

KARTA ZALICZENIA PRAKTYK ZAWODOWYCH II rok I^o semestr III i IV rok akademicki 2025/2026					 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		
	Ginekologia i opieka ginekologiczna OS-GiOG 110h		Sem. III 70h	Sem. IV 40h				
	Położnictwo i opieka położnicza OS- PiOP 110h		Sem. III 30h	Sem. IV 80h				
	Techniki położnicze i prowadzenie porodu OS-TPiPP 150h		Sem. III 60h	Sem. IV 90h				
	Podstawowa opieka zdrowotna OS-POZ 80h		Sem. III 40h	Sem. IV 40h				
	Choroby wewnętrzne OS- ChW 40h		Sem IV 40h				IV	
	Psychiatria OS-Psych 40h		Sem. IV 40h				IV	
	Pediatryka i pielęgniarstwo pediatryczne OS-PiIPP 40h		Sem. IV 40h				IV	
Rodzaj świadczenia/wymagana liczba świadczeń wg standardu			Liczba świadczeń				Potwierdzenie opiekuna praktyki	
			wymaganych po I roku	uzyskanych w Sem. III Sem. IV		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, pieczęć i podpis kierownika praktyk zawodowych		

OCENA SPEŁNIENIA WYMAGAŃ ODNOŚNIE DOBORU PLACÓWKI/OPIEKUNA W PLACÓWCE					
II rok I^o semestr III i IV rok akademicki 2025/2026				imię i nazwisko studenta	nr albumu
Lp.	Przedmiot(y)/placówka	Ocena spełnienia kryteriów doboru placówki ¹		Ocena spełnienia zadań 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)

