

KARTA ZALICZENIA PRAKTYK ZAWODOWYCH					imię i nazwisko studenta		nr albumu	
II rok I^o semestr III i IV rok akademicki 2023/2024								
DATA ZWROTU Semestr III	Przedmiot/grupa przedmiotów/liczba godzin zgodna z planem studiów	DATA ZWROTU Semestr IV	Placówka/data realizacji/ liczba godzin zrealizowanych/ocena				Podpis opiekuna/zaliczenie semestru	
			Sem. III		Sem. IV		III	IV
	Ginekologia i opieka ginekologiczna POP-NiON 110h		Sem. III 40h		Sem. IV 70h			
	Położnictwo i opieka położnicza OS- PiOP 110h		Sem. III 30h		Sem. IV 80h			
	Techniki położnicze i prowadzenie porodu OS-TPIPP 150h		Sem. III 60h		Sem. IV 90h			
	Podstawowa opieka zdrowotna POP-POZ 80h		Sem. III 40h		Sem. IV 40h			
	Choroby wewnętrzne OS- ChW 40h		Sem III 40h				III	
	Psychiatria OS-Psych 40h		Sem. IV 40h				IV	
	Pediatria i pielęgniarstwo pediatryczne OS-PIPP 40h		Sem. IV 40h				IV	
Rodzaj świadczenia/wymagana liczba świadczeń wg standardu			Liczba świadczeń				Potwierdzenie opiekuna praktyki	
			wymaganych po I roku	uzyskanych w		wymaganych po I i II roku		uzyskanych łącznie za I i II rok
Poradnictwo dla kobiet ciężarnych obejmujące badania prenatalne 100			30			90		
Opieka nad kobietą ciężarną 40			10			25		
Opieka nad położnicą i zdrowym noworodkiem 100			30			80		
Opieka nad ciężarną, rodzącą, położnicą, noworodkiem w przebiegu patologii 40			10			25		
Liczba przyjętych porodów	Samodzielnie (S) lub samodzielnie (S)/z asystą (A) 40 S lub 30 S/20 A		---			15 S/lub 5 S/10 A		
	1 poród miednicowy 1 (niewymagana na II roku)		---			Możliwy do zaliczenia		
Raport z dyżuru/proces pielęgnowania			z każdego dnia dyżuru/1 na semestr					
Uwagi (np. wniosek o przełożenie praktyki na semestr następny, niewypracowanie wymaganej liczby świadczeń, itp.):								
Potwierdzenie spotkania z opiekunem praktyki przed rozpoczęciem praktyki (data podpis)						Data, pieczęćka i podpis kierownika praktyk zawodowych		

OCENA SPEŁNIENIA WYMAGAŃ ODNOŚNIE DOBORU PLACÓWKI/OPIEKUNA W PLACÓWCE			
II rok I^o semestr III i IV rok akademicki 2023/2024			
	 imię i nazwisko studenta nr albumu
Lp.	Przedmiot(y)/placówka	Ocena spełnienia kryteriów doboru placówki ¹	Ocena spełnienia zadań opiekuna w placówce ²
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

¹ Wstępna akceptacja placówki pod kątem spełnienia kryteriów doboru (spełnia/nie spełnia/UR^{*})

^{*} UR – umowa ramowa

² Wstępna weryfikacja spełnienia wymogów pod kątem pełnienia roli opiekuna praktyki w placówce (posiada/nie posiada nr PWZ)