|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………….Pieczęć Uczelni | …………………………………………………….Imię i nazwisko Studenta…………………………………………Nr albumu |

**PROGRAM PRAKTYKI ZAWODOWEJ**

studia I stopnia na kierunku DIETETYKA – profil praktyczny

**Wstępna praktyka w szpitalu**

II rok studiów, semestr III – 105 godzin

**Miejsca odbywania praktyki:** blok żywieniowy szpitala

**Cel praktyki**: Zapoznanie studenta z organizacją i funkcjonowaniem bloku żywieniowego w szpitalu. Student poznaje zadania dietetyka w szpitalu, poznaje zasady sporządzania posiłków dla poszczególnych grup pacjentów, uczestniczy w ich przygotowaniu, porcjowaniu i dystrybucji. Zapoznanie się z metodami oceny stanu zdrowia oraz stanu odżywienia pacjenta hospitalizowanego oraz zasadami opracowywania diet dla pacjentów hospitalizowanych w oddziałach szpitalnych.

**Treści programowe praktyk zgodne z efektami kształcenia**:

* poznanie struktury organizacyjnej szpitala, zapoznanie się z regulaminem szpitala;
* zasady organizacji pracy oraz wyposażenie techniczne bloku żywieniowego, zasady bhp,
* współudział w przygotowaniu jadłospisów dla pacjentów;
* pomoc w przygotowywaniu posiłków dla poszczególnych grup pacjentów;
* współudział w przygotowaniu, porcjowaniu i dystrybucji posiłków;
* wdrażanie w codziennej pracy zasad bezpieczeństwa żywności i wymagań sanitarno higienicznych zgodnie z obowiązującymi regulacjami prawnymi, zapoznanie się z zakładowymi dokumentami GHP i GMP;
* zapoznanie się z rolą i zadaniami dietetyka w szpitalu oraz ze współpracą dietetyka z zespołem lekarskim;

**Kryteria zaliczenia praktyki zawodowej w miejscu odbywania praktyki**

* pełne wykonanie planu i programu praktyki,
* wykazanie nienagannej postawy moralnej i wychowawczej oraz podporządkowanie się obowiązującym przepisom i poleceniom przez cały okres trwania praktyk,
* systematyczne realizowanie wszystkich czynności dydaktycznych i organizacyjnych w miejscu praktyki,
* uzyskanie pozytywnej opinii wystawionej w Karcie Praktyki przez opiekuna ze strony instytucji w której praktyka została zrealizowana.

|  |
| --- |
| **……………………………………………………..……………………………**(podpis zakładowego opiekuna praktyk orazpieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana) |