

KARTA SEMESTRALNEGO ZALICZENIA PRAKTYK ZAWODOWYCH
SEMESTR I i II **ROK AKADEMICKI 2024/2025**

II° Niestacjonarne	 Imię i nazwisko studenta		nr albumu
Przedmiot/grupa przedmiotów/liczba godzin zgodna z planem studiów	Data zwrotu dokumentów (umowa i/lub skierowanie)	Placówka/data realizacji	Ocena i potwierdzenie opiekuna praktyki	
Opieka specjalistyczna nad kobietą i jej rodziną w ujęciu interdyscyplinarnym (60h) <ul style="list-style-type: none"> • oddział ginekologii onkologicznej, onkologii ginekologicznej lub chirurgii onkologicznej • poradnia leczenia bólu • poradnia diabetologiczna • gabinet położnej POZ 	Semestr I 30h			
	Semestr II 30h			
Diagnostyka USG w położnictwie i ginekologii (20h) <ul style="list-style-type: none"> • pracownia USG 	Semestr I 10h			
	Semestr II 10h			
Zarządzanie w położnictwie (20h) <ul style="list-style-type: none"> • pion administracyjny podmiotu wykonującego działalność leczniczą 	Semestr II 20h			
Edukacja w praktyce zawodowej położnej (60h) <ul style="list-style-type: none"> • praktyka położnej rodzinnej • położnej POZ • poradnia laktacyjna 	Semestr I 20h			
	Semestr II 40h			
Uwagi (np. wniosek o przełożenie praktyki na semestr następny, IOS, itp.): 				
Potwierdzenie spotkania z opiekunem praktyki przed rozpoczęciem praktyki (data podpis) Pieczętka i podpis kierownika praktyk zawodowych		

Spełnienie wymagań odnośnie doboru placówki/opiekuna w placówce		
		Imię i nazwisko studenta	nr albumu
Lp.	Placówka	Kryteria doboru placówki ¹	Zadania 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)