

<b>KARTA ZALICZENIA PRAKTYK ZAWODOWYCH</b>							
<b>III rok I<sup>o</sup> semestr V i VI rok akademicki 2024/2025</b>					imię i nazwisko studenta .....		
					nr albumu .....		
DATA ZWROTU Semestr V	Przedmiot/grupa przedmiotów/liczba godzin zgodna z planem studiów	DATA ZWROTU Semestr VI	Placówka/data realizacji/ liczba godzin zrealizowanych/ocena			Podpis opiekuna/zaliczenie semestru	
			Sem. V	Sem. VI		V	VI
	<b>Techniki położnicze i prowadzenie porodu</b> OS-TPIPP 210h		Sem. V 100h	Sem. VI 110h			
	<b>Neonatologia i opieka neonatologiczna</b> OS-NiON 80h		Sem. V 40h	Sem. VI 40h			
	<b>Chirurgia OS-Chir 40h</b>		Sem. V 40h				
	<b>Anestezjologia i stany zagrożenia życia</b> OS-AiSZŻ 40h		Sem. V 40h				
Rodzaj świadczenia/wymagana liczba świadczeń wg standardu			Liczba świadczeń			Ogółem I–III rok	Potwierdzenie opiekuna praktyki
			wymaganych po I i II roku	za I i II rok	Sem. V		
Poradnictwo dla kobiet ciężarnych obejmujące badania prenatalne 100			90				
Opieka nad kobietą ciężarną 40			25				
Opieka nad położnicą i zdrowym noworodkiem 100			80				
Opieka nad ciężarną, rodzącą, położnicą, noworodkiem w przebiegu patologii 40			30				
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)		niewymagany				
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, pieczętka i podpis kierownika praktyk zawodowych

<b>OCENA SPEŁNIENIA WYMAGAŃ ODNOŚNIE DOBORU PLACÓWKI/OPIEKUNA W PLACÓWCE</b> <b>III rok I<sup>o</sup> semestr V I VI rok akademicki 2024/2025</b>				<small>imię i nazwisko studenta</small> ..... <small>nr albumu</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)