

KARTA ZALICZENIA PRAKTYK ZAWODOWYCH							
III rok I ^o semestr V i VI rok akademicki 2026/2027				 imię i nazwisko studenta			
				 nr albumu			
DATA ZWROTU Semestr V	Przedmiot/grupa przedmiotów/liczba godzin zgodna z planem studiów	DATA ZWROTU 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-TPiPP 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-AiSZŻ 40h		Sem. VI 40h		VI		
Rodzaj świadczenia/wymagana liczba świadczeń wg standardu			Liczba świadczeń			Potwierdzenie opiekuna praktyki	
			wymaganych	uzyskanych			Ogółem I–III rok
			po I i II roku	za I i II rok	Sem. V		
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 pielęgowania			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, pieczętka i podpis kierownika praktyk zawodowych	

OCENA SPEŁNIENIA WYMAGAŃ ODNOŚNIE DOBORU PLACÓWKI/OPIEKUNA W PLACÓWCE III rok I^o semestr V I VI 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)