

KARTA ZALICZENIA PRAKTYK ZAWODOWYCH I rok I^o semestr I i II rok akademicki 2026/2027				 imię i nazwisko studenta		 nr albumu	
DATA ZWROTU Semestr I	Przedmiot/grupa przedmiotów/liczba godzin zgodna z planem studiów	DATA ZWROTU Semestr II	Placówka/data realizacji/ liczba godzin zrealizowanych/ocena		Podpis opiekuna/ zaliczenie semestru		
			Sem. I	Sem. II	I	II	
	Podstawy praktyki zawodowej położnej OS- PPZP 80h		Sem. I 40h	Sem. II 40h			
	Techniki położnicze i prowadzenie porodu OS- TPiPP 30h		Sem. I Brak	Sem. II 30h	II		
	Położnictwo i opieka położnicza OS- PiOP 120h		Sem. I 40h	Sem. II 80h			
Rodzaj świadczenia/wymagana liczba świadczeń wg standardu			Liczba świadczeń			Potwierdzenie opiekuna praktyki	
			uzyskanych w		wymaga nych po I roku		uzyskanych łącznie za I rok
			Sem. I	Sem. II			
Poradnictwo dla kobiet ciężarnych obejmujące badania prenatalne 100					30		
Opieka nad kobietą ciężarną 40					10		
Opieka nad położnicą i zdrowym noworodkiem 100					30		
Opieka nad ciężarną, rodzącą, położnicą, noworodkiem w przebiegu patologii 40					10		
Raport z dyżuru/proces pielęgowania			z każdego dnia dyżuru/1 na semestr				
Uwagi (np. wniosek o przełożenie praktyki na semestr następny, niewypracowanie wymaganej liczby świadczeń, itp.):						Data, pieczętka i podpis kierownika praktyk zawodowych	
Potwierdzenie spotkania z opiekunem praktyki przed rozpoczęciem praktyki (data podpis)							

OCENA SPEŁNIENIA WYMAGAŃ ODNOŚNIE DOBORU PLACÓWKI/OPIEKUNA W PLACÓWCE				 imię i nazwisko studenta	 nr albumu
I rok I ⁰ semestr I i II rok akademicki 2026/2027					
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)