

KARTA ZALICZENIA PRAKTYK ZAWODOWYCH							
I rok I^o semestr I i II rok akademicki 2024/2025					imię i nazwisko studenta		
					nr albumu		
DATA ZWROTU Semestr I	Przedmiot/grupa przedmiotów/liczba godzin zgodna z planem studiów	DATA ZWROTU Semestr II	Placówka/data realizacji/ liczba godzin zrealizowanych/ocena		Podpis opiekuna/ zaliczenie semestru		
			Sem. I	Sem. II	I	II	
	Podstawy opieki położniczej POP-POP 80h		Sem. I 40h	Sem. II 40h			
	Ginekologia i opieka ginekologiczna POP-NiON 90h			Sem. II 90h			
	Położnictwo i opieka położnicza OS- PiOP 90h		Sem. I 30h	Sem. II 60h			
Rodzaj świadczenia/wymagana liczba świadczeń wg standardu			Liczba świadczeń				Potwierdzenie opiekuna praktyki
			uzyskanych w		wymaganych po I roku	uzyskanych łącznie za I rok	
			Sem. I	Sem. II			
Poradnictwo dla kobiet ciężarnych obejmujące badania prenatalne 100					30		
Opieka nad kobietą ciężarną 40					10		
Opieka nad położnicą i zdrowym noworodkiem 100					30		
Opieka nad ciężarną, rodzącą, położnicą, noworodkiem w przebiegu patologii 40					10		
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.):							
					Data, pieczętka i podpis kierownika praktyk zawodowych		
Potwierdzenie spotkania z opiekunem praktyki przed rozpoczęciem praktyki (data podpis)							

OCENA SPEŁNIENIA WYMAGAŃ ODNOŚNIE DOBORU PLACÓWKI/OPIEKUNA W PLACÓWCE			
I rok I^o semestr I i II rok akademicki 2024/2025			
	 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)