0-6 |
| 4 | POSTAWA STUDENTA WOBEC OBOWIĄZUJĄCYCH REGULAMINÓW | 0-6 |
| ***RAZEM:*** | ***0-24*** |

**SKALA OCEN WEDŁUG ZDOBYTEJ PUNKTACJI.;\_**

poniżej 14 pkt -niedostateczny 14-16 pkt-dostateczny

17-18 pkt -dostateczny plus 19-20 pkt - dobry

21-22 pkt -dobry plus

23-24 pkt - bardzo dobry

**KSZTAŁCENIE PRAKTYCZNE NA KIERUNKU PIELĘGNIARSTWO**

1;

.

••.

..

'

**Praktyki** •

**zawodowe**

**Punkty ECTS**

1

2

3

4

5

**Zakres kształcenia praktycznego** Wentylacja mechaniczna długoterminowa w opiece stacjonarnej i domowej (oddział

intensywnej terapii, oddział chorób płuc

i poradnia leczenia domowego tlenem). Pracownia endoskopowa.

Zarządzanie w pielęgniarstwie. Opieka onkologiczna.

Edukacja terapeutyczna w chorobach przewlekłych.

Podstawowa opieka zdrowotna (gabinet pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i gabinet lekarza podstawowej opieki zdrowotnej).

40 godzin

2

40 godzin

20 godzin

40 godzin

40 godzin

2

1

2

2

6

20 godzin

1

Razem 200 godzin 10 pkt

**WENTYLACJA MECHANICZNA DŁUGOTERMINOWA W OPIECE STACJONARNEJ**

I **DOMOWEJ**

(ODDZIAŁ INTENSYWNEJ TERAPII, ODDZIAŁ CHORÓB PŁUC I PORADNIA LECZENIA DOMOWEGO TLENEM)

**Liczba godzin praktyki zawodowej: 40**

**Termin realizacji praktyki zawodowej: ................................................................................................**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Symbol efektu****Kształcenia** | **Wykaz efektów kształcenia** | **PRAKTYKA ZAWODOWA** |
| **Poziom wykonania** |
| **Ocena** | **Data, podpis** |
| **Umiejętności** |
| B\_U52 | Przygotowywać sprzęt i urządzeniado wdrożenia wentylacji mechanicznej inwazyjnej, w tym wykonywać test aparatu; |  |  |
| B\_U53 | Obsługiwać respirator w trybie wentylacji nieinwazyjnej; |  |  |
| B\_U54 | Przygotowywać i stosować sprzętdo prowadzenia wentylacji nieinwazyjnej; |  |  |
| B\_USS | Zapewniać pacjentowi wentylowanemu mechanicznie w sposób inwazyjny kompleksową opiekę pielęgniarską; |  |  |
| B\_U56 | Potrafi komunikować się z pacjentem wentylowanym mechaniczniez wykorzystaniem alternatywnych metod komunikacji; |  |  |
| **Kompetencje społeczne** |
| KS\_Ol | Dokonywania krytycznej oceny działań własnych i działań współpracownikówz poszanowaniem różnic światopoglądowych i kulturowych; |  |  |
| **Treści praktyki** |
| PZ1 | Rola pielęgniarki w opiece nad chorym wymagającym tlenoterapii z zastosowaniem inwazyjnej i nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej. Badanie fizykalne; |  |  |
| PZ2 | Sprzęt do stosowania tlenoterapii w podmiocie leczniczym oraz domowego leczenia tlenem - zapewnienie bezpieczeństwa choremu. Metody utrzymania drożności dróg oddechowych; |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| PZ3 | Monitorowanie stanu pacjenta poddawanego tlenoterapii. Edukacja pacjenta i rodziny; |  |  |
| PZ4 | Komunikacja z pacjentem wentylowanym mechanicznie z wykorzystaniem alternatywnych metod; |  |  |

###### Opinia patrona praktyk dotycząca przebiegu kształcenia praktycznego, osiągnięć i postawy studentów:

###### ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Miejsce odbywania praktyki za zawodowej: .,..............................................................

Ocena z praktyki zawodowej: .............................................

Data :........... **Podpis osoby prowadzącej:**

## Samoocena praktyki:

## ………………………………………………………………………………………………

## ………………………………………………………………………………………………

## ………………………………………………………………………………………………

## ………………………………………………………………………………………………

## ………………………………………………………………………………………………

## ………………………………………………………………………………………………

 …………………………………. ……………………………………..

miejscowość, **data podpis studenta**

ZALICZENIE PRAKTYKI PRZEZ KOORDYNATORA PRAKTYK ZAWODOWYCH

Potwierdzenie zaliczenia praktyki:

zaliczam praktykę / nie zaliczam praktyki

 ………………………………. ……………………………….

Imię i nazwisko opiekuna praktyk data i podpis

PRACOWNIA ENDOSKOPOWA

**Liczba godzin praktyki zawodowej: 40**

**Termin realizacji praktyki zawodowej: ...............................................................................................**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Symbol efektu****Kształcenia** | **Wykaz efektów kształcenia** | **PRAKTYKA ZAWODOWA** |
| **Poziom wykonania** |
| **Ocena** | **Data, podpis** |
| **Umiejętności** |
| B\_U01 | Uczyć pacjenta i jego rodzinę postępowania przed planowanym i po wykonanym procesie diagnostyki i terapii endoskopowej; |  |  |
| B\_U02 | Współuczestniczyć w procesie diagnostyki i terapii endoskopowej; |  |  |
| B\_U04 | Prowadzić dokumentację medyczną w pracowni endoskopowej; |  |  |
| **Kompetencje społeczne** |
| KS\_0l | Formułowania opinii dotyczących różnych aspektów działalności zawodowej i zasięgania porad ekspertów w przypadku trudnościz samodzielnym rozwiązaniem problemu; |  |  |
| **Treści praktyki** |
| PZl | Organizacja i funkcjonowanie pracowni endoskopowej oraz zasady wykonywania procedur endoskopowych; |  |  |
| PZ2 | Diagnostyka i endoskopowa terapia. |  |  |
| PZ3 | Opieka nad pacjentem przed, w trakcie i po badaniu endoskopowym. 4; |  |  |
| PZ4 | Dokumentacja medyczna w pracowni endoskopowej; |  |  |

###### Opinia patrona praktyk dotycząca przebiegu kształcenia praktycznego, osiągnięć i postawy studentów:

###### ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Miejsce odbywania praktyki za zawodowej: .,..............................................................

Ocena z praktyki zawodowej: .............................................

Data :........... **Podpis osoby prowadzącej:**

## Samoocena praktyki:

## ………………………………………………………………………………………………

## ………………………………………………………………………………………………

## ………………………………………………………………………………………………

## ………………………………………………………………………………………………

## ………………………………………………………………………………………………

## ………………………………………………………………………………………………

 …………………………………. ……………………………………..

miejscowość, **data podpis studenta**

ZALICZENIE PRAKTYKI PRZEZ KOORDYNATORA PRAKTYK ZAWODOWYCH

Potwierdzenie zaliczenia praktyki:

zaliczam praktykę / nie zaliczam praktyki

 ………………………………. ……………………………….

Imię i nazwisko opiekuna praktyk data i podpis



# ZARZĄDZANIE W PIELĘGNIARSTWIE

**Liczba godzin praktyki zawodowej: 20**

**Termin realizacji praktyki zawodowej:** ......................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Symbol efektu****Kształcenia** | **Wykaz efektów kształcenia** | **PRAKTYKA ZAWODOWA** |
| **Poziom wykonania** |
| **Ocena** | **Data, podpis** |
| **Umiejętności** |
| A\_U06 | Student potrafi analizować strukturę zadań zawodowych pielęgniarek w kontekście posiadanych kwalifikacji; |  |  |
| A\_ U07 | Stosuje metody analizy strategicznej niezbędne dla funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą; |  |  |
| A\_U08 | Organizuje i nadzoruje prace zespołów pielęgniarskich; |  |  |
| A\_U09 | Stosuje różne metody podejmowania decyzji zawodowych i zarządczych; |  |  |
| A\_Ul0 | Planuje zasoby ludzkie wykorzystując różne metody, organizuje rekrutację pracowników i realizuje proces adaptacji zawodowej; |  |  |
| A\_Ull | Opracowuje plan rozwoju zawodowego własnego i podległego personelu pielęgniarskiego; |  |  |
| A\_U12 | Przygotowuje opisy stanowisk pracydla pielęgniarek oraz zakresy obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności; |  |  |
| A\_U13 | Opracowuje harmonogramy pracy personelu w oparciu o ocenę zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską; |  |  |
| A\_U14 | Nadzoruje jakość opieki pielęgniarskiej w podmiotach wykonujących działalnośćleczniczą, w tym przygotowuje ten podmiot do zewnętrznej oceny jakości; |  |  |

|  |
| --- |
| **Kompetencje społeczne** |
| KS\_0l | Formułowania opinii dotyczących różnych aspektów działalności zawodowej i zasięgania porad ekspertów w przypadku trudnościz samodzielnym rozwiązaniem problemu. |  |  |
| KS\_03 | Ponoszenia odpowiedzialności za realizowane świadczenia zdrowotne. |  |  |
| **Treści praktyki** |
| PZ1 | Analiza SWOT/TOWS na przykładzie szpitala/ oddziału. |  |  |
| PZ 2 | Określenie zapotrzebowania na opiekęi wielkość obsady pielęgniarskiej w podmiocie medycznym. |  |  |
| PZ 3 | Metody oceny jakości, ocena jakości opieki pielęgniarskiej |  |  |
| PZ4 | Analiza wdrażania systemu oceniania na stanowiskach wykonawczychi kierowniczych (stosowane kryteria i narzędzia oceniania). |  |  |
| PZ 5 | Analiza stanowiska pracy w tym: zakresu obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień, regulaminów pracy. |  |  |
| PZ 6 | System planowania kadr, rekrutacji i selekcji pracowników oraz procesu adaptacji. |  |  |
| PZ 7 | System oceniania i doskonalenia zawodowego. |  |  |
| PZ 8 | Analiza obciążenia fizycznego i psychicznego wynikającego z warunków prac |  |  |

###### Opinia patrona praktyk dotycząca przebiegu kształcenia praktycznego, osiągnięć i postawy studentów:

###### ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Miejsce odbywania praktyki za zawodowej: .,..............................................................

Ocena z praktyki zawodowej: .............................................

Data :........... **Podpis osoby prowadzącej:**

## Samoocena praktyki:

## ………………………………………………………………………………………………

## ………………………………………………………………………………………………

## ………………………………………………………………………………………………

## ………………………………………………………………………………………………

## ………………………………………………………………………………………………

## ………………………………………………………………………………………………

 …………………………………. ……………………………………..

miejscowość, **data podpis studenta**

ZALICZENIE PRAKTYKI PRZEZ KOORDYNATORA PRAKTYK ZAWODOWYCH

Potwierdzenie zaliczenia praktyki:

zaliczam praktykę / nie zaliczam praktyki

 ………………………………. ……………………………….

Imię i nazwisko opiekuna praktyk data i podpis

**OPIEKA ONKOLOGICZNA**

##### Liczba godzin praktyki zawodowej: 40

**Termin realizacji praktyki zawodowej:** ................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Symbol efektu****Kształcenia** | **Wykaz efektów kształcenia** | **PRAKTYKA ZAWODOWA** |
| **Poziom wykonania** |
| **Ocena** | **Data, podpis** |
| **Umiejętności** |
| B\_U37 | Planować opiekę nad pacjentami z wybranymi chorobami nowotworowymi leczonymi systemowo; |  |  |
| B\_U38 | Stosować metody i środki łagodzące skutki uboczne chemioterapii i radioterapii; |  |  |
| B\_U39 | Rozpoznawać sytuację psychologiczną pacjenta i jego reakcje na chorobę oraz proces leczenia,a także udzielać mu wsparcia motywacyjno- edukacyjnego; |  |  |
| **Kompetencje społeczne** |
| KS\_04 | Rozwiązywania złożonych problemów etycznych związanych z wykonywaniem zawodu pielęgniarki i wskazywania priorytetów w realizacji określonych zadań; |  |  |
| **Treści praktyki** |
| PZl | Charakterystyka wybranych chorób nowotworowych; |  |  |
| PZ2 | Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentemw różnych etapach choroby - diagnoza, leczenie, wyzdrowienie, opieka terminalna, nawrót choroby; |  |  |
| PZ3 | Opieka nad pacjentem objętym leczeniem przeciwnowotworowym - leczenie systemowe, radioterapia; |  |  |
| PZ4 | Opieka nad pacjentem z założonym portem dożylnym; |  |  |
| PZS | Edukacja pacjenta i jego rodziny w zakresie radzenia sobie z chorobą i leczeniem. Udział osób wspierających jakość życia pacjentaz chorobą nowotworową; |  |  |

###### Opinia patrona praktyk dotycząca przebiegu kształcenia praktycznego, osiągnięć i postawy studentów:

###### ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Miejsce odbywania praktyki za zawodowej: .,..............................................................

Ocena z praktyki zawodowej: .............................................

Data :........... **Podpis osoby prowadzącej:**

## Samoocena praktyki:

## ………………………………………………………………………………………………

## ………………………………………………………………………………………………

## ………………………………………………………………………………………………

## ………………………………………………………………………………………………

## ………………………………………………………………………………………………

## ………………………………………………………………………………………………

 …………………………………. ……………………………………..

miejscowość, **data podpis studenta**

ZALICZENIE PRAKTYKI PRZEZ KOORDYNATORA PRAKTYK ZAWODOWYCH

Potwierdzenie zaliczenia praktyki:

zaliczam praktykę / nie zaliczam praktyki

 ………………………………. ……………………………….

Imię i nazwisko opiekuna praktyk data i podpis

EDUKACJA TERAPEUTYCZNA W CHOROBACH PRZEWLEKŁYCH

**Liczba godzin praktyki zawodowej: 40**

l. ODDZIAŁ KARDIOLOGII-10h,

1. ODDZIAŁ NEFROLOGII-10h,
2. ODDZIAŁ CHORÓB WEWNĘTRZNYCH-10h,
3. ODDZIAŁ CHIRURGII-10h

**Termin realizacji praktyki zawodowej: ................................................................................................**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Symbol efektu****Kształcenia** | **Wykaz efektów kształcenia** | **PRAKTYKA ZAWODOWA** |
| **Poziom wykonania** |
| **Ocena** | **Data, podpis** |
| **Umiejętności** |
| B\_U28 | **(1)** Kardiologia:Student potrafi planować i przeprowadzać edukację terapeutyczną pacjenta, jego rodziny i opiekuna w zakresie samoobserwacjii samopielęgnacji przy nadciśnieniu tętniczym, w przewlekłej niewydolności krążenia i przy zaburzeniach rytmu serca; |  |  |
| B\_U32 | (2) Nefrologia:Planować i przeprowadzać edukację terapeutyczną pacjenta, jego rodzinyoraz opiekuna w zakresie samoobserwacji, samopielęgnacji podczas dializyi hemodializy; |  |  |
| B\_U36 | (3) Oddział chorób wewnętrznych: Motywować pacjenta chorego na cukrzycę do radzenia sobie z chorobą orazdo współpracy w procesie leczenia; |  |  |
| B\_U42 | (4) Chirurgia:Przygotowywać pacjenta i jego rodzinę do profilaktyki, samokontrolii pielęgnacji rany; |  |  |
| **Kompetencje społeczne** |
| KS\_02 | Formułowania opinii dotyczących różnych aspektów działalności zawodoweji zasięgania porad ekspertów w przypadku trudności z samodzielnym rozwiązaniem problemu. |  |  |

|  |
| --- |
| **Treści 1raktyk** |
| PZl | Edukacja terapeutyczna pacjenta, jego rodziny oraz opiekuna w zakresie samoobserwacji, samopielęgnacji przy nadciśnieniu tętniczym, w przewlekłej niewydolności krążenia i przy zaburzeniach rytmu serca. |  |  |
| PZ2 | Edukacja terapeutyczna pacjenta, jego rodziny oraz opiekuna w zakresie samoobserwacji, samopielęgnacji podczas dializy i hemodializy. |  |  |
| PZ3 | Motywacja pacjenta chorego na cukrzycędo radzenia sobie z chorobą i do współpracy w procesie leczenia |  |  |
| PZ4 | Przygotowanie pacjenta i jego rodziny do profilaktyki, samokontroli i pielęgnacji rany. |  |  |

##### Uwagi dotyczące przebiegu kształcenia praktycznego, osiągnięć i postawy studentów:

###### **ODZIAŁ KARDIOLOGI**

###### Opinia patrona praktyk dotycząca przebiegu kształcenia praktycznego, osiągnięć i postawy studentów:

###### ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Miejsce odbywania praktyki za zawodowej: .,..............................................................

Ocena z praktyki zawodowej: .............................................

Data :........... **Podpis osoby prowadzącej:**

## Samoocena praktyki:

## ………………………………………………………………………………………………

## ………………………………………………………………………………………………

## ………………………………………………………………………………………………

## ………………………………………………………………………………………………

## ………………………………………………………………………………………………

## ………………………………………………………………………………………………

 …………………………………. ……………………………………..

miejscowość, **data podpis studenta**

###### **ODZIAŁ NEFROLOGI**

###### Opinia patrona praktyk dotycząca przebiegu kształcenia praktycznego, osiągnięć i postawy studentów:

###### ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Miejsce odbywania praktyki za zawodowej: .,..............................................................

Ocena z praktyki zawodowej: .............................................

Data :........... **Podpis osoby prowadzącej:**

## Samoocena praktyki:

## ………………………………………………………………………………………………

## ………………………………………………………………………………………………

## ………………………………………………………………………………………………

## ………………………………………………………………………………………………

## ………………………………………………………………………………………………

## ………………………………………………………………………………………………

 …………………………………. ……………………………………..

miejscowość, **data podpis studenta**

###### **3. ODZIAŁ CHORÓB WEWNĘTRZNYCH**

###### Opinia patrona praktyk dotycząca przebiegu kształcenia praktycznego, osiągnięć i postawy studentów:

###### ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Miejsce odbywania praktyki za zawodowej: .,..............................................................

Ocena z praktyki zawodowej: .............................................

Data :........... **Podpis osoby prowadzącej:**

## Samoocena praktyki:

## ………………………………………………………………………………………………

## ………………………………………………………………………………………………

## ………………………………………………………………………………………………

## ………………………………………………………………………………………………

## ………………………………………………………………………………………………

## ………………………………………………………………………………………………

 …………………………………. ……………………………………..

miejscowość, **data podpis studenta**

###### **4. ODZIAŁ CHIRURGII**

###### Opinia patrona praktyk dotycząca przebiegu kształcenia praktycznego, osiągnięć i postawy studentów:

###### ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Miejsce odbywania praktyki za zawodowej: .,..............................................................

Ocena z praktyki zawodowej: .............................................

Data :........... **Podpis osoby prowadzącej:**

## Samoocena praktyki:

## ………………………………………………………………………………………………

## ………………………………………………………………………………………………

## ………………………………………………………………………………………………

## ………………………………………………………………………………………………

## ………………………………………………………………………………………………

## ………………………………………………………………………………………………

 …………………………………. ……………………………………..

miejscowość, **data podpis studenta**

ZALICZENIE PRAKTYKI PRZEZ KOORDYNATORA PRAKTYK ZAWODOWYCH

Potwierdzenie zaliczenia praktyki:

zaliczam praktykę / nie zaliczam praktyki

 ………………………………. ……………………………….

Imię i nazwisko opiekuna praktyk data i podpis

PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA

**Liczba godzin praktyki zawodowej: 20**

**Termin realizacji praktyki zawodowej: ................................................................................................**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Wykaz efektów kształcenia** | **PRAKTYKA ZAWODOWA** |
| **Poziom wykonania** |
| **Ocena Data, podpis** |
| **Umiejętności** |
| B\_U03 | Ordynować leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne w zależności od posiadanych uprawnień; |  |  |
| B\_U04 | Dobierać i zlecać środki specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne w zależności od posiadanych uprawnień; |  |  |
| B\_U11 | Diagnozować zagrożenia zdrowotne pacjenta z chorobą przewlekłą; |  |  |
| B\_Ul2 | Oceniać adaptację pacjenta do choroby przewlekłej B; |  |  |
| B\_Ul4 | Przygotowywać materiały edukacyjne dla pacjenta i jego rodziny w ramach poradnictwa zdrowotnego; |  |  |
| B\_U14 | Wykorzystywać zasoby technologiczne dla potrzeb poradnictwa zdrowotnego; |  |  |
| B\_Ul6 | Dobierać **i** stosować metody oceny stanu zdrowia pacjenta w ramach udzielania porad pielęgniarskich; |  |  |
| B\_Ul8 | Wdrażać działanie terapeutyczne w zależności od oceny stanu pacjenta w ramach posiadanych uprawnień zawodowych; |  |  |
| **Kompetencje społeczne** |
| KS\_03 | Okazywania dbałości o prestiż związany z wykonywaniem zawodu pielęgniarkii solidarność zawodową; |  |  |
| KS\_0S | Ponoszenia odpowiedzialności za realizowane świadczenia zdrowotne; |  |  |

|  |
| --- |
| **Treści praktyki** |
| PZ1 | Specyfika pracy pielęgniarki w różnych formach organizacyjnych podstawowej opieki zdrowotnej; |  |  |
| PZ2 | Praca pielęgniarki w POZ w oparciu o wykaz świadczeń gwarantowanych oraz warunki ich realizacji; |  |  |
| PZ3 | Zarządzanie informacją w podstawowej opiece zdrowotnej. |  |  |
| PZ4 | Dokumentowanie pracy i opieki pielęgniarskiej w POZ; |  |  |
| PZS | Specyfika prowadzenia procesu pielęgnowania w pracy pielęgniarki rodzinnej; |  |  |
| PZ6 | Badania diagnostyczne w ramach posiadanych uprawnień zawodowych; |  |  |
| PZ7 | Ordynowanie leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowegoi wyrobów medycznych w zależności od posiadanych uprawnień- wypisywanie recept i zleceń; |  |  |
| PZB | Odpowiedzialność pielęgniarki za realizowane świadczenia zdrowotne; |  |  |

###### Opinia patrona praktyk dotycząca przebiegu kształcenia praktycznego, osiągnięć i postawy studentów:

###### ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Miejsce odbywania praktyki za zawodowej: .,..............................................................

Ocena z praktyki zawodowej: .............................................

Data :........... **Podpis osoby prowadzącej:**

## Samoocena praktyki:

## ………………………………………………………………………………………………

## ………………………………………………………………………………………………

## ………………………………………………………………………………………………

## ………………………………………………………………………………………………

## ………………………………………………………………………………………………

## ………………………………………………………………………………………………

 …………………………………. ……………………………………..

miejscowość, **data podpis studenta**

ZALICZENIE PRAKTYKI PRZEZ KOORDYNATORA PRAKTYK ZAWODOWYCH

Potwierdzenie zaliczenia praktyki:

zaliczam praktykę / nie zaliczam praktyki

 ………………………………. ……………………………….

Imię i nazwisko opiekuna praktyk data i podpis