

## KRYTERIUM OCENY MIEJSCA PRAKTYK ZAWODOWYCH – UMOWY INDYWIDUALNE

<b>STUDENCKIE PRAKTYKI ZAWODOWE: kierunek pielęgniarstwo I stopień PEDIATRIA I PIELĘGNIARSTWO PEDIATRYCZNE – 160h dydaktycznych</b>			
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 prawdopodobnie nie będzie miał możliwości zrealizowania efektu uczenia się, **1** – student prawdopodobnie będzie mógł zrealizować efekt uczenia się.

Wykaz umiejętności praktycznych w zawodzie pielęgniarstwa:		0/1
EUs_W7, EUs_W8, EUs_U1	Definiowanie specyfiki pracy pielęgniarstwa na oddziale pediatrycznym	
EUs_U2 - EUs_U10	Kształtowanie umiejętności praktycznych w zakresie opieki nad dzieckiem w różnych stanach chorobowych z uwzględnieniem wieku	
EUs_U2 - EUs_U10, EUs_W6, EUs_W7	Sprawowanie opieki nad dzieckiem niepełnosprawnym i jego rodziną	
EUs_U8, EUs_U9, EUs_U10	Doskonalenie umiejętności podawania leków różnymi drogami.	
EUs_W6, EUs_U7	Zasady i technika karmienia dziecka z uwzględnieniem stanu zdrowia i wieku dziecka	
EUs_U6	Doskonalenie umiejętności praktycznych w zakresie komunikowania się z pacjentem oraz zespołem terapeutycznym	
SUMA*		

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

Data i podpis  
Opiekuna praktyk z ramienia Placówki