**……………………………………**

**Pieczęć uczelni**

Wykaz umiejętności praktycznych dla studentów pielęgniarstwa – studia II stopnia

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko studenta** | ……………………………………………………………… |
| **Nr albumu** | ………………………….. |
| **Rok rozpoczęcia studiów** | ………………………….. |

**SPIS TREŚCI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Wstęp………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. | 3. |
| 1. | Sylwetka absolwenta ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………. | 4. |
| 2. | Cele i metody kształcenia praktycznego………………………………………………………………………………………………………………………………. | 5. |
| 3. | Organizacja i przebieg praktyk zawodowych – zakres czynności mentora……………………………………………………………………………………….. | 6. |
| 4. | Regulamin odbywania praktyk zawodowych – prawa i obowiązki studenta……………………………………………………………………………………… | 7. |
| 5. | Kryteria zaliczenia praktyki zawodowej ………………………………………………………………………………………………………………………………. | 8. |
| 6. | Kryteria oceny umiejętności praktycznych ……………………………………………………………………………………………………………………...……. | 11. |
| 7. | Kryteria oceny postawy studenta na praktykach zawodowych…………………………………………………………………………………………………….. | 12. |
| 8. | Kryteria wyboru i oceny placówki dla potrzeb kształcenia praktycznego studentów WnoZ - wzór……………………………………………………………... | 13. |
| 9 | Kryteria doboru mentora praktyk zawodowych dla kierunku Pielęgniarstwo - wzór………………………………………………………………………………. | 16. |
| 10. | Karta przebiegu praktyki zawodowej – wzór………………………………………………………………………………………………………………………….. | 17. |
| 11. | Karta przebiegu praktyki dydaktycznej – wzór………………………………………………………………………………………………………………………… | 18. |
| 12. | Arkusz ewaluacyjny przebiegu praktyki zawodowej - wzór…………………………………………………………………………………………………………. | 19. |
| 13. | Ramowy plan przebiegu praktyki zawodowej – obciążenia godzinowe……………………………………………………………………………………………. | 21. |
| 14. | Programy praktyk zawodowych………………………………………………………………………………………………………………………………………… | 22. |
| 15. | Wykaz praktycznych umiejętności zawodowych dla studentów kierunku pielęgniarstwo-studia drugiego stopnia……………………………………………. | 26. |
| 16. | Szczególne osiągnięcia studenta………………………………………………. ……………………………………………………………………………………... | 41. |
| 17. | Karty zaliczenia praktyk zawodowych …………………………………………………………………………………………………………………………………. | 42. |
| 18. | Skala weryfikacji kompetencji społecznych w odniesieniu do efektów kształcenia……………………………………………………………………………….. | 50.. |
| 19. | Przedmioty, których co najmniej 5% godzin zajęć prakycznych lub ćwiczeń realizowane jest w Centrum Symulacji Medycznej…………………………... | 51 |
| 20. | Podstawy prawne i zespół redakcyjny …………………………………………………………………………………………………………………………… | 52. |

**WSTĘP**

Celem wprowadzenia dzienniczka praktyk zawodowych jest udokumentowanie utrwalania wiedzy i zdobywanie nowych kompetencji zawodowych w toku kształcenia praktycznego, zgodnie z sylwetką absolwenta studiów magisterskich na kierunku pielęgniarstwo oraz standardami nauczania.

Rejestr umiejętności praktycznych pozwala na ocenę stopnia wdrożenia do praktyki wiedzy i umiejętności, które student zdobywa w przebiegu kształcenia.

Praktyka zawodowa odbywa się pod nadzorem mentorów (opiekunów praktyk w danej placówce) w zakładach opieki zdrowotnej, szpitalach, klinikach, domach pomocy społecznej, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, hospicjach, uczelniach. Praktyka śródroczna dla studentów studiów stacjonarnych II stopnia odbywa się w placówkach uczelnianych. Studenci studiów niestacjonarnych organizują praktykę indywidualnie. Mogą odbyć ją w placówce uczelnianej (wówczas nie wymagany jest arkusz oceny placówki) lub  innej, wybranej, np. w jego miejscu zamieszkania.

Warunkiem odbycia praktyki w wybranej przez studenta placówce jest uzyskanie pozytywnych ocen placówki oraz mentora praktyk zawodowych, zgodnie z kryteriami zawartymi w Arkuszu wyboru i oceny placówki dla potrzeb kształcenia praktycznego studentów WNoZ oraz Kryteriach doboru mentora praktyk zawodowych. Decyzję o możliwości odbycia w niej praktyki podejmuje Kierownik jednostki/ Opiekun praktyk zawodowych wskazany przez Kierownika jednostki, w przedmiocie której praktyka ma być realizowana. Dostarczane przez studenta arkusze ocen placówki i mentora powinny być czytelnie wypełnione, podpisane i opatrzone stosownymi pieczęciami. Do dokumentacji należy dołączyć wstępną zgodę przedstawiciela placówki na odbywanie w niej praktyki przez studenta. W podaniu o zgodę na indywidualną organizację praktyki student powinien wyraźnie zaznaczyć, jakiego zakresu (przedmiotu) dotyczy praktyka, w jakiej placówce, na jakim oddziale, pod czyją opieką, w jakim terminie student będzie ją realizował. Po otrzymaniu decyzji opiekuna praktyki/Kierownika Zakładu student składa pismo do Dziekana o zgodę na zawarcie porozumienia, przekazując całość dokumentacji do dziekanatu WNoZ. Działania te są niezbędne dla dopełnienia formalności związanych z zawarciem porozumień między uczelnią i placówką.

Przed rozpoczęciem praktyk w wybranej przez siebie placówce student zobligowany jest wydrukować tzw. pakiet mentora (z zakresu danego przedmiotu), który przekazuje osobie sprawującej opiekę nad realizacją jego praktyki. Pakiet zawiera przede wszystkim program i tematykę praktyk, zakładane efekty kształcenia, kryteria weryfikacji osiągnięcia efektów kształcenia, regulamin praktyk.

Wpisu oraz potwierdzenia zaliczenia końcowego praktyk zawodowych dokonują mentorzy prowadzący zajęcia. Wpisy powinny być dokonywane w sposób czytelny. Warunkiem zaliczenia umiejętności praktycznej przez studenta jest opanowanie umiejętności w stopniu wyznaczonym przez Kryteria zaliczenia umiejętności zawodowych.

Po zakończeniu praktyk zawodowych w danym cyklu dydaktycznym student zobligowany jest do wydrukowania i wypełnienia ankiety ewaluacji praktyki zawodowej, osobno dla każdego przedmiotu. Ankieta dostępna jest na stronie dziekanatu WNoZ, w zakładce Sprawy ogólne/Praktyki zawodowe/Pielęgniarstwo, podobnie jak arkusze ocen placówki oraz mentora.

Obowiązkiem studenta jest bieżące zaliczanie umiejętności praktycznych, składanie Wykazu w Dziekanacie Nauk   
o Zdrowiu po zaliczeniu praktyk zawodowych objętych planem nauczania w danym roku.

Ostateczne złożenie Wykazu w Dziekanacie Nauk o Zdrowiu przed sesją egzaminacyjną semestru letniego III roku studiów stanowi warunek dopuszczenia do egzaminu dyplomowego.

1. **SYLWETKA ABSOLWENTA**

Dyplom magistra pielęgniarstwa uzyskuje absolwent studiów drugiego stopnia kierunku pielęgniarstwo, który:

1. posiada specjalistyczną wiedzę z zakresu pielęgniarstwa i nauk medycznych;
2. w zakresie umiejętności potrafi:
3. rozwiązywać problemy zawodowe, szczególnie związane z podejmowaniem decyzji w sytuacjach trudnych wynikających ze specyfiki zadań zawodowych i warunków ich realizacji,
4. określać standardy profesjonalnej opieki w każdym wieku i stanie zdrowia oraz wdrażać je do praktyki zawodowej,
5. prowadzić badania naukowe w zakresie swojej specjalności oraz upowszechniać ich wyniki w celu rozwoju zawodu, wiedzy i praktyki pielęgniarskiej, podnoszenia jakości świadczeń oraz prowadzenia wymiany informacji,
6. organizować i nadzorować opiekę pielęgniarską, z uwzględnieniem przyjętych teorii i koncepcji opieki,
7. organizować pracę podwładnych i własną zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, zabezpieczając interesy pacjentów, pracowników i organizacji,
8. wykorzystywać przepisy prawa w działalności zawodowej oraz stosować je w praktyce w zarządzaniu organizacją, jej częścią lub zespołem pracowniczym (pielęgniarek i położnych),
9. opracowywać założenia polityki kadrowej oraz planu zatrudnienia personelu odpowiednio do strategii i zapotrzebowania pacjentów na opiekę pielęgniarską,
10. opracowywać i wdrażać do praktyki zawodowej narzędzia monitorowania i oceny jakości opieki pielęgniarskiej,
11. dokonywać wyboru i stosować określone metody, techniki organizatorskie i techniki zarządzania w badaniu, rozwiązywaniu problemów organizacyjnych i usprawnianiu pielęgniarstwa,
12. dokonywać wyboru optymalnych i stosować wybrane metody nauczania i uczenia się, w zależności od specyfiki treści nauczania oraz celu, który należy osiągnąć,
13. opracowywać programy edukacji zdrowotnej i realizować je w odniesieniu do wybranego środowiska społecznego, z uwzględnieniem potrzeb społeczności lokalnych.

Absolwent studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo jest przygotowany do podjęcia studiów trzeciego stopnia (doktoranckich).

1. **CELE I METODY KSZTAŁCENIA PRAKTYCZNEGO**

Praktyki zawodowe zmierzają do zastosowania w praktyce nabytej przez studenta wiedzy i umiejętności oraz rozwiązywania problemów w sytuacjach rzeczywistych, w typowych miejscach pracy pielęgniarki, w instytucjach ochrony zdrowia i opieki społecznej.

Celem praktyki zawodowej jest:

* doskonalenie i utrwalenie nabytych wcześniej umiejętności (podczas kształcenia na studiach licencjackich oraz w warunkach ćwiczeń klinicznych odbywających się pod kierunkiem nauczyciela), w zakresie obserwacji i gromadzenia informacji o pacjencie, czynności higieniczno-pielęgnacyjnych, pielęgnacyjno-leczniczych, diagnostycznych, rehabilitacyjnych, komunikowania się oraz prowadzenia dokumentacji,
* doskonalenie umiejętności doboru metod i sposobów pielęgnowania w zależności od sytuacji, którą jest stan zdrowia pacjenta i warunki pracy,
* doskonalenie umiejętności organizowania pracy własnej, współpracy, współdziałania w zespole, nabywanie umiejętności samodzielnego podejmowania decyzji,
* kształtowanie właściwej dla zawodu postawy,
* ocena przygotowania do pracy w zawodzie pielęgniarki.

W kształceniu praktycznym pielęgniarek proponuje się stosowanie metod aktywizujących takich jak: uczestnictwo w pracy (praca w dwie pielęgniarki, metoda „mistrz-uczeń”) metoda przypadków, sytuacyjna, dyskusja dydaktyczna, a także pokaz z objaśnieniem, pokaz z instruktażem, metoda projektów.

1. **ORGANIZACJA I PRZEBIEG PRAKTYK ZAWODOWYCH – ZAKRES CZYNNOŚCI MENTORA**

Mentor ma obowiązek:

1. Zorganizowania przebiegu praktyki na placówce.
2. Sprawowania całościowego nadzoru nad przebiegiem praktyki.
3. Realizowania zadań określonych programem praktyki.
4. Prowadzenia zajęć instruktażowych i pokazów.
5. Sprawdzania wiedzy i umiejętności studentów.
6. Wypełniania dokumentacji praktyk zawodowych.
7. Opieki nad studentami i respektowania ich praw.
8. Stworzenia warunków do funkcjonowania prawidłowych relacji między personelem, studentami i samym mentorem.
9. Ponoszenia odpowiedzialności za wykonywane przez studentów czynności i zabiegi.

Mentor ma prawo:

1. Wymagać od studentów przestrzegania regulaminu praktyk i egzekwować jego postanowienia.
2. Nie dopuścić do odbywania zajęć lub zakazać ich kontynuowania w sytuacji naruszenia regulaminu lub niedostosowania się do zasad pracy obowiązujących w klinice/oddziale.
3. Oceniać i opiniować pracę studentów.
4. Udzielać pouczeń, pochwał i nagan.
5. Wystąpić do władz uczelni o wyróżnienie studenta.
6. Dostosowywać lub zmieniać tematykę zajęć w zależności od sytuacji i warunków panujących w placówce, w której odbywa się praktyka.
7. Wymagać dodatkowej pracy pisemnej lub poszerzenia treści programowych, jeśli to uzna za konieczne do zaliczenia praktyki.
8. Wyznaczyć tymczasowego zastępcę do opieki i nadzoru nad studentami, ale w porozumieniu z koordynatorem i kierownikiem praktyki.

Mentor nie może:

1. Oddelegować studentów do innej placówki.
2. Przesuwać studentów do innej pracy, w której nie będą mogli realizować programu praktyki lub pozbawieni będą opieki i nadzoru.
3. Obciążać studentów dodatkową pracą poza określony wymiar godzin i zakres praktyki.
4. **REGULAMIN PRAKTYK ZAWODOWYCH - PRAWA I OBOWIĄZKI STUDENTA**

**Student ma prawo do:**

1. Przejawiania własnej aktywności w zdobywaniu wiedzy i umiejętności.
2. Uzyskania wyjaśnień i odpowiedzi w przypadku wątpliwości dotyczących treści nauczania.
3. Efektywnego współdziałania w organizacji procesu kształcenia.
4. Jawnego wyrażania swoich opinii dotyczących problematyki zajęć; nie może to jednak uwłaczać niczyjej godności.
5. Uzyskania jawnej bieżącej i końcowej oceny swojej wiedzy i umiejętności przeprowadzanej przez mentora.
6. Do jednej 30-minutowej przerwy w trakcie zajęć na spożycie posiłku.

**Student zobowiązany jest do:**

1. Zainteresowania się całokształtem problematyki zawodowej.
2. Uczęszczania na zajęcia zgodnie z planem.
3. Punktualności i unikania absencji.
4. Wyjaśnienia przyczyny nieobecności i odrobienia zajęć w terminie i formie określonej przez mentora.
5. Wykonania zadań określonych w programie oraz wyznaczonych przez mentora.
6. Wykonywania zabiegów pielęgniarskich zgodnie z przyjętymi zasadami za zgodą i pod nadzorem mentora.
7. Przestrzegania zasad zapewniających pacjentowi bezpieczeństwo w warunkach szpitalnych i ambulatoryjnych.
8. Przestrzegania tajemnicy zawodowej i postępowania zgodnego z zasadami etyki zawodowej.
9. Poszanowania godności osobistej członków zespołu terapeutycznego.
10. Troski o dobrą atmosferę, życzliwości wobec koleżanek i personelu.
11. Prawidłowego umundurowania i estetycznego wyglądu.
12. Posiadania aktualnej książeczki zdrowia.
13. Życzliwości, wyrozumiałości i cierpliwości w stosunku do pacjenta i jego rodziny.
14. Dbania o mienie szpitala, utrzymania porządku i czystości.
15. Przestrzegania zasad regulaminów wewnętrznych szpitala i oddziału.
16. **KRYTERIA ZALICZENIA PRAKTYKI ZAWODOWEJ**

*Na ocenę końcową składa się ocena poziomu umiejętności intelektualnych i praktycznych, sprawności manualnej, a także ocena z postawy i samoocena studenta.*

1. Pełna frekwencja i aktywny udział w zajęciach.
2. Wypełnienie obowiązującej dokumentacji. Opracowanie pracy pisemnej - planu opieki pielęgniarskiej dla pacjenta.
3. Poprawna postawa wobec pacjenta, zespołu terapeutycznego, zawodu i nauki.

***W przypadku praktyki z zakresu dydaktyki medycznej:***

1. Czynne uczestnictwo i obecność studenta we wszystkich formach zajęć.
2. Przedstawienie dokumentacji praktyki:
   1. konspektów zajęć,
   2. teczki z materiałami pomocniczymi,
   3. protokołów z hospitacji.
3. Pozytywna ocena z samodzielnie przeprowadzonych zajęć.
4. Wywiązanie się studenta z prac zleconych przez pracowników naukowo – dydaktycznych uczelni.

W ocenie należy szczególnie zwrócić uwagę na prezentowaną przez studenta wiedzę merytoryczną, umiejętność doboru metod nauczania do celów i treści kształcenia, form organizacyjnych, umiejętność doboru i zastosowania środków dydaktycznych, umiejętność planowania  i przygotowania różnych form zajęć, zainteresowanie problemami życia uczelni, umiejętność współdziałania z młodzieżą i współpracy z zespołem nauczycielskim. Praktykę zalicza uczelniany koordynator praktyki z zakresu dydaktyki medycznej.

**Kryteria zaliczenia umiejętności zawodowych:**

Zaliczenie otrzymuje student, który:

- opanował wiedzę i umiejętności, co najmniej na poziomie podstawowych wymagań programowych,

- zna zasady wykonywania czynności i zabiegów pielęgniarskich,

- właściwie przygotuje pacjenta, potrzebny sprzęt, narzędzia, materiały do zabiegów, poprawnie planuje wykonanie zadania,

- przy wykonywaniu czynności przestrzega obowiązujących zasad,

- właściwie obserwuje pacjenta i interweniuje, jeżeli zachodzi potrzeba,

- poprawnie interpretuje wyniki swojej pracy i dokumentuje wykonane zadanie,

- przestrzega zasad etyki ogólnej i zawodowej,

- respektuje prawa pacjenta.

Dopuszczalne jest minimalne ukierunkowanie studenta przez mentora.

*W przypadku praktyki pedagogicznej zaliczenie otrzymuje student, który:*

- opanował umiejętność planowania i dokumentowania procesu dydaktyczno-wychowawczego

- opanował umiejętność samodzielnego prowadzenia różnych form zajęć dydaktycznych

- zna zasady nauczania stosowane w procesie dydaktyczno-wychowawczym

- zna kryteria i zasady doboru form i metod nauczania

- zna zasady i kryteria doboru treści kształcenia

- zna metody, techniki i narzędzia kontroli i oceny procesu dydaktyczno-wychowawczego

**Nie otrzymuje** zaliczenia student, który:

- nie opanował wiedzy i umiejętności na poziomie podstawowych wymagań programowych,

- nie rozwiązuje zadań teoretycznych i praktycznych, nawet o niewielkim stopniu trudności,

- niewłaściwie przygotuje pacjenta, potrzebny sprzęt, narzędzia, materiały do zabiegów, błędnie interpretuje wyniki swojej pracy,

- nie zna zasad wykonywania czynności i zabiegów pielęgnacyjnych,

- wykonuje czynności w sposób zdecydowanie odbiegający od wzoru,

- niewłaściwie obserwuje pacjenta i nie interweniuje, jeśli zachodzi potrzeba,

- błędnie dokumentuje wykonane zadanie lub nie dokumentuje wykonania zadania,

- narusza obowiązujące zasady etyki ogólnej i zawodowej,

- nie respektuje praw pacjenta.

*W przypadku praktyki pedagogicznej* ***zaliczenia nie otrzymuje*** *student, który:*

- nie opanował wiedzy i umiejętności na poziomie podstawowych wymagań programowych dotyczących planowania, organizowania i realizowania procesu dydaktyczno-wychowawczego

- nie uzyskał pozytywnej oceny od nauczyciela prowadzącego dany przedmiot, w ramach którego student prowadził samodzielnie zajęcia

- nie przedłożył dokumentacji praktyki pedagogicznej.

1. **KRYTERIA OCENY UMIEJĘTNOŚCI PRAKTYCZNYCH**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **KRYTERIA OGÓLNE** | **PUNKTY** | **NORMY** | | | | | |
| **Zasady** | **Sprawność** | **Skuteczność** | **Samodzielność** | **Komunikowanie się z pacjentem** | **Postawa** |
| **Sposób wykonania czynności** | **2** | przestrzega zasad, właściwa technika  i kolejność wykonania czynności | czynności wykonuje pewnie, energicznie | postępowanie uwzględnia sytuacje pacjenta, osiąga cel | działania wykonuje całkowicie samodzielnie | poprawny, samodzielny, skuteczny dobór treści | potrafi krytycznie ocenić  i analizować swoje postępowanie, współpracuje z zespołem terapeutycznym, pełna identyfikacja z rolą zawodową |
| **1** | przestrzega zasad po ukierunkowaniu | czynności wykonuje mało pewnie, po krótkim zastanowieniu | nie zawsze uwzględnia sytuację zdrowotną pacjenta, osiąga cel po ukierunkowaniu | wymaga przypomnienia  i ukierunkowania w niektórych działaniach | wymaga naprowadzenia, ukierunkowania  w wyborze treści | ma trudności w krytycznej ocenie i analizie swojego postępowania,  we współpracy  z zespołem terapeutycznym  oraz w identyfikacji z rolą zawodową |
| **0** | nie przestrzega zasad, chaotycznie wykonuje czynności | czynności wykonuje niepewnie, bardzo wolno | nie bierze pod uwagę indywidualnej sytuacji pacjenta, nie osiąga celu | wymaga stałego naprowadzania  i przypominania  w każdym działaniu | nie potrafi utrzymać kontaktu werbalnego  z pacjentem | nie potrafi krytycznie ocenić i analizować swojego postępowania, nie współpracuje  z zespołem terapeutycznym, nie identyfikuje się z rolą zawodową |

*Źródło: Ciechaniewicz W.: Kształtowanie umiejętności praktycznych słuchaczy szkół pielęgniarskich. CKPPiP, Warszawa*

|  |  |
| --- | --- |
| **punktacja** | **oceny** |
| 12 – 11 | bardzo bobry |
| 10 – 8 | dobry |
| 7 – 6 | dostateczny |
| 5 – 0 | niedostateczny |
|  |  |

1. **KRYTERIA OCENY POSTAWY STUDENTA NA PRAKTYKACH ZAWODOWYCH**

**Postawa w stosunku do pacjenta**

* takt, kultura, tolerancja wobec chorego jego rodziny,
* zrozumienie indywidualnych potrzeb chorego, rodziny,
* podejmowanie działań wspierających chorego,
* uwrażliwienie na problemy chorego, jego rodziny – wyrozumiałość, cierpliwość,
* szanowanie praw pacjenta.

**Postawa wobec zespołu terapeutycznego**

* kultura osobista studenta,
* życzliwość wobec koleżanek, personelu,
* umiejętność współpracy w zespole.

**Postawa wobec zawodu i nauki**

* zaangażowanie w pracy pielęgniarskiej (motywacja do pracy, zainteresowanie, podnoszenie jakości świadczonych usług),
* doskonalenie metod i organizacji pracy (dokładność, samodzielność podejmowanych decyzji, dostosowanie się do zmian zachodzących w otoczeniu),
* poziom aspiracji zawodowych (wzbogacanie wiedzy medycznej, zainteresowanie kierunkami rozwoju opieki pielęgniarskiej, motywacja do ustawicznego uczenia się),
* samoocena własnych zachowań (stosunek do błędów, ponoszenie odpowiedzialności, samoocena poziomu wiadomości, umiejętności i możliwości).

**Postawa studenta wobec regulaminu**

* punktualność, unikanie absencji, przestrzeganie regulaminów,
* prawidłowe umundurowanie, estetyczny wygląd.

*W przypadku praktyki dydaktycznej:*

**Postawa w stosunku do studentów i nauczycieli akademickich**

* takt, kultura, wobec nauczycieli, studentów oraz innych pracowników uczelni/szkoły

1. **KRYTERIA WYBORU I OCENY PLACÓWKI DLA POTRZEB KSZTAŁCENIA PRAKTYCZNEGO STUDENTÓW WNoZ - wzór**

Nazwa placówki: .................................................................................................................................................................................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Kryterium oceny** | **Ocena punktowa** |
| **I.** | **Czy placówka była wybierana już wcześniej na miejsce odbywania praktyk studenckich?** |  |
|  | * Wielokrotnie * raz * nigdy | * + 2   + 1   + 0 |
| **II.** | **Kwalifikacje zatrudnionego personelu:** |  |
|  | 1. przeciętny staż pracy w zawodzie (oprócz kadry kierowniczej):  * poniżej 3 lat * 3 – 6 lat * powyżej 6 lat | * + 0   + 1   + 2 |
|  | 1. wykształcenie (dotyczy całego personelu pielęgniarskiego, można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź):  * wyłącznie średnie * mniej niż 50% posiada wyższe wykształcenie * więcej niż 50% posiada wyższe wykształcenie * większość posiadających wyższe wykształcenie to magistrowie pielęgniarstwa * więcej niż 50% posiada specjalizację w danej dziedzinie | * + 0   + 1   + 2   +2  +1 |
|  | 1. doświadczenie w pracy ze studentami (większość zespołu pielęgniarskiego):  * wielokrotnie współuczestniczyła w prowadzeniu praktyk studenckich * kilkakrotnie * nigdy | * + 2   + 1   + 0 |
|  | 1. liczba zatrudnionych na oddziale pielęgniarek:  * jest wystarczająca, aby realizować prawidłowo proces pielęgnowania * niewielkie braki * jest niewystarczająca | * + 2   + 1   + 0 |
| **III.** | **Specyfika oddziału:** |  |
|  | 1. Czy charakter i zakres świadczonej opieki umożliwia realizację zagadnień zawartych w programie praktyki?  * tak * w ograniczonym zakresie * nie | * + 2   + 1   + 0 |
|  | 1. Czy w placówce wykonywane są zabiegi i specjalistyczne badania, z którymi zgodnie z programem student powinien się zapoznać i móc w nich uczestniczyć?  * tak * tylko niektóre możliwe do przeprowadzenia * nie | * + 2   + 1   + 0 |
|  | 1. Czy świadczenia medyczne i opiekuńcze realizowane są zgodnie z obowiązującymi wymogami i wg właściwych procedur?  * tak * raczej tak * nie | * + 2   + 1   + 0 |
| **IV.** | **Zaplecze dydaktyczne:** |  |
|  | 1. Czy w placówce jest sala wykładowa?  * tak * możliwość zaadaptowania do celów dydaktycznych innego pomieszczenia * nie | * + 2   + 1   + 0 |
|  | 1. Czy student odbywający praktykę w placówce ma możliwość korzystania ze sprzętu (komputer, drukarka, kserokopiarka)?  * tak * w ograniczonym zakresie * nie | * + 2   + 1   + 0 |
|  | 1. Czy w placówce jest biblioteka, z której może korzystać student?  * tak * w ograniczonym zakresie * nie | * + 2   + 1   + 0 |
| **V.** | **Zaplecze socjalne:** |  |
|  | * 1. Czy placówka dysponuje szatnią dla studentów (zabezpieczającą mienie studenta i umożliwiającą przygotowanie studenta do zajęć)? * tak * możliwość zaadaptowania do tego celu innego pomieszczenia * nie | * + 2   + 1   + 0 |
|  | 2. Czy placówka udostępnia studentom pomieszczenie do spożycia posiłku?   * tak, stołówkę * inne wyodrębnione pomieszczenie * nie ma żadnego pomieszczenia do spożycia posiłku | * + 2   + 1   + 0 |
|  | 3. Czy w placówce student ma możliwość korzystania z pomieszczenia, w którym mógłby sporządzić notatki, wypełniać dokumentację, przygotować plan pracy?   * tak * nie zawsze * nie | * + 2   + 1   + 0 |
| **VI.** | **Czy w placówce odbywają się wewnętrzne, specjalistyczne szkolenia, wykłady lub prelekcje, z których mogliby skorzystać studenci?** |  |
|  | * tak * rzadko * nie | * 2   + 1   + 0 |

**Ocena**

Maksymalna ilość punktów wynosi 33.

Liczba punktów od 25 do 33 określa placówkę bardzo dobrą i przydatną dla potrzeb kształcenia studentów.

Liczba punktów od 17 do 24 określa placówkę jako możliwą do zaakceptowania dla potrzeb kształcenia studentów po wprowadzeniu zmian poprawy warunków kształcenia.

Liczba punktów poniżej 17 dyskwalifikuje placówkę jako miejsce odbywania praktyk.

1. **KRYTERIA DOBORU MENTORA PRAKTYK ZAWODOWYCH DLA KIERUNKU PIELĘGNIARSTWO - wzór**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kryterium oceny** | | **Ocena punktowa** | **Liczba otrzymanych punktów** |
| **Ukończone studia wyższe** | mgr pielęgniarstwa | 2 |  |
| inne | 1 |  |
| nie posiada | 0 |  |
| **Aktualne prawo wykonywania zawodu** | tak  numer………………………………… | 1 |  |
| nie | 0 |  |
| **Uprawnienia pedagogiczne** | posiada | 2 |  |
| nie posiada | 0 |  |
| w trakcie kursu | 1 |  |
| **Specjalizacje /kursy /inne formy**  **podnoszenia kwalifikacji** | specjalizacja (jaka)  …………………………………………… | 3 |  |
| kursy (jakie)  …………………………………………… | 2 |  |
| szkolenia (jakie)  …………………………………………… | 1 |  |
| **Liczba punktów uzyskanych ogółem** | | |  |

**Skala punktowa:**

* podstawa do zatrudnienia: 11 - 7pkt.
* zatrudnienie warunkowe: 6 - 4 pkt.
* brak podstaw do zatrudnienia: 3 pkt. oraz mniej

1. **KARTA PRZEBIEGU PRAKTYKI ZAWODOWEJ – WZÓR**

**Imię i nazwisko studenta ………………………………………………………………………………………………………………**

Rodzaj studiów i rok…………………………………………………………………………………………………………………….

Miejsce praktyki (szpital, oddział) ..........................................................................................................................................

Tydzień praktyki ...........................

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data** | **Kolejny dzień praktyki** | **Rodzaj dyżuru** | **Godziny pracy od – do** | **Przebieg dyżuru (krótki opis wykonywanych czynności, zabiegów i działań pielęgniarskich)** | |
|  |  |  |  |  | |
| *..............................................................*  *podpis studenta* | | | | | *..............................................................*  *podpis mentora* |

1. KARTA PRZEBIEGU PRAKTYKI DYDAKTYCZNEJ - WZÓR

Imię i nazwisko studenta ……………………………………………………………………………………………………………….

Rodzaj studiów i rok…………………………………………………………………………………………………………………….

..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data** | **Ilość godzin** | **Przebieg praktyki**  **(zgodnie z programem praktyki dydaktycznej)** | **Zaliczenie określonego zadania (umiejętności)**  **i podpis opiekuna praktyki (nauczyciela z danej uczelni/szkoły)** | **Miejsce/a praktyki**  **uczelnia/szkoła** |
|  |  |  |  |  |
| **……………………………………………………….**  **Podpis kierownika praktyki dydaktycznej** | | | | ……………………………..  Podpis studenta |

1. **ARKUSZ EWALUACYJNY PRZEBIEGU PRAKTYKI ZAWODOWEJ - WZÓR**

1. Nazwa placówki ................................................................................................................................

2.Czas trwania praktyki.........................................................................................................................

3.Czy powyższa placówka jest, Twoim zdaniem, dobrym miejscem dla szkolenia studentów?

* tak
* nie mam zdania
* nie

uzasadnij, dlaczego?...................................................................................................................................................................................................................

4.Czy zajęcia w tej placówce spełniły Twoje wyobrażenia i oczekiwania co do praktyk ?

* całkowicie
* częściowo
* nie spełniły

uzasadnij, dlaczego? ....................................................................................................................................................................................................................

5.Na skali od 0 do 5 zaznacz krzyżykiem poziom zadowolenia z odbytej praktyki [o – nie jestem zadowolony, a 5 – jestem bardzo zadowolony]

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

6.W jakim stopniu odbyta praktyka poszerzyła twoja wiedze teoretyczną?

* w znacznym
* w średnim
* w niewielkim
* nie poszerzyła wcale

7.W jakim stopniu odbyta praktyka udoskonaliła umiejętności wykonywania czynności praktycznych i zabiegów medycznych?

* w znacznym
* w średnim
* w niewielkim
* nie poszerzyła wcale

8.Czy warunki socjalne w placówce oceniasz jako:

* bardzo dobre
* dobre
* odpowiednie
* nieodpowiednie

9.Czy zadania programowe były realizowane systematycznie?

* Tak
* Nie
* Nie były realizowane wcale

10.Czy MENTOR (opiekun praktyki w placówce) wypełniał swoje obowiązki?

* bardzo dobrze
* dobrze
* dostatecznie
* niedostatecznie

11.Czy kontakt z mentorem był:

* wystarczający
* zbyt rzadki
* niewystarczający

12.Czy nastawienie personelu do studentów było:

* życzliwe
* przyjazne
* niechętne
* wrogie

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

13.Na skali od 0 do 5 zaznacz krzyżykiem poziom zadowolenia ze współpracy i kontaktu z personelem [0 – nie jestem zadowolony, 5 – jestem bardzo zadowolony

1. **RAMOWY PLAN PRZEBIEGU PRAKTYK ZAWODOWYCH - OBCIĄŻENIA GODZINOWE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa przedmiotu** | **Semestr** | **Liczba godzin** |
| **Pielęgniarstwo diabetologiczne** | **I** | **20** |
| **Pielęgniarstwo nefrologiczne** | **I** | **20** |
| **Pielęgniarstwo angiologiczne** | **II** | **20** |
| **Leczenie ran** | **II** | **20** |
| **Pielęgniarstwo w intensywnej opiece medycznej** | **II** | **20** |
| **Opieka długoterminowa i domowa** | **III** | **20** |
| **Farmakologia kliniczna** | **III** | **20** |
| **Dydaktyka medyczna** | **III** | **20** |
| **Razem** | | **160** |

1. **PROGRAMY PRAKTYK ZAWODOWYCH**

**14.1. Pielęgniarstwo nefrologiczne**

1**. Nazwa przedmiotu: Pielęgniarstwo nefrologiczne**

**2. Wartość punktowa za praktykę ECTS** -1

3. **Typ przedmiotu**: kierunkowy

4. **Język wykładowy:** polski

5. **Rok studiów I Semestr**: I

6. **Jednostka organizacyjna odpowiedzialna za realizację przedmiotu:** Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego

**Sylabus w systemie USOS**

**14.2. Pielęgniarstwo diabetologiczne**

1**. Nazwa przedmiotu: Pielęgniarstwo diabetologiczne**

**2. Wartość punktowa za praktykę ECTS** -1

3. **Typ przedmiotu**: kierunkowy

4. **Język wykładowy:** polski

5. **Rok studiów I Semestr**: I

6. **Jednostka organizacyjna odpowiedzialna za realizację przedmiotu:** Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego

**Sylabus w systemie USOS**

**14.3. Pielęgniarstwo angiologiczne**

1**. Nazwa przedmiotu:** Pielęgniarstwo angiologiczne.

**2. Wartość punktowa za praktykę ECTS** -1

3. **Typ przedmiotu**: kierunkowy

4. **Język wykładowy: polski**

5. **Rok studiów/ Semestr**: I rok / II semestr

6. **Jednostka organizacyjna odpowiedzialna za realizację przedmiotu:** Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego

**Sylabus w systemie USOS**

**14.4 Leczenie ran**

1**. Nazwa przedmiotu:** Leczenie ran.

**2. Wartość punktowa za praktykę ECTS** - 1

3. **Typ przedmiotu**: kierunkowy

4. **Język wykładowy: polski**

5. **Rok studiów/ Semestr**: I rok / II semestr

**6.Jednostka organizacyjna odpowiedzialna za realizację przedmiotu:** Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego

**Sylabus w systemie USOS**

## **14.5 Pielęgniarstwo w Intensywnej Opiece Medycznej**

1**. Nazwa przedmiotu:** Pielęgniarstwo w Intensywnej Opiece Medycznej

**2. Wartość punktowa za praktykę ECTS** - 1

3. **Typ przedmiotu**: kierunkowy

4. **Język wykładowy: polski**

5. **Rok studiów/ Semestr**: I rok / II semestr

**6.Jednostka organizacyjna odpowiedzialna za realizację przedmiotu:** Zakład Pielęgniarstwa w Intensywnej Opiece Medycznej

**Sylabus w systemie USOS**

**14.6. Praktyka z zakresu dydaktyki medycznej**

1**. Nazwa przedmiotu:** Dydaktyka w pielęgniarstwie

**2. Wartość punktowa za praktykę ECTS** - 2

3. **Typ przedmiotu**: Nauki społeczne

4. **Język wykładowy: polski**

5. **Rok studiów II Semestr**: III

6. **Jednostka organizacyjna odpowiedzialna za realizację przedmiotu:** Zakład Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek

**Sylabus w systemie USOS**

**14.7. Opieka długoterminowa i domowa**

1**. Nazwa przedmiotu:** Opieka długoterminowa i domowa

**2. Wartość punktowa za praktykę ECTS** -1

3. **Typ przedmiotu**: kierunkowy

4. **Język wykładowy: polski**

5. **Rok studiów** **/ Semestr**: II rok semestr III

6. **Jednostka organizacyjna odpowiedzialna za realizację przedmiotu:** Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Społecznego

**14.8. Farmakologia kliniczna**

1**. Nazwa przedmiotu:** **Farmakologia kliniczna**

**2. Wartość punktowa za praktykę ECTS** -1

3. **Typ przedmiotu**: kierunkowy

4. **Język wykładowy: polski**

5. **Rok studiów** **/ Semestr**: II rok semestr III

6. **Jednostka organizacyjna odpowiedzialna za realizację przedmiotu:** Katedra Chorób Naczyń i Chorób Wewnętrznych

**OŚWIADCZENIE STUDENTA**

**Zapoznałam/-em się z wytycznymi, regulaminem praktyk zawodowych, dokumentacją i kryteriami oceny na praktykach zawodowych i zobowiązuję się przestrzegać obowiązujących reguł.**

**………………………………………………………………….**

**Data i podpis studenta**

1. **WYKAZ PRAKTYCZNYCH UMIEJĘTNOŚCI ZAWODOWYCH**

**15.1. Zaawansowana opieka pielęgniarska w zakresie nefrologii**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwa umiejętności*** | ***Zaliczenie na praktyce zawodowej*** | | | | | | | | | | |
| ***Data***  ***zaliczenia*** | | | ***Podpis***  ***mentora*** | ***Data***  ***zaliczenia*** | ***Podpis***  ***mentora*** | ***Data***  ***zaliczenia*** | | | ***Podpis***  ***mentora*** | |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | | | ***4*** | ***5*** | ***6*** | ***7*** | | | ***8*** | |
| **1.** | Znajomość podstaw teoretycznych technik nerkozastępczych. |  | |  | |  |  |  | | |  | |
| **2.** | Udział w przygotowywaniu pacjenta do zabiegu hemodializy. |  | |  | |  |  |  | | |  | |
| **3.** | Ocena dostępu naczyniowego do hemodializy. |  | |  | |  |  |  | | |  | |
| **4.** | Udział w przygotowaniu sprzętu do hemodializy. |  | |  | |  |  |  | | |  | |
| **5.** | Prowadzenie nadzoru nad pacjentem poddawanym hemodializie. |  | |  | |  |  |  | | |  | |
| **6.** | Nadzór nad prawidłowością przebiegu procesu hemodializy. |  | | |  |  |  |  | | | |  |
| **7.** | Zabezpieczenie dostępu naczyniowego do hemodializy po jej zakończeniu. |  | | |  |  |  |  | | | |  |
| **8.** | Ocena dostępu dootrzewnowego u pacjentów dializowanych otrzewnowo. |  | | |  |  |  |  | | | |  |
| **9.** | Udział w przygotowaniu pacjenta do prowadzenia dializy otrzewnowej. |  | | |  |  |  |  | | | |  |
| **10.** | Rozpoznawanie specyficznych problemów pielęgnacyjnych u chorych dializowanych i realizacja zindywidualizowanej opieki. |  | | |  |  |  |  | | | |  |
| **11.** | Edukacja pacjentów i ich rodzin w zakresie pielęgnacji dostępu naczyniowego do hemodializy. |  | | |  |  |  |  | | | |  |
| **12.** | Edukacja pacjentów dializowanych i ich rodzin w zakresie diety i właściwego trybu życia. |  | | |  |  |  |  | | | |  |
| **15.2 Zaawansowana opieka w zakresie diabetologii** | | | | | | | | | | | | |
| ***Lp.*** | ***Nazwa umiejętności*** | ***Zaliczenie na praktyce zawodowej*** | | | | | | | | | | |
| ***Data***  ***zaliczenia*** | ***Podpis***  ***mentora*** | | | ***Data***  ***zaliczenia*** | ***Podpis***  ***mentora*** | | ***Data***  ***zaliczenia*** | ***Podpis***  ***mentora*** | | |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | | | ***5*** | ***6*** | | ***7*** | ***8*** | | |
| **1.** | Rozpoznanie indywidualnego zapotrzebowania na edukację u pacjenta z cukrzycą/zespołem metabolicznym. |  |  | | |  |  | |  |  | | |
| **2.** | Określenie celów edukacji stosowanie do zapotrzebowania pacjenta z cukrzycą/zespołem metabolicznym. |  |  | | |  |  | |  |  | | |
| **3.** | Dobór metod, środków edukacyjnych do indywidualnych potrzeb i możliwości chorego z cukrzycą/zespołem metabolicznym. |  |  | | |  |  | |  |  | | |
| **4.** | Przygotowanie chorego z cukrzycą typu I do stosowania pompy insulinowej. |  |  | | |  |  | |  |  | | |
| **5.** | Opracowanie i realizacja zindywidualizowanej edukacji w zakresie żywienia u chorego z cukrzycą/zespołem metabolicznym. |  |  | | |  |  | |  |  | | |
| **6.** | Przygotowanie chorego z cukrzycą do intensywnej insulinoterapii. |  |  | | |  |  | |  |  | | |
| **7.** | Przygotowanie chorego z cukrzycą do prawidłowego przyjmowania doustnych leków hipoglikemizujących. |  |  | | |  |  | |  |  | | |
| **8.** | Przygotowanie chorego do podejmowania działań przeciwdziałających rozwojowi stopy cukrzycowej. |  |  | | |  |  | |  |  | | |
| **9.** | Przygotowanie chorego do konstruktywnego radzenia sobie w sytuacji istniejących powikłań cukrzycy. |  |  | | |  |  | |  |  | | |

**15.3 Zaawansowana opieka w zakresie angiologii**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwa umiejętności*** | ***Zaliczenie na praktyce zawodowej*** | | | | | | | | | | |
| ***Data***  ***zaliczenia*** | ***Podpis***  ***mentora*** | | | ***Data***  ***zaliczenia*** | ***Podpis***  ***mentora*** | | ***Data***  ***zaliczenia*** | | ***Podpis***  ***mentora*** | |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | | | ***5*** | ***6*** | | ***7*** | | ***8*** | |
| **1.** | Ocena dolegliwości bólowych wg skal. |  |  | | |  |  | |  | |  | |
| **2.** | Pomiar wskaźnika kostka-ramię i interpretacja wyniku. |  |  | | |  |  | |  | |  | |
| **3.** | Przygotowanie chorego do arteriografii i opieka po badaniu. |  |  | | |  |  | |  | |  | |
| **4.** | Przygotowanie chorych po amputacji kończyny do wypisu – udzielanie wskazówek pielęgnacyjnych. |  |  | | |  |  | |  | |  | |
| **5.** | Stosowanie kompresjoterapii (z wykorzystaniem specjalistycznych bandaży kompresyjnych). |  |  | | |  |  | |  | |  | |
| **6.** | Indywidualny dobór pończoch uciskowych – pomiar długości i obwodów kończyny. |  |  | | |  |  | |  | |  | |
| **7.** | Pomiar obrzęków pochodzenia naczyniowego. |  | |  |  | | |  | |  | |  |
| **8.** | Edukacja chorego/rodziny w zakresie modyfikacji czynników ryzyka chorób układu tętniczego. |  | |  |  | | |  | |  | |  |
| **9.** | Edukacja chorego/rodziny w zakresie modyfikacji czynników ryzyka chorób układu żylnego. |  | |  |  | | |  | |  | |  |
| **10.** | Pomiar powierzchni rany owrzodzeniowej (odleżynowej). |  | |  |  | | |  | |  | |  |

* 1. **Zaawansowana opieka w zakresie leczenia ran**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwa umiejętności*** | ***Zaliczenie na praktyce zawodowej*** | | | | | |
| ***Data***  ***zaliczenia*** | ***Podpis***  ***mentora*** | ***Data***  ***zaliczenia*** | ***Podpis***  ***mentora*** | ***Data***  ***zaliczenia*** | ***Podpis***  ***mentora*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** | ***7*** | ***8*** |
| **1.** | Ocena rany z wykorzystaniem  adekwatnych skal. |  |  |  |  |  |  |
| **2.** | Dobór właściwego opatrunku. |  |  |  |  |  |  |
| **3.** | Edukacja chorego/rodziny w zakresie gojenia i pielęgnowania ran przewlekłych. |  |  |  |  |  |  |
| **4.** | Prowadzenie dokumentacji chorego z raną przewlekłą. |  |  |  |  |  |  |
| **15.5 Zaawansowana praktyka pielęgniarska w opiece długoterminowej i domowej** | | | | | | | |
| ***Lp.*** | ***Nazwa umiejętności*** | ***Zaliczenie na praktyce zawodowej*** | | | | | |
| ***Data***  ***zaliczenia*** | ***Podpis***  ***mentora*** | ***Data***  ***zaliczenia*** | ***Podpis***  ***mentora*** | ***Data***  ***zaliczenia*** | ***Podpis***  ***mentora*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** | ***7*** | ***8*** |
| **1.** | Kwalifikowanie do opieki długoterminowej z wykorzystaniem obowiązującej dokumentacji. |  |  |  |  |  |  |
| **2.** | Ocena ryzyka wystąpienia odleżyn u pacjentów unieruchomionych  za pomocą skal. |  |  |  |  |  |  |
| **3.** | Ocena wydolności opiekuńczo-pielęgnacyjnej rodziny sprawującej opiekę nad przewlekle chorym. |  |  |  |  |  |  |
| **4.** | Planowanie indywidualnej opieki nad pacjentem przewlekle chorym lub niepełnosprawnym. |  |  |  |  |  |  |
| **5.** | Dobór odpowiedniego modelu pielęgnowania w zależności od stanu biopsychospołecznego osoby  przewlekle chorej. |  |  |  |  |  |  |
| **6.** | Przygotowanie pacjenta do wypisu z placówki opieki długoterminowej. |  |  |  |  |  |  |
| **7.** | Przygotowanie rodziny chorego przewlekle do sprawowania opieki w warunkach domowych. |  |  |  |  |  |  |
| **8.** | Tworzenie zasobów wsparcia społecznego dla pacjentów przewlekle chorych oraz ich rodzin. |  |  |  |  |  |  |
| **9.** | Pielęgnowanie pacjenta w stanie agonalnym przebywającego w stacjonarnej placówce opieki długoterminowej. |  |  |  |  |  |  |
| **10.** | Przygotowanie rodziny do opieki nad pacjentem umierającym w środowisku domowym. |  |  |  |  |  |  |
| **11.** | Udzielanie specjalistycznej pomocy w zakresie rozwiązywania złożonych problemów zdrowotnych i psychospołecznych podopiecznych. |  |  |  |  |  |  |
| **12.** | Dostosowanie opieki do indywidualnych potrzeb chorego. |  |  |  |  |  |  |
| **13.** | Przygotowanie chorego do samoopieki. |  |  |  |  |  |  |
| **14.** | Dobór rodzaju wsparcia chorego i jego rodziny w zależności od oczekiwań. |  |  |  |  |  |  |
| **15.** | Dokonanie oceny stanu chorego z dysfunkcją układu nerwowego z wykorzystaniem ilościowych metod oceny. |  |  |  |  |  |  |
| **16.** | Dokonanie pomiaru jakości życia chorego z dysfunkcją układu nerwowego. |  |  |  |  |  |  |
| **17.** | Ocena stanu wskazanego pacjenta na podstawie wyników uzyskanych z obserwacji przyrządowej i bezprzyrządowej. |  |  |  |  |  |  |

**15.6.Zaawansowana praktyka w intensywnej opiece medycznej**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwa umiejętności*** | ***Zaliczenie na praktyce zawodowej*** | | | | | |
| ***Data***  ***zaliczenia*** | ***Podpis***  ***mentora*** | ***Data***  ***zaliczenia*** | ***Podpis***  ***mentora*** | ***Data***  ***zaliczenia*** | ***Podpis***  ***mentora*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** | ***7*** | ***8*** |
| ***1.*** | Monitoruje przebieg analgezji w czasie zabiegu, uwzględniając ocenę jej rozprzestrzeniania, wykrywa niekorzystne reakcje i inicjuje czynności naprawcze oraz zapewnia ciągłą opiekę i monitoring pacjentowi podczas trwania analgezji. |  |  |  |  |  |  |
| ***2.*** | Prowadzi intensywny nadzór nad chorymi, współpracuje z zespołem terapeutycznym. |  |  |  |  |  |  |
| ***3.*** | Obsługuje aparaturę i sprzęt niezbędny do intensywnego nadzoru pacjentów. |  |  |  |  |  |  |
| ***4.*** | Rozpoznaje stany zagrożenia życia, stosuje badanie fizykalne. |  |  |  |  |  |  |
| ***5.*** | Wykonuje zaawansowane zabiegi resuscytacyjne: defibrylację, przyrządowe udrożnienie dróg oddechowych. |  |  |  |  |  |  |
| ***6.*** | Wykonuje standardowe, spoczynkowe badanie EKG oraz rozpoznaje cechy echokardiograficznych stanów zagrożenia zdrowia i życia. |  |  |  |  |  |  |
| ***7.*** | Dokonuje pomiaru, oceny i monitorowania bólu oraz modyfikuje dawkę leczniczą leków przeciwbólowych i innych znoszących dokuczliwe objawy (duszność, nudności, wymioty, lęk). |  |  |  |  |  |  |
| ***8.*** | Ocenia stan świadomości pacjentów z wykorzystaniem właściwych metod oceny (schematów i klasyfikacji). |  |  |  |  |  |  |
| ***9.*** | Diagnozuje wstępnie zatorowość płucną oraz potrafi wdrożyć działania ratujące życie w przypadku zatorowości płucnej. |  |  |  |  |  |  |
| ***10.*** | Rozpoznaje i podejmuje działania w odniesieniu do powikłań występujących u pacjentów w anestezjologii i intensywnej terapii. |  |  |  |  |  |  |
| ***11.*** | Potrafi sprawować opiekę nad osobą przygotowywaną do przeszczepu narządów. |  |  |  |  |  |  |
| ***12.*** | Udziela wsparcia rodzinie po stracie najbliższych. |  |  |  |  |  |  |

**15.7. Dydaktyka medyczna**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwa umiejętności*** | ***Zaliczenie na praktyce zawodowej*** | | | | | |
| ***Data***  ***zaliczenia*** | ***Podpis***  ***zaliczającego*** | ***Data***  ***zaliczenia*** | ***Podpis***  ***zaliczającego*** | ***Data***  ***zaliczenia*** | ***Podpis***  ***zaliczającego*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** | ***7*** | ***8*** |
| **1.** | Zapoznanie się ze strukturą organizacyjną uczelni/szkoły. |  |  |  |  |  |  |
| **2.** | Poznanie planów dydaktyczno-wychowawczych uczelni/szkoły. |  |  |  |  |  |  |
| **3.** | Zapoznanie się działalnością kół naukowych działających na terenie uczelni. |  |  |  |  |  |  |
| **4.** | Zapoznanie się z działalnością organizacji studenckich działających na terenie uczelni. |  |  |  |  |  |  |
| **5.** | Poznanie wyposażenia w środki dydaktyczne i sprzęt techniczny uczelni/szkoły. |  |  |  |  |  |  |
| **6.** | Poznanie programów nauczania, taksonomii celów kształcenia, treści i rozkładu materiału nauczania oraz form i metod dydaktycznych stosowanych dla danego przedmiotu, w ramach którego student realizuje program praktyki. |  |  |  |  |  |  |
| **7.** | Poznanie metod ewaluacji procesu dydaktyczno-wychowawczego. |  |  |  |  |  |  |
| **8.** | Hospitacja zajęć dydaktycznych, ich analiza i omówienie. |  |  |  |  |  |  |
| **9.** | Sporządzenie arkusza  pohospitacyjnego zajęć. |  |  |  |  |  |  |
| **10.** | Opracowanie konspektu  prowadzonych zajęć. |  |  |  |  |  |  |
| **11.** | Samodzielne przeprowadzenie zajęć w ramach przedmiotów związanych z zagadnieniami pielęgniarskimi oraz promocją zdrowia i edukacją zdrowotną. |  |  |  |  |  |  |
| **12.** | Analiza przeprowadzonych zajęć. |  |  |  |  |  |  |
| **13.** | Opracowanie narzędzi do ewaluacji procesu dydaktycznego (np. testów kontrolnych) oraz ich opracowanie. |  |  |  |  |  |  |
| **14.** | Wykonanie prac zleconych przez pracowników uczelni/szkoły w ramach prowadzonej działalności naukowo-dydaktycznej. |  |  |  |  |  |  |

**15.8. Farmakologia kliniczna**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwa umiejętności*** | ***Zaliczenie na praktyce zawodowej*** | | | | | |
| ***Data***  ***zaliczenia*** | ***Podpis***  ***mentora*** | ***Data***  ***zaliczenia*** | ***Podpis***  ***mentora*** | ***Data***  ***zaliczenia*** | ***Podpis***  ***mentora*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** | ***7*** | ***8*** |
| ***1.*** | Dobranie i przygotowywanie zapisów form recepturowych leków zawierających określone substancje czynne, na podstawie ukierunkowanej oceny stanu pacjenta |  |  |  |  |  |  |
| ***2.*** | Współuczestniczenie w badaniu fizykalnym przed ordynacją leków |  |  |  |  |  |  |
| ***3.*** | Udział w ordynowaniu określonych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych |  |  |  |  |  |  |
| ***4.*** | Wystawianie/ wypisywanie recept albo zleceń |  |  |  |  |  |  |
| ***5.*** | Obserwacja i rozpoznanie skutków ubocznych farmakoterapii lub/i przeciwskazań do farmakoterapii |  |  |  |  |  |  |

1. **SZCZEGÓŁOWE OSIAGNIĘCIA STUDENTA*\*\****

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***L.p.*** | ***Opis*** | ***Data i podpis*** |
|  | ***Kreowanie i promowanie pozytywnego wizerunku zawodu*** |  |
|  | ***Dorobek naukowy oraz uczestnictwo w konferencjach i zjazdach naukowych:*** |  |

***\*\*wpisu dokonuje nauczyciel akademicki lub mentor***

1. KARTY ZALICZENIA PRAKTYK ZAWODOWYCH

*pieczątka szpitala /oddziału*

KARTA ZALICZENIA PRAKTYKI ZAWODOWEJ Z PIELĘGNIARSTWA NEFROLOGICZNEGO

1. Miejsce odbywania praktyki ................................................................................................
2. Czas trwania praktyki ..........................................................................................................
3. Ilość wypracowanych godzin ...............................................................................................
4. Opinia na temat wiadomości, umiejętności, postawy studenta

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

5. Uwagi o przebiegu praktyki ........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

## Zaliczam / nie zaliczam\*

*\*odpowiednie podkreślić*

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

*Pieczątka i podpis mentora*

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

### *Pieczątka i podpis kierownika praktyk*

Data ...................................

*pieczątka szpitala /oddziału*

KARTA ZALICZENIA PRAKTYKI ZAWODOWEJ Z PIELĘGNIARSTWA DIABETOLOGICZNEGO

1. Miejsce odbywania praktyki ................................................................................................
2. Czas trwania praktyki ..........................................................................................................
3. Ilość wypracowanych godzin ...............................................................................................
4. Opinia na temat wiadomości, umiejętności, postawy studenta

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

1. Uwagi o przebiegu praktyki ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ Zaliczam / nie zaliczam\*

*\*odpowiednie podkreślić*

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

*Pieczątka i podpis mentora*

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

### *Pieczątka i podpis kierownika praktyk*

Data ...................................

*pieczątka szpitala /oddziału*

KARTA ZALICZENIA PRAKTYKI ZAWODOWEJ Z PIELĘGNIARSTWA ANGIOLOGICZNEGO

1. Miejsce odbywania praktyki ................................................................................................
2. Czas trwania praktyki ..........................................................................................................
3. Ilość wypracowanych godzin ...............................................................................................
4. Opinia na temat wiadomości, umiejętności, postawy studenta

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

5. Uwagi o przebiegu praktyki ........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

## Zaliczam / nie zaliczam\*

*\*odpowiednie podkreślić*

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

*Pieczątka i podpis mentora*

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

### *Pieczątka i podpis kierownika praktyk*

Data ...................................

*pieczątka szpitala /oddziału*

KARTA ZALICZENIA PRAKTYKI ZAWODOWEJ Z LECZENIA RAN

1. Miejsce odbywania praktyki ................................................................................................
2. Czas trwania praktyki ..........................................................................................................
3. Ilość wypracowanych godzin ...............................................................................................
4. Opinia na temat wiadomości, umiejętności, postawy studenta

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

5. Uwagi o przebiegu praktyki ........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

## Zaliczam / nie zaliczam\*

*\*odpowiednie podkreślić*

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

*Pieczątka i podpis mentora*

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

### *Pieczątka i podpis kierownika praktyk*

Data ...................................

*pieczątka szpitala /oddziału*

KARTA ZALICZENIA PRAKTYKI ZAWODOWEJ Z INTENSYWNEJ OPIEKI MEDYCZNEJ

1. Miejsce odbywania praktyki ................................................................................................
2. Czas trwania praktyki ..........................................................................................................
3. Ilość wypracowanych godzin ...............................................................................................
4. Opinia na temat wiadomości, umiejętności, postawy studenta

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

5. Uwagi o przebiegu praktyki ........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

## Zaliczam / nie zaliczam\*

*\*odpowiednie podkreślić*

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

*Pieczątka i podpis mentora*

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

### *Pieczątka i podpis kierownika praktyk*

Data ...................................

*pieczątka placówki*

KARTA ZALICZENIA PRAKTYKI: Z DYDAKTYKI MEDYCZNEJ

1.Miejsce odbywania praktyki ................................................................................................

2.Czas trwania praktyki ..........................................................................................................

3.Ilość wypracowanych godzin ...............................................................................................

4.Opinia na temat wiadomości, umiejętności, postawy studenta

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

5. Uwagi o przebiegu praktyki ......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

## Zaliczam / nie zaliczam\*

*\*odpowiednie podkreślić*

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

*Pieczątka i podpis opiekuna praktyk*

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

### *Pieczątka i podpis kierownika praktyk*

Data ................................

*pieczątka szpitala /oddziału/ placówki*

KARTA ZALICZENIA PRAKTYKI ZAWODOWEJ Z OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ I DOMOWEJ

1. Miejsce odbywania praktyki ................................................................................................
2. Czas trwania praktyki ..........................................................................................................
3. Ilość wypracowanych godzin ...............................................................................................
4. Opinia na temat wiadomości, umiejętności, postawy studenta

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

5. Uwagi o przebiegu praktyki ........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

## Zaliczam / nie zaliczam\*

*\*odpowiednie podkreślić*

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

*Pieczątka i podpis mentora*

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

### *Pieczątka i podpis kierownika praktyk*

*Data……………………*

*pieczątka szpitala /oddziału*

KARTA ZALICZENIA PRAKTYKI ZAWODOWEJ Z FARMAKOLOGII KLINICZNEJ

1. Miejsce odbywania praktyki ................................................................................................
2. Czas trwania praktyki ..........................................................................................................
3. Ilość wypracowanych godzin ...............................................................................................
4. Opinia na temat wiadomości, umiejętności, postawy studenta

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

5. Uwagi o przebiegu praktyki ........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

## Zaliczam / nie zaliczam\*

*\*odpowiednie podkreślić*

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

*Pieczątka i podpis mentora*

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

### *Pieczątka i podpis kierownika praktyk*

Data ...................................

**Skala weryfikacji kompetencji społecznych w odniesieniu do efektów kształcenia**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Check-list efektów kształcenia w zakresie kompetencji społecznych studenta studiów II stopnia** | | | | | | | | | | | |
| Kod | Treść efektu | | | Postawy studenta  0-brak postawy, X-obecna postawa, N-brak oceny postawy | | | | | | | |
|  |  | | | Pielęgniarstwo nefrologiczne | Pielęgniarstwo diabetologiczne | Pielęgniarstwo angiologiczne | Leczenie ran | Intensywna opieka medyczna | Dydaktyka medyczna | | Farmakologia kliniczna |
| K\_K01 | ponosi odpowiedzialność za udział w podejmowaniu decyzji zawodowych | | |  |  |  |  |  |  | |  |
| K\_K02 | krytycznie ocenia własne i cudze działania, przy zachowaniu szacunku do różnic światopoglądowych i kulturowych | | |  |  |  |  |  |  | |  |
| K\_K03 | rozwiązuje dylematy etyczne w organizacji pracy własnej i zespołu | | |  |  |  |  |  |  | |  |
| K\_K04 | przestrzega praw autorskich i praw podmiotu badań | | |  |  |  |  |  |  | |  |
| K\_K05 | ponosi odpowiedzialność za bezpieczeństwo własne i osób znajdujących się pod jego opieką | | |  |  |  |  |  |  | |  |
| K\_K06 | przestrzega zasad etyki zawodowej w relacji z pacjentem i zespołem terapeutycznym oraz w pracy badawczej | | |  |  |  |  |  |  | |  |
| K\_K07 | dba o wizerunek własnego zawodu | | |  |  |  |  |  |  | |  |
| K\_K08 | wykazuje profesjonalne podejście do strategii marketingowych przemysłu farmaceutycznego i reklamy jego produktów | | |  |  |  |  |  |  | |  |
| K\_K09 | krytycznie ocenia własne kompetencje w zakresie komunikowanie się z pacjentem, jego rodziną i z zespołem terapeutycznym | | |  |  |  |  |  |  | |  |
| Konieczne działania doskonalące wdrożone dla uzyskania kompetencji: | | | | | | | | | | | |
| **Przedmioty, których co najmniej 5% godzin zajęć prakycznych lub ćwiczeń realizowane jest**  **w Centrum Symulacji Medycznej** | | | | | | | | | | |
| **Przedmiot** | | | Rok studiów | liczba godzin, którą należy przeprowadzić w warunkach symulacji | | | | | | |
| **Badania fizykalne w zaawansowanej praktyce pielęgniarskiej** | | | I | 10 ćw | | | | | | |
| **Pielęgniarstwo w intensywnej opiece medycznej** | | | I | 10 ćw | | | | | | |
| **Komunikacja kliniczna** | | | I | 5 ćw | | | | | | |
| **Diagnostyka laboratoryjna** | | | II | 4 (ćwiczenia, grupy ćwiczeniowe, mimo, że przedmiot jest realizowany w formie wykładów) | | | | | | |

1. **PODSTAWY PRAWNE**

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia12 sierpnia 1991 r. w sprawie studenckich praktyk zawodowych. Dz. U. Nr 73 z dnia 19 sierpnia 1991r.

Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 roku w sprawie standardów kształcenia na kierunkach: lekarskim, lekarsko dentystycznym, farmaceutycznym, pielęgniarskim, położniczym (Dz. U z dnia 9. Maja 2012 Poz.631 załącznik 4)

Ustawa z dnia 5 lipca 1996 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 91, poz. 410) z późniejszymi zmianami (z dnia 12 lipca 2003 r.)

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 roku w sprawie zakresu i rodzaju świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, wykonywanych przez pielęgniarkę samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego, oraz zakresu i rodzaju takich świadczeń wykonywanych przez położną samodzielnie (Dz. U. Nr 116. Poz. 750). Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 11 sierpnia 2016 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa (Dz. U z dnia 24 sierpnia 2016, poz. 1332).

Poza tym:

# Plan nauczania na kierunku pielęgniarstwo – obowiązujący od roku akademickiego 2017/2018 (UMK w Toruniu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Wydział Nauk o Zdrowiu).

**Zespół redakcyjny**

*dr n med. Anna Andruszkiewicz*

*dr n med Mariola Banaszkiewicz*

*dr n. med. Bernadeta Cegła*

*dr n med. Katarzyna Cierzniakowska*

*mgr Danuta Dobosz*

*dr n. med. Kamila Faleńczyk*

*dr n.med. Mirosława Felsmann*

*dr n o zdr. Damian Czarnecki*

*mgr Aneta Dowbór – Dzwonka*

**Konsultacja**

dr hab. n. med. Maria Kłopocka – Prodziekan ds. Kształcenia i Rozwoju - Wydziału Nauk o Zdrowiu