

KRYTERIUM OCENY MIEJSCA PRAKTYK ZAWODOWYCH – UMOWY INDYWIDUALNE

STUDENCKIE PRAKTYKI ZAWODOWE - KIERUNEK PIELĘGNIARSTWO II STOPIEŃ PRACOWNIA ENDOSKOPOWA - 40h dydaktycznych			
Imię i nazwisko studenta/teki.....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.W8.	Zna organizację i funkcjonowanie pracowni endoskopowej oraz zasady wykonywania procedur endoskopowych.	
B.W9.	Zna diagnostyczne i terapeutyczne możliwości endoskopii w zakresie przewodu pokarmowego, dróg oddechowych, urologii, ginekologii, laryngologii, anestezjologii i ortopedii.	
B.W10.	Zna zasady prowadzenia dokumentacji medycznej obowiązujące w pracowni endoskopowej.	
B.U8.	Potrafi uczyć pacjenta i jego rodzinę postępowania przed planowanym i po wykonanym procesie diagnostyki i terapii endoskopowej.	
B.U9.	Potrafi współuczestniczyć w procesie diagnostyki i terapii endoskopowej.	
B.U10.	Potrafi prowadzić dokumentację medyczną w pracowni endoskopowej.	
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 poświadczane 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