Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach

KARTA SEMESTRALNEGO ZALICZENIA PRAKTYK ZAWODOWYCH

SEMESTR III i IV **ROK AKADEMICKI 2026/2027**

II° Niestacjonarne

…… ……

Imię i nazwisko studenta **nr albumu**

Przedmiot/grupa przedmiotów/liczba godzin zgodna z planem studiów	Data zwrotu dokumentów (umowa i/lub skierowanie)	Placówka/data realizacji	Ocena i potwierdzenie opiekuna praktyki
Opieka specjalistyczna nad kobietą i jej rodziną w ujęciu interdyscyplinarnym oraz edukacja w praktyce zawodowej położnej - praktyka zawodowa (40h) • oddział ginekologii onkologicznej, onkologii ginekologicznej lub chirurgii onkologicznej • poradnia leczenia bólu • poradnia diabetologiczna gabinet położnej POZ	**Semestr III 40h**		
Diagnostyka USG w położnictwie i ginekologii (20h) • pracownia USG	**Semestr III 10h**		
	Semestr IV 10h		
Ordynowanie leków i wypisywanie recept (20h)	**Semestr IV 20h**		
Zarządzanie w praktyce zawodowej położnej (20h)	**Semestr IV 20h**		

Uwagi (np. wniosek o przełożenie praktyki na semestr następny, IOS, itp.):

Potwierdzenie spotkania z opiekunem praktyki przed rozpoczęciem praktyki (data podpis) ……	…… Pieczątka i podpis kierownika praktyk zawodowych

Spełnienie wymagań odnośnie doboru placówki/opiekuna w placówce SEMESTR III i IV ROK AKADEMICKI 2026/2027		…… **Imię i nazwisko studenta**	…… **nr albumu**
Lp.	Placówka	Kryteria doboru placówki[1]	Zadania 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)