

## KRYTERIUM OCENY MIEJSCA PRAKTYK ZAWODOWYCH – UMOWY INDYWIDUALNE

| STUDENCKIE PRAKTYKI ZAWODOWE - KIERUNEK PIELĘGNIARSTWO II STOPIEŃ<br>OPIEKA I EDUKACJA TERAPEUTYCZNA W CHOROBYCH PRZEWLEKŁYCH UKŁADU<br>ODDECHOWEGO – 40 godzin 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 PRAWDOPODOBNIE NIE BĘDZIE MIAŁ MOŻLIWOŚCI ZREALIZOWANIA EFEKTU UCZENIA SIĘ,

**1** – STUDENT PRAWDOPODOBNIE BĘDZIE MÓGŁ ZREALIZOWAĆ EFEKT UCZENIA SIĘ.

| WYKAZ UMIEJĘTNOŚCI PRAKTYCZNYCH W ZAWODZIE PIEŁĘGNIARKI: |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 0/1 |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| B.U24.                                                   | planować i prowadzić edukację terapeutyczną pacjenta w zakresie samoobserwacji i samopielęgnacji oraz jego rodziny lub opiekuna w zakresie opieki nad pacjentem z chorobą przewlekłą (przewlekłą niewydolnością krążenia, zaburzeniami rytmu serca i nadciśnieniem tętniczym, POChP, cukrzycą); |     |
| B.U25.                                                   | wykorzystywać nowoczesne technologie informacyjne do monitorowania stanu pacjentów z chorobami przewlekłymi;                                                                                                                                                                                    |     |
| B.U26.                                                   | wykonywać badania diagnostyczne stosowane w przewlekłych chorobach układu oddechowego i interpretować ich wyniki;                                                                                                                                                                               |     |
| B.U80.                                                   | stwierdzać wskazania zdrowotne wynikające ze stanu pacjenta;                                                                                                                                                                                                                                    |     |
| OEUs_K1                                                  | dokonywania krytycznej oceny działań własnych i działań współpracowników przy zachowaniu szacunku dla różnic światopoglądowych i kulturowych;                                                                                                                                                   |     |
| OEUs_K2                                                  | formułowania opinii dotyczących różnych aspektów działalności zawodowej i zasięgania porad ekspertów w przypadku trudności z samodzielnym rozwiązaniem problemów;                                                                                                                               |     |
| OEUs_K3                                                  | okazywania dbałości o prestiż zawodu pielęgniarki i solidarność zawodową;                                                                                                                                                                                                                       |     |
| OEUs_K4                                                  | rozwiązywania złożonych problemów etycznych związanych z wykonywaniem zawodu pielęgniarki i wskazywania priorytetów w realizacji określonych zadań;                                                                                                                                             |     |
| OEUs_K5                                                  | ponoszenia odpowiedzialności za realizowane świadczenia zdrowotne;                                                                                                                                                                                                                              |     |
| OEUs_K6                                                  | wykazywania profesjonalnego podejścia do strategii marketingowych przemysłu farmaceutycznego i reklamy jego produktów;                                                                                                                                                                          |     |
| 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