



KARTA ZALICZENIA PRAKTYK ZAWODOWYCH							imię i nazwisko studenta		nr albumu	
III rok I ^o semestr V i VI rok akademicki 2025/2026										
DATA ZWRÓTU Semestr V	Przedmiot/grupa przedmiotów/liczba godzin zgodna z planem studiów	DATA ZWRÓTU Semestr VI	Placówka/data realizacji/ liczba godzin zrealizowanych/ocena					Podpis opiekuna/ zaliczenie semestru		
			Sem. V	Sem. VI			V	VI		
	Techniki położnicze i prowadzenie porodu OS-TPIP 210h		Sem. V 100h	Sem. VI 110h						
	Neonatologia i opieka neonatologiczna OS-NION 80h		Sem. V 40h	Sem. VI 40h						
	Chirurgia OS-Chir 40h		Sem. V 40h				V			
	Anestezjologia i stany zagrożenia życia OS-AISZ 40h		Sem. VI 40h				VI			
Rodzaj świadczenia/wymagana liczba świadczeń wg standardu			Liczba świadczeń				Potwierdzenie opiekuna praktyki			
			wymaganych po I i II roku	za I i II rok	uzyskanych Sem. V	Sem. VI	Ogółem I –II rok			
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, pieczęć i podpis kierownika praktyk zawodowych
--	--



OCENA SPEŁNIENIA WYMAGAŃ ODNOŚNIE DOBORU PLACÓWKI/OPIEKUNA W PLACÓWCE

III rok I^o semestr V I VI rok akademicki 2025/2026

Lp.	Przedmiot(y)/placówka	 imię i nazwisko studenta Ocena spełnienia kryteriów doboru placówki ¹	 nr albumu 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)