**Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu**

**Collegium Medicum w Bydgoszczy**

**WYKAZ**

**PRAKTYCZNYCH UMIEJĘTNOŚCI ZAWODOWYCH**

**Kierunek kształcenia – położnictwo studia drugiego stopnia stacjonarne i niestacjonarne**

**Bydgoszcz 2019**

**Pieczęć Uczelni**

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

**SPIS TREŚCI**

|  |  |
| --- | --- |
|  Wstęp  | 3 |
|  Sylwetka absolwenta  | 4 |
|  Regulamin odbywania praktyk zawodowych  | 6 |
|  Warunki zaliczenia praktyki zawodowej  | 7 |
|  Kryteria oceny umiejętności praktycznych  | 8 |
| Ramowy plan przebiegu praktyk zawodowych – obciążenia godzinowe | 9 |
|  Wykaz praktycznych umiejętności zawodowych dla studentów kierunku położnictwo - studia drugiego stopnia  stacjonarne i niestacjonarne | 10 |
|  Karty zaliczenia praktyk zawodowych  | 19 |
|  Zespół redakcyjny  | 29 |

**WSTĘP**

Celem wprowadzenia wykazu praktycznych umiejętności zawodowych jest udokumentowanie zdobywania kompetencji zawodowych magistra położnictwa w toku kształcenia praktycznego, zgodnie z sylwetką absolwenta studiów zawodowych na kierunku położnictwo 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 wykwalifikowanych pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej, szpitalach, klinikach, poradniach oraz szkołach.

Wpisu oraz potwierdzenia zaliczenia końcowego praktyk zawodowych dokonują opiekunowie praktyk zawodowych 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.

Nieodłącznym elementem kształcenia są praktyki. Miejscem odbywania praktyk powinny być specjalistyczne zakłady opieki zdrowotnej.

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

Kształcenie na drugim stopniu mogą podjąć osoby, które ukończyły studia pierwszego stopnia na kierunku położnictwo.

Za przygotowanie pracy magisterskiej i przygotowanie do egzaminu dyplomowego student otrzymuje 20 punktów ECTS.

**SYLWETKA ABSOLWENTA**

Dyplom magistra położnictwa uzyskuje absolwent studiów II stopnia kierunku położnictwo, który posiada zaawansowaną wiedzę z zakresu położnictwa i innych nauk medycznych.

Posiada umiejętności w zakresie:

* rozwiązywania problemów zawodowych, szczególnie związanych z podejmowaniem decyzji w sytuacjach trudnych wynikających ze specyfiki zadań zawodowych, jak i warunków ich realizacji; indywidualnym i niepowtarzalnym charakterem zachowań kobiety i mężczyzny wobec poczęcia i narodzin dziecka oraz indywidualnym charakterem zachowań kobiety przed i po zabiegu operacyjnym na narządach płciowych,
* określania standardów profesjonalnej opieki w fizjologicznymi patologicznym przebiegu ciąży, porodu i połogu, opieki nad kobietą zagrożoną chorobą i chorą ginekologicznie w każdym wieku i stanie zdrowia oraz ich wdrażanie do praktyki zawodowe,
* prowadzenia badań naukowych w zakresie swojej specjalności na rzecz rozwoju zawodu – wiedzy i praktyki położniczej, podnoszenia jakości opieki położniczej, prowadzenia wymiany informacji oraz upowszechniania uzyskanych wyników dla rozwoju pielęgniarstwa opieki położniczo – neonatologiczno – ginekologicznej,
* organizowania i nadzorowania opieki położniczo-ginekologicznej, pielęgniarskiej z uwzględnieniem przyjętych teorii i koncepcji opieki położniczej,
* organizowania pracy podwładnych i własnej zgodnie z obowiązującymi normami prawnymi, zabezpieczając interesy pacjentów, pracowników i organizacji,
* wykorzystywania przepisów prawa w działalności zawodowej oraz stosowanie w praktyce norm prawnych w zarządzaniu organizacją, jej częścią lub zespołem pracowniczym (pielęgniarek i położnych),
* opracowywania założeń polityki kadrowej oraz planu zatrudniania położnych odpowiednio do strategii i zapotrzebowania pacjentów na opiekę położniczą,
* opracowywania i wdrażania do praktyki zawodowej standardów opieki, narzędzi monitorowania i oceny jakości opieki położniczej,
* dokonywania doboru i stosowania określonych metod, technik organizatorskich i technik zarządzania w badaniu, rozwiązywaniu problemów organizacyjnych i usprawnianiu podsystemu pielęgniarstwa w zakresie opieki położniczej,
* dokonywania doboru optymalnych i stosowania wybranych metod nauczania i uczenia się w określonych sytuacjach postępowania dydaktycznego, edukacji zdrowotnej w zależności od specyfiki treści nauczania, celu, który należy osiągnąć oraz grupy odbiorców,
* przygotowywania i prowadzenia edukacji zdrowotnej w odniesieniu do wybranego środowiska dydaktyczno-wychowawczego z uwzględnieniem potrzeb społeczności lokalnych,
* realizowania procesu kształcenia położnych na wszystkich poziomach kształcenia i doskonalenia zawodowego.

Absolwent studiów II stopnia zna język angielski na poziomie biegłości B2 Europejskiego Systemu Opisu Kształcenia Językowego Rady Europy oraz sprofilowany zawodowo.

Absolwent jest przygotowany do pracy w: publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej; administracji państwowej i samorządowej oraz w szkolnictwie – po ukończeniu specjalności nauczycielskiej (zgodnie ze standardami kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu nauczyciela).

Absolwent ma ukształtowane nawyki ustawicznego kształcenia i rozwoju zawodowego oraz jest przygotowany do podejmowania wyzwań badawczych i podjęcia studiów trzeciego stopnia (doktoranckich).

**REGULAMIN ODBYWANIA PRAKTYK ZAWODOWYCH**

**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 opiekuna praktyk.
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 prowadzącego.
5. Wykonania zadań określonych w programie oraz wyznaczonych przez opiekuna.
6. Wykonywania zabiegów pielęgniarskich zgodnie z przyjętymi zasadami za zgodą i pod nadzorem prowadzącego zajęcia lub opiekuna praktyk.
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.

**Zapoznałem / zapoznałam się z Regulaminem** ………………………………………………………………………..

 data i podpis studenta

**WARUNKI ZALICZENIA PRAKTYKI ZAWODOWEJ**

*Na ocenę końcową składa się ocena poziomu umiejętności poznawczych i praktycznych, sprawności manualnej,*

***ocena z postawy i samoocena studenta***

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

**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 (komunikowanie się z ludźmi i słuchanie innych, podejmowanie prób rozwiązywania sytuacji trudnych).

**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.

**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 |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa przedmiotu** | **Semestr** | **Liczba godzin**  |
| **Dydaktyka medyczna** | **III** | **10** |
| **Edukacja przedporodowa** | **II** | **25** |
| **Poradnictwo laktacyjne** | **II** | **25** |
| **Diagnostyka ultrasonograficzna w położnictwie** | **II** | **5** |
| **Diagnostyka ultrasonograficzna w ginekologii** | **II** | **5** |
| **Intensywny nadzór neonatologiczny i opieka pielęgniarska** **nad noworodkiem w stanach zagrożenia życia** | **III** | **40** |
| **Opieka paliatywna i hospicyjna w ginekologii** | **III** | **10** |
| **Diagnostyka w położnictwie** | **III** | **10** |
| **Diagnostyka w ginekologii** | **III** | **10** |
| **Farmakologia kliniczna** | **III** | **20** |
| **Razem** | **160 godzin** |

**WYKAZ PRAKTYCZNYCH UMIEJĘTNOŚCI ZAWODOWYCH**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwa umiejętności*** | ***Zaliczenie na praktyce zawodowej***  |
|  | ***Zaliczenie*** | ***Data i podpis nauczyciela akademickiego*** | ***Zaliczenie*** | ***Data i podpis mentora*** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| **Dydaktyka medyczna** |
|  | Zapoznanie się ze strukturą organizacyjną uczelni |  |  |  |  |
|  | Dobór metod nauczania w procesie dydaktycznym zgodnie z kryteriami  |  |  |  |  |
|  | Poznanie planów nauczania na kierunku położnictwo i pielęgniarstwo |  |  |  |  |
|  | Poznanie programów nauczania, taksonomii celów kształcenia, treścii rozkładu materiału nauczania oraz form i metod dydaktycznych stosowanych dla danego modułu/przedmiotu, w ramach którego student realizuje program praktyki |  |  |  |  |
|  | Planowanie procesu dydaktyczno-wychowawczego, zgodnie z zasadami nauczania i obowiązującą dokumentacją programową oraz przeprowadzoną diagnozą podmiotu interakcji dydaktycznej i warunków działania |  |  |  |  |
|  | Opracowanie konspektu prowadzonych zajęć |  |  |  |  |
|  | Formułowanie i realizacja celów ogólnych i szczegółowych z wykorzystaniem adekwatnych metod i treści kształcenia oraz nowoczesnych środków dydaktycznych |  |  |  |  |
|  | Zastosowanie odpowiednich treści kształcenia medycznego z uwzględnieniem standardów kształcenia oraz zasad i kryteriów ich doboru |  |  |  |  |
|  | Poznanie metod ewaluacji procesu dydaktyczno-wychowawczego |  |  |  |  |
|  | Poznanie wyposażenia w środki dydaktyczne i sprzęt techniczny uczelni |  |  |  |  |
|  | Hospitacja zajęć dydaktycznych, ich analiza i omówienie |  |  |  |  |
|  | Sporządzenie arkusza pohospitacyjnego zajęć |  |  |  |  |
|  | Samodzielne przeprowadzenie zajęć w ramach przedmiotów kierunkowych związanych z zagadnieniami pielęgniarskimi oraz promocją zdrowia i edukacją zdrowotną |  |  |  |  |
|  | Opracowanie narzędzi do ewaluacji procesu dydaktycznego (np. testów kontrolnych) |  |  |  |  |
|  | Analiza przeprowadzonych zajęć |  |  |  |  |
| **Edukacja przedporodowa** |
|  | Sprawowanie, zgodnie z zasadami i standardem opieki okołoporodowej, opieki nad ciężarną i rodzącą w ciąży o przebiegu fizjologicznym,w środowisku domowym oraz organizowanie opieki i nadzorowanie przebiegu ciąży w warunkach domowych |  |  |  |  |
|  | Udzielanie porad ciężarnej, rodzącej i położnicy z chorobami układowymi, z zaburzeniami metabolicznymi i endokrynologicznymi oraz z zaburzeniami psychicznymi, w zakresie trybu życia, dietyi postępowania oraz przygotowanie ich do samoopieki |  |  |  |  |
|  | Rozpoznawanie rodzaju patologii w przebiegu ciąży, porodu i połogu na podstawie uzyskanych danych oraz ustalanie planu postępowania wobec podopiecznej i jej dziecka |  |  |  |  |
|  | Dobieranie optymalnego sposobu udzielania pomocy położniczej pacjentkom z chorobami układowymi, z zaburzeniami metabolicznymi i endokrynologicznymi oraz z zaburzeniami psychicznymi |  |  |  |  |
|  | Prowadzenie intensywnego nadzoru stanu ogólnego i położniczego w ciąży, podczas porodu i połogu, modyfikowanie planu opieki pielęgniarsko-położniczej uwzględniając aktualną sytuację położniczą oraz analizowanie i krytycznie ocenianie zrealizowanych działań |  |  |  |  |
|  | Rozwiązywanie problemów wynikających z zaburzeń emocjonalnych okresu okołoporodowego |  |  |  |  |
|  | Prowadzenie edukacji zdrowotnej ciężarnej i jej rodziny w zakresie przygotowania do porodu w warunkach domowych i szpitalnych oraz samoopieki po porodzie |  |  |  |  |
|  | Posiada rozbudowaną umiejętność tworzenia programów edukacyjnych dla rodziców |  |  |  |  |
|  | Ocena stanu zdrowia na potrzeby planowania edukacji zdrowotnej |  |  |  |  |
|  | Dobieranie właściwych metod i treści w edukacji przedporodowej |  |  |  |  |
| **Poradnictwo laktacyjne** |
|  | Ocenianie gruczołu piersiowego podczas laktacji |  |  |  |  |
|  | Dobieranie właściwych pozycji w trakcie karmienia piersią w zależności od rodzaju porodu, stosowanie udogodnień |  |  |  |  |
|  | Udzielanie porad w zakresie problemów laktacyjnych (nawał mleczny, popękane/ nieuchwytne brodawki, brak pokarmu, zapalenie piersi, ropień piersi) |  |  |  |  |
|  | Pielęgnowanie gruczołu piersiowego podczas problemów laktacyjnych |  |  |  |  |
|  | Wykonanie kompresu, okładu na gruczoł piersiowy w przypadku problemów laktacyjnych |  |  |  |  |
| **Diagnostyka ultrasonograficzna w położnictwie** |
|  | Wykonanie badania ultrasonograficznego ciąży, ocena prawidłowości jej rozwoju, wielkości płodu, wykluczenie dużych wad anatomicznych płodu, ocena stanu płodu i opisanie wyniku badania |  |  |  |  |
|  | Rozpoznanie wczesnej ciąży i jej umiejscowienia oraz ocena prawidłowości rozwoju pęcherzyka ciążowego, a także wieku ciążowego, masy, dojrzałości płodu i jego położenie |  |  |  |  |
|  | Wykonanie pomiarów wielkości płodu oraz różnicowanie anatomii ultrasonograficznej płodu: kości pokrywy czaszki, struktury wewnątrzczaszkowe, ciągłość kręgosłupa, przekrój czterojamowy serca, czynność serca, lokalizacja żołądka  |  |  |  |  |
|  | Ocena ultrasonograficzna popłodu – łożysko i płyn owodniowy |  |  |  |  |
| **Diagnostyka ultrasonograficzna w ginekologii** |
|  | Interpretowanie podstawowych wyników badań USG z wykorzystaniem techniki przezpochwowej, przezodbytniczej i przezbrzusznej w ginekologii |  |  |  |  |
|  | Wykonanie badania ultrasonograficznego narządów jamy brzusznej i miednicy mniejszej, wstępna ocena i opisanie wyniku badania |  |  |  |  |
|  | Różnicowanie anatomii ultrasonograficznej narządu rodnegow różnych okresach życia kobiety oraz wstępne interpretowanie podstawowych wyników badań USG |  |  |  |  |
|  | Wstępnie ocenia podstawowe wyniki badań USG z zastosowaniem techniki „kolorowego” Dopplera” i fali pulsacyjnej w diagnostyce położniczej oraz dopochwowej diagnostyce miednicy mniejszej |  |  |  |  |
| **Intensywny nadzór neonatologiczny i opieka pielęgniarska****nad noworodkiem w stanach zagrożenia życia** |
|  | Monitorowanie zmian zachowania u noworodka przy użyciu Skali Oceny Zachowania Noworodka NBAS T. B. Brazeltona |  |  |  |  |
|  | Rozpoznawanie stanu zagrożenia życia u noworodka i wykonanie zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych i reanimacyjnych u noworodka |  |  |  |  |
|  | Wykonanie zaawansowanych zabiegów resuscytacyjne – defibrylacja i przyrządowe udrożnienie dróg oddechowych – u wcześniaka i noworodka |  |  |  |  |
|  | Ocena nasilenia bólu u noworodka oraz stosowanie zasad postępowania przeciwbólowego i sedacyjnego w OITN |  |  |  |  |
|  | Interpretowanie badań równowagi kwasowo-zasadowej u noworodka |  |  |  |  |
|  | Prowadzenie intensywnego nadzór nad noworodkiem będącym w stanie zagrożenia życia |  |  |  |  |
|  | Interpretowanie wskazań systemów monitorujących (saturacja, częstość akcji serca, ciśnienie tętnicze) |  |  |  |  |
|  | Wskazuje możliwe dostępy centralne (żylne i tętnicze) u noworodków |  |  |  |  |
|  | Rozpoznaje i ocenia nasilenie niewydolności oddechowej u noworodka  |  |  |  |  |
|  | Opieka nad noworodkiem z urazem okołoporodowym |  |  |  |  |
|  | Opieka nad wcześniakiem w zależności od jego stopnia dojrzałości |  |  |  |  |
|  | Przygotowanie rodziców wcześniaka do opieki nad nim w domu |  |  |  |  |
|  | Interpretowanie wyników podstawowych badań laboratoryjnych w neonatologii |  |  |  |  |
|  | Przygotowanie noworodka do poszczególnych badań stosowanych w neonatologii |  |  |  |  |
|  | Dobieranie i stosowanie wybranych form wsparcia rodziców noworodka o niepomyślnym rokowaniu |  |  |  |  |
|  | Dobieranie, stosowanie I ocena realizacji programów wczesnej stymulacji i opieki rozwojowej |  |  |  |  |
| **Opieka paliatywna i hospicyjna w ginekologii** |
|  | Rozpoznaje oraz określa problemy psychologiczne kobiet z zaawansowaną chorobą nowotworową objętych opieka paliatywną |  |  |  |  |
|  | Dokonuje pomiaru, oceny i monitorowania bólu, a także duszności, nudności, wymiotów oraz innych dolegliwości, których zna postępowanie objawowe |  |  |  |  |
|  | Formułuje priorytety w opiece paliatywnej |  |  |  |  |
|  | Omawia zasady komunikacji z chorą i jej rodziną/opiekunami |  |  |  |  |
|  | Wyjaśnia problemy i różnice związane z uporczywą terapią, eutanazjąi sedacją w opiece paliatywnej |  |  |  |  |
|  | Przewiduje potencjalne problemy natury psychologicznej, socjalneji duchowej analizując stan i sytuację życiową pacjentki i jej rodziny |  |  |  |  |
|  | Pielęgnuje pacjentki umierające |  |  |  |  |
|  | Planuje pielęgnację pacjentki z: bólem, dusznością, kaszlem, rzężeniem przedśmiertnym, czkawką, grzybicą jamy ustnej, zaburzeniami połykaniai smaku, zmianami zapalnymi, suchością jamy ustnej, nudnościamii wymiotami, zaparciem, biegunką, odleżynami, owrzodzeniem nowotworowym, obrzękiem limfatycznym, zmęczeniem w chorobie nowotworowej (CRF) i innymi objawami wymagającymi kontroli |  |  |  |  |
|  | Podaje leki w opiece paliatywnej zgodnie z obowiązującymi standardami |  |  |  |  |
| **Diagnostyka w położnictwie** |
|  | Wykonanie i interpretacja profilu biofizycznego płodu oraz podjęcie właściwych działań w zależności od dobrostanu płodu |  |  |  |  |
|  | Obserwacja stanów zagrożenia życia u kobiety w okresie okołoporodowym oraz noworodka na podstawie badania fizykalnego |  |  |  |  |
|  | Ocena stanu zdrowia kobiety ciężarnej, rodzącej i położnicyz chorobami układowymi, z zaburzeniami metabolicznymi i endokrynologicznymi, oraz z zaburzeniami psychicznymi,na podstawie badania przedmiotowego i podmiotowego |  |  |  |  |
|  | Rozpoznawanie rodzajów patologii w przebiegu ciąży, porodu i połogu na podstawie uzyskanych danych oraz ustalanie planu postępowania wobec podopiecznej i jej dziecka |  |  |  |  |
|  | Znajomość problemów psychologiczno- psychiatrycznych w przebiegu ciąży, porodu i połogu (depresja, nerwica i zaburzenia nerwicowe, psychozy, zaburzenia osobowości) |  |  |  |  |
| **Diagnostyka w ginekologii** |
|  | Przygotowanie pacjentki do badań endokrynologicznych, biochemicznych, radiologicznych, USG, endoskopii i sprawowanie opiekipo ich wykonaniu |  |  |  |  |
|  | Różnicowanie i dobieranie procedur postępowania nad pacjentką z uwzględnieniem rodzaju badania diagnostycznego oraz przy użyciu różnych technik obrazowania: USG, RTG, CT, MR |  |  |  |  |
|  | Przygotowanie pacjentki do zabiegu z zakresu radiologii interwencyjnej i radiologii zabiegowej oraz prowadzenie nadzoru nad chorą po zabiegu |  |  |  |  |
|  | Różnicowanie powikłań wynikających z zastosowania radiologii interwencyjnej i zabiegowej oraz podejmowanie działań profilaktycznych |  |  |  |  |
|  | Ocena problemów psychologicznych kobiet po usunięciu piersi i narządów rodnych oraz podejmowanie działań rehabilitacyjnych kobietpo operacjach ginekologicznych i mastektomii |  |  |  |  |
|  | Rozpoznawanie problemów i dolegliwości związanych z okresem przekwitania i proponowanie działań łagodzących objawy tego okresu |  |  |  |  |
| **Farmakologia kliniczna** |
|  | Prowadzenie edukacji pacjenta w zakresie stosowanej farmakoterapii |  |  |  |  |
|  | Wyjaśnienie głównych mechanizmów działania leków oraz ich przemiany w ustroju zależnie od wieku i problemów zdrowotnych |  |  |  |  |
|  | Wyjaśnienie skutków i objawów ubocznych działania leków |  |  |  |  |
|  | Ordynowanie leków zawierających określone substancje czynne, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające,środki odurzające i substancje psychotropowe |  |  |  |  |
|  | Ordynowanie określonych wyrobów medycznych, w tym umiejętność wystawiania na nie zleceń albo recept. |  |  |  |  |
|  | Dobieranie i przygotowywanie zapisów form recepturowych leków zawierających określone substancje czynne, na podstawie ukierunkowanej oceny stanu pacjenta. |  |  |  |  |

**Szczególne osiągnięcia studenta\*\***

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

***\*\*wpisu dokonuje nauczyciel akademicki lub opiekun praktyk zawodowych***

**KARTY ZALICZENIA PRAKTYK ZAWODOWYCH**

*pieczątka szpitala /oddziału*

**KARTA ZALICZENIA PRAKTYKI ZAWODOWEJ – DYDAKTYKA MEDYCZNA (ROK II)**

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

Ilość godzin wg planu – **10 godz**.

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

Opinia na temat wiadomości, umiejętności, postawy studenta

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

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

## Zaliczam / nie zaliczam\*

*\*odpowiednie podkreślić*

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

 *Pieczątka i podpis opiekuna praktyk*

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

### *Pieczątka i podpis kierownika praktyk*

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

*pieczątka szpitala /oddziału*

**KARTA ZALICZENIA PRAKTYKI ZAWODOWEJ – EDUKACJA PRZEDPORODOWA (ROK I)**

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

Ilość godzin wg planu – **25 godz**.

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

Opinia na temat wiadomości, umiejętności, postawy studenta

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

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

## Zaliczam / nie zaliczam\*

*\*odpowiednie podkreślić*

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

 *Pieczątka i podpis opiekuna praktyk*

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

### *Pieczątka i podpis kierownika praktyk*

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

*pieczątka szpitala /oddziału*

**KARTA ZALICZENIA PRAKTYKI ZAWODOWEJ – PORADNICTWO LAKTACYJNE (ROK I)**

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

Ilość godzin wg planu – **25 godz.**

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

Opinia na temat wiadomości, umiejętności, postawy studenta

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

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

## Zaliczam / nie zaliczam\*

*\*odpowiednie podkreślić*

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

 *Pieczątka i podpis opiekuna praktyk*

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

### *Pieczątka i podpis kierownika praktyk*

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

*pieczątka szpitala /oddziału*

**KARTA ZALICZENIA PRAKTYKI ZAWODOWEJ – DIAGNOSTYKA ULTRASONOGRAFICZNA**

**W POŁOŻNICTWIE (ROK I)**

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

Ilość godzin wg planu – **5 godz.**

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

Opinia na temat wiadomości, umiejętności, postawy studenta

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

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

## Zaliczam / nie zaliczam\*

*\*odpowiednie podkreślić*

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

 *Pieczątka i podpis opiekuna praktyk*

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

### *Pieczątka i podpis kierownika praktyk*

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

*pieczątka szpitala /oddziału*

**KARTA ZALICZENIA PRAKTYKI ZAWODOWEJ – DIAGNOSTYKA ULTRASONOGRAFICZNA**

**W GINEKOLOGII (ROK I)**

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

Ilość godzin wg planu – **5 godz.**

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

Opinia na temat wiadomości, umiejętności, postawy studenta

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

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

## Zaliczam / nie zaliczam\*

*\*odpowiednie podkreślić*

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

 *Pieczątka i podpis opiekuna praktyk*

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

### *Pieczątka i podpis kierownika praktyk*

### Data ...................................

*pieczątka szpitala /oddziału*

**KARTA ZALICZENIA PRAKTYKI ZAWODOWEJ – INTENSYWNY NADZÓR NEONATOLOGICZNY**

 **I OPIEKA PIELĘGNIARSKA**

**NAD NOWORODKIEM W STANACH ZAGROŻENIA ŻYCIA (ROK II)**

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

Ilość godzin wg planu – **40 godz**.

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

Opinia na temat wiadomości, umiejętności, postawy studenta

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

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

## Zaliczam / nie zaliczam\*

*\*odpowiednie podkreślić*

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

 *Pieczątka i podpis opiekuna praktyk*

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

### *Pieczątka i podpis kierownika praktyk*

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

*pieczątka szpitala /oddziału*

**KARTA ZALICZENIA PRAKTYKI ZAWODOWEJ – OPIEKA PALIATYWNA I HOSPICYJNA**

**W GINEKOLOGII (ROK II)**

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

Ilość godzin wg planu – **10 godz**.

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

Opinia na temat wiadomości, umiejętności, postawy studenta

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

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

## Zaliczam / nie zaliczam\*

*\*odpowiednie podkreślić*

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

 *Pieczątka i podpis opiekuna praktyk*

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

### *Pieczątka i podpis kierownika praktyk*

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

*pieczątka szpitala /oddziału*

**KARTA ZALICZENIA PRAKTYKI ZAWODOWEJ – DIAGNOSTYKA W POŁOŻNICTWIE (ROK II)**

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

Ilość godzin wg planu – **10 godz**.

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

Opinia na temat wiadomości, umiejętności, postawy studenta

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

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

## Zaliczam / nie zaliczam\*

*\*odpowiednie podkreślić*

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

 *Pieczątka i podpis opiekuna praktyk*

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

### *Pieczątka i podpis kierownika praktyk*

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

*pieczątka szpitala /oddziału*

**KARTA ZALICZENIA PRAKTYKI ZAWODOWEJ – DIAGNOSTYKA W GINEKOLOGII (ROK II)**

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

Ilość godzin wg planu – **10 godz.**

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

Opinia na temat wiadomości, umiejętności, postawy studenta

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

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

## Zaliczam / nie zaliczam\*

*\*odpowiednie podkreślić*

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

 *Pieczątka i podpis opiekuna praktyk*

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

### *Pieczątka i podpis kierownika praktyk*

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

*pieczątka szpitala /oddziału*

**KARTA ZALICZENIA PRAKTYKI ZAWODOWEJ - FARMAKOLOGIA KLINICZNA (ROK II)**

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

Ilość godzin wg planu – **20 godz**.

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

Opinia na temat wiadomości, umiejętności, postawy studenta

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

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

## Zaliczam / nie zaliczam\*

*\*odpowiednie podkreślić*

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

 *Pieczątka i podpis opiekuna praktyk*

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

### *Pieczątka i podpis kierownika praktyk*

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

**ZESPÓŁ REDAKCYJNY**

dr n. o zdr. Agnieszka Pluta – wydziałowy koordynator ds. zajęć praktycznych i praktyk zawodowych

dr n. med. Małgorzata Gierszewska

dr n. med. Mariola Banaszkiewicz

dr n. o zdr. Marzena Kaźmierczak

dr n. o zdr. Grażyna Gebuza

dr n. o zdr .Estera Mieczkowska

dr n. med. Dorota Rogala

mgr Małgorzata Bannach

mgr Agnieszka Dombrowska-Pali

**KONSULTACJA**

Prof. dr hab. med. Maria Kłopocka – Dziekan WNoZ