

KARTA ZALICZENIA PRAKTYK ZAWODOWYCH							
II rok I ^o semestr III i IV rok akademicki 2026/2027					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 200h		Sem. III 60h	Sem. IV 140h			
	Położnictwo i opieka położnicza OS- PiOP 80h		Sem. III 80h	Sem. IV brak	III		
	Techniki położnicze i prowadzenie porodu OS-TPiPP 210h		Sem. III 90h	Sem. IV 120h			
	Neonatologia i opieka neonatologiczna OS-NiON 80h		Sem. III 40h	Sem. IV 40h			
	Psychiatria OS-Psych 40h		Sem. III brak	Sem. IV 40h	IV		
	Pediatryka i pielęgniarstwo pediatryczne OS-PiIPP 40h		Sem. III brak	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 I⁰ semestr III i IV rok akademicki 2026/2027		 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)