

<b>KARTA ZALICZENIA PRAKTYK ZAWODOWYCH</b>							
<b>II rok I<sup>o</sup> semestr III i IV rok akademicki 2024/2025</b>					imię i nazwisko studenta .....		
					nr albumu .....		
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	
	<b>Ginekologia i opieka ginekologiczna</b> POP-NiON 110h		Sem. III 70h	Sem. IV 40h			
	<b>Położnictwo i opieka położnicza</b> OS- PiOP 110h		Sem. III 30h	Sem. IV 80h			
	<b>Techniki położnicze i prowadzenie porodu</b> OS-TPIPP 150h		Sem. III 60h	Sem. IV 90h			
	<b>Podstawowa opieka zdrowotna</b> POP-POZ 80h		Sem. III 40h	Sem. IV 40h			
	<b>Choroby wewnętrzne</b> OS- ChW 40h		Sem IV 40h		IV		
	<b>Psychiatria</b> OS-Psych 40h		Sem. IV 40h		IV		
	<b>Pediatria i pielęgniarstwo pediatryczne</b> 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	
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		

<b>OCENA SPEŁNIENIA WYMAGAŃ ODNOŚNIE DOBORU PLACÓWKI/OPIEKUNA W PLACÓWCE</b> <b>II rok I<sup>o</sup> semestr III i IV rok akademicki 2024/2025</b>		<small>.....</small> <small>imię i nazwisko studenta</small> <small>nr albumu</small> <small>.....</small>	
Lp.	Przedmiot(y)/placówka	Ocena spełnienia kryteriów doboru placówki <sup>1</sup>	Ocena spełnienia zadań opiekuna w placówce <sup>2</sup>
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

<sup>1</sup> Wstępna akceptacja placówki pod kątem spełnienia kryteriów doboru (spełnia/nie spełnia/UR<sup>\*</sup>)

<sup>\*</sup> UR – umowa ramowa

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