**Pieczęć placówki**

**PAŃSTWOWA WYŻSZA SZKOŁA ZAWODOWA**

**im. WITELONA w LEGNICY**

**ul. Sejmowa 5A, 59-220 Legnica**

|  |
| --- |
| **KARTA PRZEBIEGU PRAKTYKI****Kierunek: PIELĘGNIARSTWO I stopnia****Moduł: Praktyka zawodowa – PODSTAWY PIELĘGNIARSTWA****Studia stacjonarne** **Rok akademicki 2018/2019 Semestr: 2 Liczba godzin praktyki: 120**  |

#### Imię i nazwisko studenta:.................................................................... Nr albumu: ………….

Nazwa i adres placówki: ..........................................................................................................................

**Termin realizacji praktyki:**……………………………………………………………………………..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Zakładany efekt kształcenia studenta**  | **Data** | **Ocena****(2-5)** | **Podpis opiekuna praktyki**  |
| 1. | Uczestniczy w zadaniach realizowanych przez pielęgniarki w zespole terapeutycznym. |  |  |  |
| 2. | Prowadzi niezbędną dokumentację medyczną obowiązującą w oddziale. |  |  |  |
| 3. | Utrwala i doskonali umiejętności pielęgniarskie z zakresu działań opiekuńczych. |  |  |  |
| 4. | Utrwala i doskonali umiejętności pielęgniarskie z zakresu działań terapeutycznych |  |  |  |
| 5. | Utrwala i doskonali umiejętności pielęgniarskie z zakresu działań diagnostycznych. |  |  |  |
| 6. | Utrwala i doskonali umiejętności pielęgniarskie z zakresu działań usprawniających. |  |  |  |
| 7. | Gromadzi informacje o pacjencie metodą wywiadu, obserwacji, pomiarów bezpośrednich i pośrednich, analizy dokumentacji , badania fizykalnego w celu rozpoznawania jego stanu zdrowia i formułuje diagnozy pielęgniarskie. |  |  |  |
| 8. | Ustala cele i planu opieki nad człowiekiem chorym lub niepełnosprawnym. |  |  |  |
| 9. | Planuje i realizuje opiekę pielęgniarską wspólnie z chorym lub niepełnosprawnym i jego rodziną. |  |  |  |
| 10. | Monitoruje stan zdrowia pacjenta na wszystkich etapach jego pobytu w szpitalu, dokonuje bieżącej i końcowej oceny stanu zdrowia pacjenta i skuteczności działań pielęgniarskich. |  |  |  |
| 11. | Współdziała w ramach zespołu interdyscyplinarnego w rozwiązywaniu dylematów etycznych z zachowaniem zasad kodeksu etyki zawodowej. |  |  |  |
| 12. | Wykazuje odpowiedzialność moralną za człowieka i wykonywanie zadań zawodowych |  |  |  |
| 13. | Szanuje godność i autonomię osób powierzonych opiece. Przestrzega praw pacjenta. |  |  |  |
| 14. | Szanuje godność i autonomię osób powierzonych opiece Przestrzega praw pacjenta. |  |  |  |
| **Ocena ogólna z praktyki wystawiona przez opiekuna praktyki w placówce:** |  |  |  |

Uwagi opiekuna praktyki:

....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

\*Liczymy średnią tylko wówczas, gdy student otrzyma pozytywne oceny z zakładanych efektów we wszystkich kategoriach. W przypadku
otrzymania oceny niedostatecznej z zakładanych efektów w kategorii wiedza lub/i umiejętności lub/i kompetencje społeczne student nie zalicza praktyki.

Skala ocen: 5 (bdb); 4,5 (db plus); 4 (db); 3,5 (dst plus); 3 (dst); 2 (ndst).

 ………...................................... ……………………

Podpis i pieczęć opiekuna praktyki pieczęć placówki

**PAŃSTWOWA WYŻSZA SZKOŁA ZAWODOWA**

 **im. WITELONA W LEGNICY**

**ul. Sejmowa 5a, 59-220 Legnica, tel. 76 723 22 21**

**WERYFIKACJA ZAKŁADANYCH EFEKTÓW KSZTAŁCENIA**

(Wypełnia opiekun praktyki z Uczelni)

1. Po dokonaniu analizy zgodności celów praktyki, założonych efektów kształcenia
i wykonywanych czynności w placówce/instytucji stwierdzam, że student osiągnął wszystkie wymagane efekty kształcenia.
2. Do analizy wykorzystano także dodatkowe warunki wskazane do zaliczenia praktyki:\* rozmowę ze studentem, rozmowę z opiekunem praktyk w placówce/instytucji, dziennik praktyk, inne formy(wpisać jakie):

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

**Data……………………………………………..**

**Ocena ogólna z praktyki:** .............................................................................

Opiekun praktyki z Uczelni: …………………………………………………

 (podpis i pieczątka)

\*właściwe podkreślić

**OPINIA Z PRZEBIEGU PRAKTYKI – SAMOOCENA STUDENTA**

(WYPEŁNIA STUDENT)

**Imię i nazwisko studenta:** ................................................................................ **Nr albumu:** ………….

Nazwa i adres placówki: …………………………………………………………………………………

Moduł:…………………………………………………………………………………………………….

Kierunek studiów: ……………………………………………………………………………………….

Termin realizacji praktyki**:** ………………………………………………………………………………

1. W czasie odbywania praktyki nauczyłam/em się:

a) w zakresie wiedzy:

…………………………………………………………………………………………………................

……………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………................

b) w zakresie umiejętności:

…………………………………………………………………………………………………................

……………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………................

c) w aspekcie cech osobistych, motywacji do działania itp.:

…………………………………………………………………………………………………................

……………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………................

d) inne:

…………………………………………………………………………………………………................

……………………………………………………………………………………………………………

2. Samoocena postawy studenta:

*Proszę dokonać samooceny swojej postawy jako praktykanta w skali 0 – 2 w zakresie poniższych elementów, gdzie 2 oznacza najwyższą wartość.*

 a) punktualność 0 1 2

 b) kultura słowa 0 1 2

c) rzetelne podejście do obowiązków związanych z praktyką 0 1 2

d) umiejętność nawiązania kontaktu z pacjentem 0 1 2

e) relacje z opiekunem praktyki 0 1 2

Podpis studenta: …………………………………………………….