****

**PAŃSTWOWA WYŻSZA SZKOŁA ZAWODOWA**

**im. WITELONA w LEGNICY**

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

|  |
| --- |
| **KARTA PRZEBIEGU PRAKTYKI ZAWODOWEJ****Moduł: PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA**Kierunek: **PIELĘGNIARSTWO****Studia drugiego stopnia – stacjonarne**.**Rok akademicki 2019/2020 Semestr: 1** **Liczba godzin praktyki zawodowej: 20** |

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

**Nazwa i adres zakładu pracy:** ……………………………………………………………………………………………………………..

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

**Termin realizacji praktyki zawodowej:** ...................................................................................................................................................................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Potwierdzenie uzyskanych efektów uczenia się:** W zakresie umiejętności absolwent potrafi: | **Data** | **Ocena****(2-5)** | **Podpis opiekuna praktyki**  |
| 1. | B.U1. dobierać i przygotowywać zapis form recepturowych leków zawierających określone substancje czynne, na podstawie ukierunkowanej oceny stanu pacjenta |  |  |  |
| 2. | B.U2. Interpretować charakterystyki farmaceutyczne produktów leczniczych, |  |  |  |
| 3. | B.U3 ordynować leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne oraz wystawiać na nie recepty lub zlecenia |  |  |  |
| 4. | B.U4. dobierać i zlecać środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne w zależności od potrzeb pacjenta |  |  |  |
| 5. | B.U16. dobierać i stosować metody oceny stanu zdrowia pacjenta w ramach posiadanych uprawnień zawodowych |  |  |  |
| 6. | B.U18 Wdrażać działanie terapeutyczne w zależności od oceny stanu pacjenta w ramach posiadanych uprawnień zawodowych |  |  |  |
| 7. | B.U19. koordynować realizację świadczeń zdrowotnych dla pacjentów ze schorzeniami przewlekłymi |  |  |  |
| **Ocena końcowa (średnia ocen za efekty)\*** |  |  |  |

\*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.

 **Ocena ogólna z praktyki zawodowej wystawiona przez zakładowego opiekuna praktyk:** ………………………......................................................................

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

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

 Data Pieczątka zakładu pracy Podpis i pieczątka zakładowego opiekuna praktyk

**PAŃSTWOWA WYŻSZA SZKOŁA ZAWODOWA**

 **im. WITELONA W LEGNICY**

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

**WERYFIKACJA ZAKŁADANYCH EFEKTÓW UCZENIA SIĘ**

(Wypełnia opiekun praktyk)

1. Po dokonaniu analizy zgodności celów praktyki zawodowej, założonych efektów uczenia się
i wykonywanych czynności w zakładzie pracy stwierdzam, że student osiągnął wszystkie wymagane efekty uczenia się.
2. Do analizy wykorzystano także dodatkowe warunki wskazane do zaliczenia praktyki zawodowej:\* rozmowę ze studentem, rozmowę z zakładowym opiekunem praktyk, inne formy

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

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

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

Opiekun praktyk: ……………………………………………………………..………

 (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: …………………………………………………….