

Załącznik do umowy nr 1.3

**AKADEMIA POLONIJNA   
W CZĘSTOCHOWIE**

INSTYTUT ZDROWIA

KIERUNEK PIELĘGNIARSTWO

**DZIENNIK PRAKTYK**

**„Wzbogacenie jakości kształcenia wyższego na kierunku pielęgniarstwo w Akademii Polonijnej w Częstochowie”**

**POWR.05.05.00-00-0006/18**

Częstochowa  
2019

Wydział………………………………………………………………………………….

Kierunek…………………………………………………………………………………

Specjalność…………………………………………………………………...................

DZIENNIK PRAKTYK

Imię i Nazwisko: ……………………………………………….

Numer Albumu: ……………………………………………….

Rok rozpoczęcia studiów ……………………………..............

………………………………... ………………………………. *Pieczęć Uczelni Podpis i pieczątka Dziekana*

**CELE I METODY KSZTAŁCENIA PRAKTYCZNEGO**

Ponadprogramowe praktyki zawodowe zmierzają do zastosowania w praktyce nabytej przez studenta wiedzy i umiejętności oraz rozwiązywania problemów w sytuacjach rzeczywistych,   
w typowych miejscach pracy pielęgniarki, jakim jest WSS im. NMP   
w Częstochowie.

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.

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **ODDZIAŁY PRAKTYK** | **ILOŚĆ GODZIN** |
|  |  |  |
| 1. | ODZIAŁ KARDIOLOGII | **40** |
|  |  |  |
| 2. | ODDZIAŁ ORTOPEDII | **40** |
|  |  |  |
| 3. | ODDZIAŁ CHORÓB PŁUC | **40** |
|  |  |  |

**KARTA ZALICZENIA PRAKTYKI ZAWODOWEJ**

Nr albumu...................................................................................................

Nazwa przedmiotu ………………………………………………………..  
…………………………………………………………………………….

Miejsce odbywanych PZ (oddział) ……………………………………….

…………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………….

………………………..

(pieczątka placówki służby zdrowia)

Nazwisko i imię opiekuna PZ: ………………………………………………………………………………..

Czas trwania praktyki zawodowej (od-do) …………………………………..

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

Uzyskane oceny:

- wiedza\* ……………………………………………………………………..

- umiejętności\*………………………………………………………………..

- kompetencje społeczne\*………………………………………………….

Ocena końcowa zaliczająca

praktyki zawodowe\* ……………………………………………………….

(\*oceny proszę wpisywać słownie) pieczątka opiekuna  
 Miejsce realizacji ( pieczątka)

**KARTA ZALICZENIA PRAKTYKI ZAWODOWEJ**

Nr albumu...................................................................................................

Nazwa przedmiotu ………………………………………………………..  
…………………………………………………………………………….

Miejsce odbywanych PZ (oddział) ……………………………………….

…………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………….

………………………..

(pieczątka placówki służby zdrowia)

Nazwisko i imię opiekuna PZ: ………………………………………………………………………………..

Czas trwania praktyki zawodowej (od-do) …………………………………..

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

Uzyskane oceny:

- wiedza\* ……………………………………………………………………..

- umiejętności\*………………………………………………………………..

- kompetencje społeczne\*………………………………………………….

Ocena końcowa zaliczająca

praktyki zawodowe\* ……………………………………………………….

(\*oceny proszę wpisywać słownie) pieczątka opiekuna  
 Miejsce realizacji ( pieczątka)

**KARTA ZALICZENIA PRAKTYKI ZAWODOWEJ**

Nr albumu...................................................................................................

Nazwa przedmiotu ………………………………………………………..  
…………………………………………………………………………….

Miejsce odbywanych PZ (oddział) ……………………………………….

…………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………….

………………………..

(pieczątka placówki służby zdrowia)

Nazwisko i imię opiekuna PZ: ………………………………………………………………………………..

Czas trwania praktyki zawodowej (od-do) …………………………………..

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

Uzyskane oceny:

- wiedza\* ……………………………………………………………………..

- umiejętności\*………………………………………………………………..

- kompetencje społeczne\*………………………………………………….

Ocena końcowa zaliczająca

praktyki zawodowe\* ……………………………………………………….

(\*oceny proszę wpisywać słownie) pieczątka opiekuna  
 Miejsce realizacji ( pieczątka)

Praktyka zawodowa w zakresie……………………………………

**KARTA PRZEBIEGU PRAKTYKI W PLACÓWCE**

od…………20…….r. do………………………20…….r.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Dzień | Godziny praktyk | Liczba godzin | Wyszczególnienie zajęć |
|  | Od - do | praktyki |  |
|  |  | studenta |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Pieczątka i podpis osoby prowadzącej praktykę**

Praktyka zawodowa w zakresie………………………………………

**KARTA PRZEBIEGU PRAKTYKI W PLACÓWCE**

od…………20…….r. do………………………20…….r.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Dzień | Godziny praktyk | Liczba godzin | Wyszczególnienie zajęć |
|  | Od - do | praktyki |  |
|  |  | studenta |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Pieczątka i podpis osoby prowadzącej praktykę**

Praktyka zawodowa w zakresie………………………………………

**KARTA PRZEBIEGU PRAKTYKI W PLACÓWCE**

od…………20…….r. do………………………20…….r.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Dzień | Godziny praktyk | Liczba godzin | Wyszczególnienie zajęć |
|  | Od - do | praktyki |  |
|  |  | studenta |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Pieczątka i podpis osoby prowadzącej praktykę**

NOTATKI

…………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………