

## KRYTERIUM OCENY MIEJSCA PRAKTYK ZAWODOWYCH – UMOWY INDYWIDUALNE

STUDENCKIE PRAKTYKI ZAWODOWE - KIERUNEK PIELĘGNIARSTWO II STOPIEŃ OPIEKA ONKOLOGICZNA - 40h dydaktycznych			
Imię i nazwisko studenta/tki.....nr albumu.....			
Rok akademicki		Planowany termin odbywania praktyki	
IMIĘ, NAZWISKO, DANE KONTAKTOWE OPIEKUNA PRAKTYK ZAWODOWYCH Z RAMIENIA UCZELNI.	IMIĘ, NAZWISKO	PIECZĘĆ/PODPIS ELEKTRONICZNY OPIEKUNA MERYTORYCZNEGO PRAKTYK ZAWODOWYCH Z RAMIENIA UCZELNI	
NAZWA PLACÓWKI		PIECZĘĆ PLACÓWKI	
ADRES PLACÓWKI			
DYREKTOR PLACÓWKI	IMIĘ, NAZWISKO		
NAZWA ODDZIAŁU			
PROFIL ODDZIAŁU			
IMIĘ, NAZWISKO, NR TEL. DO KONTAKTU Z OPIEKUNEM PRAKTYKI ZAWODOWEJ W PLACÓWCE.	IMIĘ, NAZWISKO	PIECZĘĆ OPIEKUNA PRAKTYK ZAWODOWYCH W PLACÓWCE	
	TEL. KONTAKTOWY:		

OPIEKUN STUDENCKICH PRAKTYK ZAWODOWYCH W PLACÓWCE PROSZONY JEST O ZDEKLAROWANIE PONIŻEJ, KTÓRE EFEKTY UCZENIA SIĘ STUDENT MOŻE ZREALIZOWAĆ W ODDZIALE, W KTÓRYM UBIEGA SIĘ O MOŻLIWOŚĆ REALIZOWANIA PRAKTYK. OBOK EFEKTU KSZTAŁCENIA PROSZĘ WPISAĆ:  
**0** – STUDENT PRAWDOPODOBNIENIE NIE BĘDZIE MIAŁ MOŻLIWOŚCI ZREALIZOWANIA EFEKTU UCZENIA SIĘ,  
**1** – STUDENT PRAWDOPODOBNIENIE BĘDZIE MÓGŁ ZREALIZOWAĆ EFEKT UCZENIA SIĘ.

WYKAZ UMIEJĘTNOŚCI PRAKTYCZNYCH W ZAWODZIE PIEŁĘGNIARKI:		0/1
B.W4.	Zna objawy i skutki uboczne działania leków zawierających określone substancje czynne.	
B.W34.	Zna etiopatogenezę nowotworzenia, epidemiologię i profilaktykę chorób nowotworowych.	
B.W35.	Zna zasady leczenia i opieki nad pacjentem z chorobą nowotworową, w tym terapii spersonalizowanej.	
B.W36.	Zna zasady i sposoby pielęgnowania pacjenta po radioterapii i chemioterapii.	
B.W37.	Zna metody rozpoznawania reakcji pacjenta na chorobę i leczenie onkologiczne.	
B.U37.	Planuje opiekę nad pacjentami z wybranymi chorobami nowotworowymi leczonymi systemowo.	
SUMA*		

\*Możliwość realizacji praktyki zawodowej w placówce przy uzyskaniu **min. 80%** deklarowanych efektów uczenia się, które student może zrealizować w oddziale\*

Oświadczam, że deklarowane umiejętności praktyczne w zawodzie pielęgniarki poświadczone zostały zgodnie z zasadami Etyki Zawodu Pielęgniarki i Położnej oraz poświadczam, iż Student będzie miał możliwość realizacji ich podczas odbywania Praktyki Zawodowej.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z dokumentacją dotyczącą realizacji przez Studenta Praktyk Zawodowych: Regulamin Praktyk Zawodowych oraz Ramowym Program Praktyk Zawodowych dot. wskazanego przedmiotu.

.....  
 Data, pieczęć i podpis  
 Opiekuna Praktyk z ramienia Placówki