

**UNIWERSYTET MEDYCZNY W ŁODZI
WYDZIAŁ NAUK O ZDROWIU
ODDZIAŁ PIELEŃNIARSTWA I POŁOŻNICTWA
STUDIA PIERWSZEGO STOPNIA**

**Dziennik
umiejętności zawodowych**

Pieczęć Oddziału

Oddział Pielęgniarstwa i Położnictwa

Studia pierwszego stopnia

KIERUNEK: PIELEGNIAARSTWO

**Dziennik
umiejętności zawodowych**

Imię i nazwisko studenta
Numer albumu

Spis treści

1. Indeks umiejętności zawodowych	4
2. Zaliczenie ćwiczeń (pracownia umiejętności)	33
3. Zaliczenie zajęć praktycznych	35
4. Karta zbiorcza zaliczenia zajęć praktycznych	55
5. Zaliczenie praktyki zawodowej	57
6. Karta zbiorcza zaliczenia praktyki zawodowej.....	76
7. Praktyki zawodowe realizowane za granicą	78
8. Regulamin zajęć praktycznych/ praktyk zawodowych studentów pielęgniarstwa	80
9. Ogólne kryteria oceniania na poszczególne oceny.....	82

1. Indeks umiejętności zawodowych

Indeks jest stworzony po to, aby pomóc Pani/Panu ukierunkować uczenie i dokumentować rozwój umiejętności praktycznych i kompetencji społecznych. Proszę pamiętać o udokumentowaniu nabywanych umiejętności zgodnie z poniższą legendą:

Poziom 1. obserwacja procedur w praktyce

Poziom 2. wykonanie umiejętności z pomocą osoby nadzorującej

Poziom 3. wykonanie umiejętności pod kierunkiem osoby nadzorującej

Poziom 4. wykonanie umiejętności samodzielnie, bezpiecznie, kompetentnie uzasadnieniem swojego działania, w obecności osoby nadzorującej*.

Umiejętności zawodowe zostały ujęte w aspekcie efektów uczenia się (np. C.U1 – nr efektu uczenia się w standardzie**)

Postawę studenta należy udokumentować poprzez postawienie znaku X w odpowiednim polu wg następujących kryteriów: **bardzo dobry, dobry, zadawalający, niezadawalający**

1. Nauczyciel akademicki:

- zalicza nabyte umiejętności w indeksie umiejętności zawodowych (od str. 5) w ramach pracowni umiejętności, ćwiczeń i zajęć praktycznych,
- dokumentuje przebieg zajęć praktycznych w karcie zaliczenia zajęć praktycznych (od str. 35) oraz karcie zbiorczej zaliczenia zajęć praktycznych (str.55).

2. Opiekun praktyki zawodowej:

- zalicza nabyte umiejętności w indeksie umiejętności zawodowych (od str. 5) w ramach praktyk zawodowych,
- dokumentuje przebieg praktyk zawodowych w karcie zaliczenia praktyk zawodowych (od str. 57) oraz w karcie zbiorczej zaliczenia praktyk zawodowych (str.76).

3. Nauczyciel akademicki/opiekun praktyki potwierdza nabywanie umiejętności przez studenta w indeksie umiejętności na określonym poziomie podpisem i datą.

*Na podstawie opracowania dr hab. n.med. Marii Kózki – modyfikacja dla potrzeb UM w Łodzi

**Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (Dz.U. z dnia 26 lipca 2019 r. Poz.1573).

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

Kompetencje – umiejętności studenta Student potrafi:	Pracownia umiejętności, ćwiczenia				Zajęcia praktyczne				Praktyka zawodowa			
	Poziom wykonania/podpis/data				Poziom wykonania/podpis/data				Poziom wykonania/podpis/data			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
PODSTAWY OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ												
C.U1. stosować wybraną metodę pielęgnowania w opiece nad pacjentem												
C.U2 gromadzić informacje w celu rozpoznania stanu zdrowia pacjenta i sformułowania diagnozy pielęgniarskiej metodą: - wywiadu,												
- obserwacji,												
- pomiarów,												
- badania przedmiotowego,												
- analizy dokumentacji.												

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

Kompetencje – umiejętności studenta Student potrafi:	Pracownia umiejętności, ćwiczenia				Zajęcia praktyczne				Praktyka zawodowa			
	Poziom wykonania/podpis/data				Poziom wykonania/podpis/data				Poziom wykonania/podpis/data			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
C.U3. ustalać cele i plan opieki pielęgniarstwa oraz realizować ją wspólnie z pacjentem i jego rodziną												
C.U4. monitorować stan zdrowia pacjenta podczas pobytu w szpitalu lub innych jednostkach organizacyjnych systemu ochrony zdrowia												
C.U5 dokonywać bieżącej i końcowej oceny stanu zdrowia pacjenta i skuteczności działań pielęgniarstwa												
C.U6 wykonywać testy diagnostyczne dla oznaczenia ciał ketonowych i glukozy we krwi i w moczu oraz cholesterolu we krwi, a także inne testy paskowe												
C.U7. prowadzić, dokumentować i oceniać bilans płynów pacjenta												

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

Kompetencje – umiejętności studenta Student potrafi:	Pracownia umiejętności, ćwiczenia				Zajęcia praktyczne				Praktyka zawodowa			
	Poziom wykonania/podpis/data				Poziom wykonania/podpis/data				Poziom wykonania/podpis/data			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
C.U8. wykonywać pomiar: - temperatury ciała,												
- tętna,												
- oddechu,												
- ciśnienia tętniczego krwi,												
- ośrodkowego ciśnienia żylnego,												
- obwodów,												
- saturacji,												
- szczytowego przepływu wydechowego,												

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

Kompetencje – umiejętności studenta Student potrafi:	Pracownia umiejętności, ćwiczenia				Zajęcia praktyczne				Praktyka zawodowa				
	Poziom wykonania/podpis/data				Poziom wykonania/podpis/data				Poziom wykonania/podpis/data				
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
- pomiary antropometryczne (pomiar masy ciała, wzrostu, wskaźnika BMI, wskaźników dystrybucji tkanki tłuszczowej: WHR, WHtR, grubości fałdów skórno – tłuszczowych)													
C.U9. pobierać materiał do badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych oraz asystować lekarzowi przy badaniach diagnostycznych													
C.U10. stosować zabiegi przeciw zapalne													
C.U11. przechowywać i przygotowywać leki zgodnie z obowiązującymi standardami													

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

Kompetencje – umiejętności studenta Student potrafi:	Pracownia umiejętności, ćwiczenia				Zajęcia praktyczne				Praktyka zawodowa			
	Poziom wykonania/podpis/data				Poziom wykonania/podpis/data				Poziom wykonania/podpis/data			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
C.U12. podawać pacjentowi leki różnymi drogami, zgodnie z pisemnym zleceniem lekarza lub zgodnie z posiadanymi kompetencjami oraz obliczać dawki leków												
C.U13. wykonywać szczepienia przeciw grypie, WZW i tężcowi												
C.U14. wykonywać: - płukanie jamy ustnej, gardła, - oka, ucha, - żołądka, - pęcherza moczowego, - przetoki jelitowej i rany.												

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

Kompetencje – umiejętności studenta Student potrafi:	Pracownia umiejętności, ćwiczenia				Zajęcia praktyczne				Praktyka zawodowa			
	Poziom wykonania/podpis/data				Poziom wykonania/podpis/data				Poziom wykonania/podpis/data			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
C.U15. zakładać i usuwać cewnik z żył obwodowych,												
- wykonywać kroplowe wlewy dożylnie												
- monitorować i pielęgnować miejsce: - wkłucia obwodowego,												
- wkłucia centralnego,												
- portu naczyniowego.												
C.U16. wykorzystywać dostępne metody karmienia pacjenta (doustnie, przez zgłębnik, przetoki odżywcze)												
C.U17. przemieszczać i pozycjonować pacjenta z wykorzystaniem różnych technik i metod												

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

Kompetencje – umiejętności studenta Student potrafi:	Pracownia umiejętności, ćwiczenia				Zajęcia praktyczne				Praktyka zawodowa			
	Poziom wykonania/podpis/data				Poziom wykonania/podpis/data				Poziom wykonania/podpis/data			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
C.U18. Wykonywać gimnastykę oddechową i drenaż ułożeniowy,												
- odśluzowywanie dróg oddechowych i inhalację;												
C.U19 Wykonywać nacieranie, oklepywanie,												
- ćwiczenia czynne i bierne												
C.U20. wykonywać zabiegi higieniczne;												
C.U21. Pielęgnować skórę i jej wytwory oraz błony śluzowe z zastosowaniem środków farmakologicznych i materiałów medycznych, w tym stosować kąpiele lecznicze;												
C.U22. Oceniać ryzyko rozwoju odleżyn i stosować działania profilaktyczne;												

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

Kompetencje – umiejętności studenta Student potrafi:	Pracownia umiejętności, ćwiczenia				Zajęcia praktyczne				Praktyka zawodowa			
	Poziom wykonania/podpis/data				Poziom wykonania/podpis/data				Poziom wykonania/podpis/data			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
C.U23. Wykonywać zabiegi doodbytnicze;												
C.U24. Zakładać cewnik do pęcherza moczowego, – monitorować diurezę i usuwać cewnik;												
C.U25. Zakładać zgłębnik do żołądka oraz monitorować i usuwać zgłębnik;												
C.U26. Prowadzić dokumentację medyczną oraz posługiwać się nią;												
C.U27. Rozwiązywać dylematy etyczne i moralne w praktyce pielęgniarskiej;												
C.U28. Oceniać potencjał zdrowotny pacjenta i jego rodziny z wykorzystaniem skal, siatek i pomiarów;												

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

Kompetencje – umiejętności studenta Student potrafi:	Pracownia umiejętności, ćwiczenia				Zajęcia praktyczne				Praktyka zawodowa			
	Poziom wykonania/podpis/data				Poziom wykonania/podpis/data				Poziom wykonania/podpis/data			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
C.U29. rozpoznawać uwarunkowania zachowań zdrowotnych pacjenta i czynniki ryzyka chorób wynikających ze stylu życia;												
C.U30. Dobierać metody i formy profilaktyki i prewencji chorób oraz kształtować zachowania zdrowotne różnych grup społecznych;												
C.U31. Uczyć pacjenta samokontroli stanu zdrowia;												
C.U32. Opracowywać i wdrażać indywidualne programy promocji zdrowia pacjentów, rodzin i grup społecznych;												
C.U33. Realizować świadczenia zdrowotne w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej;												
C.U34. Ocenić środowisko zamieszkania, nauczania i wychowania oraz pracy w zakresie												

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

Kompetencje – umiejętności studenta Student potrafi:	Pracownia umiejętności, ćwiczenia				Zajęcia praktyczne				Praktyka zawodowa			
	Poziom wykonania/podpis/data				Poziom wykonania/podpis/data				Poziom wykonania/podpis/data			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
rozpoznawania problemów zdrowotnych;												
C.U35. Oceniać stan odżywienia organizmu z wykorzystaniem metod antropometrycznych, biochemicznych i badania podmiotowego oraz prowadzić poradnictwo w zakresie żywienia;												
C.U36. Stosować diety terapeutyczne w wybranych schorzeniach;												
C.U.37. Dobierać środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wystawiać na nie recepty w ramach realizacji zleceń lekarskich oraz udzielać informacji na temat ich stosowania;												
C.U 38. Podejmować decyzje dotyczące doboru metod pracy oraz współpracy w zespole												

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

Kompetencje – umiejętności studenta Student potrafi:	Pracownia umiejętności, ćwiczenia				Zajęcia praktyczne				Praktyka zawodowa			
	Poziom wykonania/podpis/data				Poziom wykonania/podpis/data				Poziom wykonania/podpis/data			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
C.U.39. Monitorować zagrożenia w pracy pielęgniarki i czynniki sprzyjające występowaniu chorób zawodowych oraz wypadków przy pracy												
C.U.40. Współuczestniczyć w opracowaniu standardów i procedur praktyki pielęgniarskiej oraz monitorować jakość opieki pielęgniarskiej;												
C.U.41. Nadzorować i oceniać pracę podległego personelu												
C.U.42. Planować własny rozwój zawodowy i rozwijać umiejętności;												
C.U.43. Przeprowadzać badanie podmiotowe pacjenta, analizować i interpretować jego wyniki;												
C.U.44. rozpoznawać i interpretować podstawowe odrębności w badaniu dziecka i osoby dorosłej, w tym osoby w podeszłym												

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

Kompetencje – umiejętności studenta Student potrafi:	Pracownia umiejętności, ćwiczenia				Zajęcia praktyczne				Praktyka zawodowa			
	Poziom wykonania/podpis/data				Poziom wykonania/podpis/data				Poziom wykonania/podpis/data			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
wieku ;												
C.U45. wykorzystywać techniki badania fizykalnego do oceny fizjologicznych i patologicznych funkcji: - skóry,												
- zmysłów,												
- głowy,												
- klatki piersiowej,												
- gruczołów piersiowych												
- jamy brzusznej,												
- narządów płciowych,												
- układu sercowo-naczyniowego,												

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

Kompetencje – umiejętności studenta Student potrafi:	Pracownia umiejętności, ćwiczenia				Zajęcia praktyczne				Praktyka zawodowa			
	Poziom wykonania/podpis/data				Poziom wykonania/podpis/data				Poziom wykonania/podpis/data			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
- układu oddechowego,												
- obwodowego układu krążenia												
- układu mięśniowo-szkieletowego												
- układu nerwowego												
- dokumentować wyniki badania fizykalnego i wykorzystywać je do oceny stanu zdrowia pacjenta												
C.U46. przeprowadzać kompleksowe badanie podmiotowe i przedmiotowe pacjenta,												
- dokumentować wyniki badania oraz dokonywać ich analizy dla potrzeb opieki pielęgniarstwa;												
C.U47. przeprowadzać badanie fizykalne z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności;												

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

Kompetencje – umiejętności studenta Student potrafi:	Pracownia umiejętności, ćwiczenia				Zajęcia praktyczne				Praktyka zawodowa			
	Poziom wykonania/podpis/data				Poziom wykonania/podpis/data				Poziom wykonania/podpis/data			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
C.U48. wdrażać standardy postępowania zapobiegającego zakażeniom szpitalnym;												
C.U49. stosować środki ochrony własnej, pacjentów i współpracowników przed zakażeniami;												
C.U50. interpretować i stosować założenia funkcjonalne systemu informacyjnego z wykorzystaniem zaawansowanych metod i technologii informatycznych w wykonywaniu i kontraktowaniu świadczeń zdrowotnych;												
C.U51. posługiwać się w praktyce dokumentacją medyczną oraz przestrzegać zasad bezpieczeństwa i poufności informacji medycznej oraz prawa ochrony własności intelektualnej;												

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

Kompetencje – umiejętności studenta Student potrafi:	Pracownia umiejętności, ćwiczenia				Zajęcia praktyczne				Praktyka zawodowa			
	Poziom wykonania/podpis/data				Poziom wykonania/podpis/data				Poziom wykonania/podpis/data			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
C.U52. posługiwać się znakami języka migowego i innymi sposobami oraz środkami komunikowania się w opiece nad pacjentem z uszkodzeniem słuchu;												
C.U53. analizować korzyści wynikające z pracy zespołowej;												
C.U54. korzystać z wybranych modeli organizowania pracy własnej i zespołu;												
C.U55. wskazywać sposoby rozwiązywania problemów członków zespołu;												
C.U56. planować pracę zespołu i motywować członków zespołu do pracy;												
C.U57. identyfikować czynniki zakłócające pracę zespołu i wskazywać sposoby zwiększenia efektywności w pracy zespołowej.												

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

Kompetencje – umiejętności studenta Student potrafi:	Pracownia umiejętności, ćwiczenia				Zajęcia praktyczne				Praktyka zawodowa			
	Poziom wykonania/podpis/data				Poziom wykonania/podpis/data				Poziom wykonania/podpis/data			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
OPIEKA SPECJALISTYCZNA												
D.U1. gromadzić informacje, formułować diagnozę pielęgniarstwa, ustalać cele i plan opieki pielęgniarstwa, wdrażać interwencje pielęgniarstwa oraz dokonywać ewaluacji opieki pielęgniarstwa:												
- oddział internistyczny												
- oddział chirurgiczny												
- oddział pediatryczny												
- oddział neurologiczny												
- oddział geriatryczny												

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

Kompetencje – umiejętności studenta Student potrafi:	Pracownia umiejętności, ćwiczenia				Zajęcia praktyczne				Praktyka zawodowa			
	Poziom wykonania/podpis/data				Poziom wykonania/podpis/data				Poziom wykonania/podpis/data			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
- oddział psychiatryczny												
- oddział opieki długoterminowej												
- oddział opieki paliatywnej												
- oddział intensywnej terapii												
- oddział położniczo/ginekologiczny												
- w środowisku domowym												
- w środowisku nauczania i wychowania												
D.U2. prowadzić poradnictwo w zakresie samoopieki pacjentów w różnym wieku i stanie zdrowia dotyczące: - wad rozwojowych,												

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

Kompetencje – umiejętności studenta Student potrafi:	Pracownia umiejętności, ćwiczenia				Zajęcia praktyczne				Praktyka zawodowa			
	Poziom wykonania/podpis/data				Poziom wykonania/podpis/data				Poziom wykonania/podpis/data			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
- chorób i uzależnień												
D.U3. prowadzić profilaktykę powikłań występujących w przebiegu chorób;												
D.U4. organizować izolację pacjentów z chorobą zakaźną w miejscach publicznych i w warunkach domowych;												
D.U5. oceniać rozwój psychofizyczny dziecka,												
- wykonywać testy przesiewowe i wykrywać zaburzenia w rozwoju												
D.U6. dobierać technikę i sposoby pielęgnowania rany, w tym zakładania opatrunków;												
D.U7. dobierać metody i środki pielęgnacji ran na podstawie ich klasyfikacji;												

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

Kompetencje – umiejętności studenta Student potrafi:	Pracownia umiejętności, ćwiczenia				Zajęcia praktyczne				Praktyka zawodowa			
	Poziom wykonania/podpis/data				Poziom wykonania/podpis/data				Poziom wykonania/podpis/data			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
D.U8. rozpoznawać powikłania po specjalistycznych badaniach diagnostycznych i zabiegach operacyjnych;												
D.U9. doraźnie podawać pacjentowi tlen i monitorować jego stan podczas tlenoterapii;												
D.U10. wykonywać badanie elektrokardiograficzne i rozpoznawać zaburzenia zagrażające życiu												
D.U11. modyfikować dawkę stałą insuliny szybko- i krótkodziałającej												
D.U12. przygotowywać pacjenta fizycznie i psychicznie do badań diagnostycznych												
D.U13. wystawiać skierowania na wykonanie określonych badań diagnostycznych												

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

Kompetencje – umiejętności studenta Student potrafi:	Pracownia umiejętności, ćwiczenia				Zajęcia praktyczne				Praktyka zawodowa			
	Poziom wykonania/podpis/data				Poziom wykonania/podpis/data				Poziom wykonania/podpis/data			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
D.U14. przygotowywać zapisy form recepturowych substancji leczniczych w ramach kontynuacji leczenia;												
D.U15. dokumentować sytuację zdrowotną pacjenta, dynamikę jej zmian i realizowaną opiekę pielęgniarską, z uwzględnieniem narzędzi informatycznych do gromadzenia danych;												
D.U16. uczyć pacjenta i jego opiekuna doboru oraz użytkowania sprzętu pielęgnacyjno-rehabilitacyjnego i wyrobów medycznych;												
D.U17. prowadzić u osób dorosłych i dzieci żywienie dojelitowe: - przez zglębnik i przetokę odżywczą												
- żywienie pozajelitowe												

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

Kompetencje – umiejętności studenta Student potrafi:	Pracownia umiejętności, ćwiczenia				Zajęcia praktyczne				Praktyka zawodowa			
	Poziom wykonania/podpis/data				Poziom wykonania/podpis/data				Poziom wykonania/podpis/data			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
D.U18. rozpoznawać powikłania leczenia:												
- farmakologicznego,												
- dietetycznego												
- rehabilitacyjnego												
- leczniczo-pielęgnacyjnego												
D.U19. pielęgnować pacjenta:												
- z przetoką jelitową												
- rurką intubacyjną												
- rurką tracheotomijną;												
D.U20. prowadzić rozmowę terapeutyczną;												

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

Kompetencje – umiejętności studenta Student potrafi:	Pracownia umiejętności, ćwiczenia				Zajęcia praktyczne				Praktyka zawodowa			
	Poziom wykonania/podpis/data				Poziom wykonania/podpis/data				Poziom wykonania/podpis/data			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
D.U21. prowadzić rehabilitację przyłóżkową i aktywizację z wykorzystaniem elementów terapii zajęciowej;												
D.U22. przekazywać informacje członkom zespołu terapeutycznego o stanie zdrowia pacjenta												
D.U23. asystować lekarzowi w trakcie badań diagnostycznych;												
- oddział internistyczny												
- oddział chirurgiczny												
- oddział pediatryczny												
- oddział neurologiczny												
- oddział geriatryczny												

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

Kompetencje – umiejętności studenta Student potrafi:	Pracownia umiejętności, ćwiczenia				Zajęcia praktyczne				Praktyka zawodowa			
	Poziom wykonania/podpis/data				Poziom wykonania/podpis/data				Poziom wykonania/podpis/data			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
- oddział psychiatryczny												
- oddział opieki długoterminowej												
- oddział opieki paliatywnej												
- oddział intensywnej terapii												
- oddział położniczo/ginekologiczny												
D.U24. oceniać poziom bólu, reakcję pacjenta na ból i jego nasilenie												
- stosować farmakologiczne i niefarmakologiczne postępowanie przeciwbólowe;												

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

Kompetencje – umiejętności studenta Student potrafi:	Pracownia umiejętności, ćwiczenia				Zajęcia praktyczne				Praktyka zawodowa			
	Poziom wykonania/podpis/data				Poziom wykonania/podpis/data				Poziom wykonania/podpis/data			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
D.U25. postępować zgodnie z procedurą z ciałem zmarłego pacjenta;												
D.U26. przygotowywać i podawać pacjentom leki różnymi drogami, samodzielnie lub na zlecenie lekarza:												
- oddział internistyczny												
- oddział chirurgiczny												
- oddział pediatriczny												
- oddział neurologiczny												
- oddział geriatryczny												
- oddział psychiatryczny												

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

Kompetencje – umiejętności studenta Student potrafi:	Pracownia umiejętności, ćwiczenia				Zajęcia praktyczne				Praktyka zawodowa			
	Poziom wykonania/podpis/data				Poziom wykonania/podpis/data				Poziom wykonania/podpis/data			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
- oddział opieki długoterminowej												
- oddział opieki paliatywnej												
- oddział intensywnej terapii												
- oddział położniczo/ginekologiczny												
- w środowisku domowym												
D.U27. udzielać pierwszej pomocy w stanach bezpośredniego zagrożenia życia;												
D.U28. doraźnie unieruchamiać złamania kości, zwichnięcia i skręcenia												
- przygotowywać pacjenta do transportu;												

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

Kompetencje – umiejętności studenta Student potrafi:	Pracownia umiejętności, ćwiczenia				Zajęcia praktyczne				Praktyka zawodowa			
	Poziom wykonania/podpis/data				Poziom wykonania/podpis/data				Poziom wykonania/podpis/data			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
D.U29. doraźnie tamować krwawienia i krwotoki;												
D.U30. wykonywać podstawowe zabiegi resuscytacyjne:												
- u osób dorosłych												
- u dzieci												
- stosować automatyczny defibrylator zewnętrzny (<i>Automated External Defibrillator, AED</i>)												
- bezprzyrządowe udrożnienie dróg oddechowych												
- przyrządowe udrażnianie dróg oddechowych z zastosowaniem dostępnych urządzeń nadgłośniowych;												
D.U31. krytycznie analizować publikowane wyniki badań naukowych;												

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

Kompetencje – umiejętności studenta Student potrafi:	Pracownia umiejętności, ćwiczenia				Zajęcia praktyczne				Praktyka zawodowa			
	Poziom wykonania/podpis/data				Poziom wykonania/podpis/data				Poziom wykonania/podpis/data			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
D.U32. przeprowadzać badanie jakościowe, posługując się narzędziami badawczymi												
KOMPETENCJE SPOŁECZNE												
W zakresie kompetencji społecznych absolwent jest gotów do:												
1. Kierowania się dobrem pacjenta, poszanowania godności i autonomii osób powierzonych opiece, okazywania zrozumienia dla różnic światopoglądowych i kulturowych oraz empatii w relacji z pacjentem i jego rodziną;												
2. Przestrzegania praw pacjenta;												
3. Samodzielnego i rzetelnego wykonywania zawodu zgodnie z zasadami etyki, w tym przestrzegania wartości i powinności												

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

Kompetencje – umiejętności studenta Student potrafi:	Pracownia umiejętności, ćwiczenia				Zajęcia praktyczne				Praktyka zawodowa			
	Poziom wykonania/podpis/data				Poziom wykonania/podpis/data				Poziom wykonania/podpis/data			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
moralnych w opiece nad pacjentem;												
4. Ponoszenia odpowiedzialności za wykonywane czynności zawodowe;												
5. Zasięgania opinii ekspertów w przypadku trudności z samodzielnym rozwiązaniem problemu;												
6. Przewidywania i uwzględniania czynników wpływających na reakcje własne i pacjenta;												
7. Dostrzegania i rozpoznawania własnych ograniczeń w zakresie wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych oraz dokonywania samooceny deficytów i potrzeb edukacyjnych.												

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

pieczęć oddziału/ZOZ

Rok akademicki Semestr

2. ZALICZENIE ĆWICZEŃ (pracowni umiejętności) w zakresie podstaw pielęgniarstwa

Nauczyciel prowadzący zajęcia

Semestr.....

Liczba godzin wg planu

Liczba opuszczonych godzin.....Liczba odpracowanych godzin.....

Liczba zaliczonych godzin.....

Ocena

Uwagi dotyczące przebiegu ćwiczeń, osiągnięć i postawy studenta

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Integralność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wiarygodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uczciwość	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pewność w działaniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podejmowanie inicjatywy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niezawodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dostosowanie do sytuacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komunikatywność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praca w zespole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punktualność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inne

.....
Data

.....
Podpis nauczyciela

.....
Podpis studenta

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

pieczęć oddziału/ZOZ

Rok akademicki Semestr

**ZALICZENIE ĆWICZEŃ (pracowni umiejętności)
w zakresie podstaw pielęgniarstwa**

Nauczyciel prowadzący zajęcia

Semestr.....

Liczba godzin wg planu

Liczba opuszczonych godzin.....Liczba odpracowanych godzin.....

Liczba zaliczonych godzin.....

Ocena

Uwagi dotyczące przebiegu ćwiczeń, osiągnięć i postawy studenta

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Integralność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wiarygodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uczciwość	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pewność w działaniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podejmowanie inicjatywy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niezawodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dostosowanie do sytuacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komunikatywność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praca w zespole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punktualność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inne

.....
Data

.....
Podpis nauczyciela

.....
Podpis studenta

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

pieczęć oddziału/ZOZ

Rok akademicki Semestr

3. ZALICZENIE ZAJĘĆ PRAKTYCZNYCH w zakresie promocji zdrowia

Nauczyciel prowadzący zajęcia

Okres realizacji od.....do

Liczba godzin wg planu

Liczba opuszczonych godzin.....Liczba odpracowanych godzin.....

Liczba zaliczonych godzin.....

Ocena

Uwagi dotyczące przebiegu zajęć praktycznych, osiągnięć i postawy studenta

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Integralność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wiarygodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uczciwość	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pewność w działaniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podejmowanie inicjatywy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niezawodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dostosowanie do sytuacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komunikatywność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praca w zespole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punktualność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inne

.....
Data

.....
Podpis nauczyciela

.....
Podpis studenta

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

pieczęć oddziału/ZOZ

Rok akademicki Semestr

**ZALICZENIE ZAJĘĆ PRAKTYCZNYCH
w zakresie podstaw pielęgniarstwa**

Nauczyciel prowadzący zajęcia

Okres realizacji od.....do

Liczba godzin wg planu

Liczba opuszczonych godzin.....Liczba odpracowanych godzin.....

Liczba zaliczonych godzin.....

Ocena

Uwagi dotyczące przebiegu zajęć praktycznych, osiągnięć i postawy studenta

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Integralność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wiarygodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uczciwość	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pewność w działaniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podjęmowanie inicjatywy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niezawodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dostosowanie do sytuacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komunikatywność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praca w zespole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punktualność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inne

Data

Podpis nauczyciela

Podpis studenta

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

pieczęć oddziału/ZOZ

Rok akademicki

Semestr

**ZALICZENIE ZAJĘĆ PRAKTYCZNYCH
w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej**

Nauczyciel prowadzący zajęcia

Okres realizacji od.....do

Liczba godzin wg planu

Liczba opuszczonych godzin.....Liczba odpracowanych godzin.....

Liczba zaliczonych godzin.....

Ocena

Uwagi dotyczące przebiegu zajęć praktycznych, osiągnięć i postawy studenta

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Integralność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wiarygodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uczciwość	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pewność w działaniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podjęmowanie inicjatywy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niezawodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dostosowanie do sytuacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komunikatywność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praca w zespole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punktualność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inne

.....
Data

.....
Podpis nauczyciela

.....
Podpis studenta

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

pieczęć oddziału/ZOZ

Rok akademicki Semestr

**ZALICZENIE ZAJĘĆ PRAKTYCZNYCH
w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej**

Nauczyciel prowadzący zajęcia

Okres realizacji od.....do

Liczba godzin wg planu

Liczba opuszczonych godzin.....Liczba odpracowanych godzin.....

Liczba zaliczonych godzin.....

Ocena

Uwagi dotyczące przebiegu zajęć praktycznych, osiągnięć i postawy studenta

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Integralność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wiarygodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uczciwość	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pewność w działaniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podejmowanie inicjatywy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niezawodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dostosowanie do sytuacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komunikatywność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praca w zespole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punktualność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inne

.....
Data

.....
Podpis nauczyciela

.....
Podpis studenta

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

pieczęć oddziału/ZOZ

Rok akademicki

Semestr

**ZALICZENIE ZAJĘĆ PRAKTYCZNYCH
w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej**

Nauczyciel prowadzący zajęcia

Okres realizacji od.....do

Liczba godzin wg planu

Liczba opuszczonych godzin.....Liczba odpracowanych godzin.....

Liczba zaliczonych godzin.....

Ocena

Uwagi dotyczące przebiegu zajęć praktycznych, osiągnięć i postawy studenta

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Integralność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wiarygodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uczciwość	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pewność w działaniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podjęmowanie inicjatywy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niezawodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dostosowanie do sytuacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komunikatywność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praca w zespole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punktualność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inne

Data

Podpis nauczyciela

Podpis studenta

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

pieczęć oddziału/ZOZ

Rok akademicki Semestr

ZALICZENIE ZAJĘĆ PRAKTYCZNYCH

w zakresie położnictwa, ginekologii i pielęgniarstwa położniczo – ginekologicznego

Nauczyciel prowadzący zajęcia

Okres realizacji od.....do

Liczba godzin wg planu

Liczba opuszczonych godzin.....Liczba odpracowanych godzin.....

Liczba zaliczonych godzin.....

Ocena

Uwagi dotyczące przebiegu zajęć praktycznych, osiągnięć i postawy studenta

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Integralność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wiarygodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uczciwość	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pewność w działaniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podjęmowanie inicjatywy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niezawodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dostosowanie do sytuacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komunikatywność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praca w zespole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punktualność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inne

.....
Data

.....
Czytelny podpis nauczyciela zaliczającego

.....
Podpis studenta

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

pieczęć oddziału/ZOZ

Rok akademicki Semestr

**ZALICZENIE ZAJĘĆ PRAKTYCZNYCH
w zakresie pediatrii i pielęgniarstwa pediatrycznego**

Nauczyciel prowadzący zajęcia

Okres realizacji od.....do

Liczba godzin wg planu

Liczba opuszczonych godzin.....Liczba odpracowanych godzin.....

Liczba zaliczonych godzin.....

Ocena

Uwagi dotyczące przebiegu zajęć praktycznych, osiągnięć i postawy studenta

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Integralność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wiarygodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uczciwość	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pewność w działaniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podjęmowanie inicjatywy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niezawodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dostosowanie do sytuacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komunikatywność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praca w zespole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punktualność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inne

.....
Data

.....
Czytelny podpis nauczyciela zaliczającego

.....
Podpis studenta

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

pieczęć oddziału/ZOZ

Rok akademicki Semestr

**ZALICZENIE ZAJĘĆ PRAKTYCZNYCH
w zakresie pediatrii i pielęgniarstwa pediatrycznego**

Nauczyciel prowadzący zajęcia.....

Okres realizacji od.....do

Liczba godzin wg planu

Liczba opuszczonych godzin.....Liczba odpracowanych godzin.....

Liczba zaliczonych godzin.....

Ocena

Uwagi dotyczące przebiegu zajęć praktycznych, osiągnięć i postawy studenta

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Integralność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wiarygodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uczciwość	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pewność w działaniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podjęmowanie inicjatywy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niezawodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dostosowanie do sytuacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komunikatywność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praca w zespole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punktualność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inne

.....
Data

.....
Czytelny podpis nauczyciela zaliczającego

.....
Podpis studenta

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

pieczęć oddziału/ZOZ

Rok akademicki Semestr

**ZALICZENIE ZAJĘĆ PRAKTYCZNYCH
w zakresie chorób wewnętrznych i pielęgniarstwa internistycznego**

Nauczyciel prowadzący zajęcia.....

Okres realizacji od.....do

Liczba godzin wg planu

Liczba opuszczonych godzin.....Liczba odpracowanych godzin.....

Liczba zaliczonych godzin.....

Ocena

Uwagi dotyczące przebiegu zajęć praktycznych, osiągnięć i postawy studenta

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Integralność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wiarygodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uczciwość	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pewność w działaniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podjęmowanie inicjatywy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niezawodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dostosowanie do sytuacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komunikatywność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praca w zespole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punktualność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inne

.....
Data

.....
Czytelny podpis nauczyciela zaliczającego

.....
Podpis studenta

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

pieczęć oddziału/ZOZ

Rok akademicki

Semestr

**ZALICZENIE ZAJĘĆ PRAKTYCZNYCH
w zakresie chorób wewnętrznych i pielęgniarstwa internistycznego**

Nauczyciel prowadzący zajęcia

Okres realizacji od.....do

Liczba godzin wg planu

Liczba opuszczonych godzin.....Liczba odpracowanych godzin.....

Liczba zaliczonych godzin.....

Ocena

Uwagi dotyczące przebiegu zajęć praktycznych, osiągnięć i postawy studenta

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Integralność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wiarygodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uczciwość	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pewność w działaniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podjmowanie inicjatywy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niezawodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dostosowanie do sytuacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komunikatywność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praca w zespole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punktualność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inne

.....
Data

.....
Czytelny podpis nauczyciela zaliczającego

.....
Podpis studenta

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

pieczęć oddziału/ZOZ

Rok akademicki Semestr

**ZALICZENIE ZAJĘĆ PRAKTYCZNYCH
w zakresie chirurgii i pielęgniarstwa chirurgicznego**

Nauczyciel prowadzący zajęcia

Okres realizacji od.....do

Liczba godzin wg planu

Liczba opuszczonych godzin.....Liczba odpracowanych godzin.....

Liczba zaliczonych godzin.....

Ocena

Uwagi dotyczące przebiegu zajęć praktycznych, osiągnięć i postawy studenta

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Integralność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wiarygodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uczciwość	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pewność w działaniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podjęmowanie inicjatywy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niezawodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dostosowanie do sytuacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komunikatywność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praca w zespole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punktualność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inne

Data

Czytelny podpis nauczyciela zaliczającego

Podpis studenta

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

pieczęć oddziału/ZOZ

Rok akademicki Semestr

**ZALICZENIE ZAJĘĆ PRAKTYCZNYCH
w zakresie chirurgii i pielęgniarstwa chirurgicznego**

Nauczyciel prowadzący zajęcia

Okres realizacji od.....do

Liczba godzin wg planu

Liczba opuszczonych godzin.....Liczba odpracowanych godzin.....

Liczba zaliczonych godzin.....

Ocena

Uwagi dotyczące przebiegu zajęć praktycznych, osiągnięć i postawy studenta

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Integralność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wiarygodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uczciwość	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pewność w działaniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podjęmowanie inicjatywy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niezawodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dostosowanie do sytuacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komunikatywność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praca w zespole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punktualność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inne

.....
Data

.....
Czytelny podpis nauczyciela zaliczającego

.....
Podpis studenta

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

pieczęć oddziału/ZOZ

Rok akademicki Semestr

**ZALICZENIE ZAJĘĆ PRAKTYCZNYCH
w zakresie pielęgniarstwa w opiece długoterminowej**

Nauczyciel prowadzący zajęcia

Okres realizacji od.....do

Liczba godzin wg planu

Liczba opuszczonych godzin.....Liczba odpracowanych godzin.....

Liczba zaliczonych godzin.....

Ocena

Uwagi dotyczące przebiegu zajęć praktycznych, osiągnięć i postawy studenta

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Integralność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wiarygodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uczciwość	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pewność w działaniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podejmowanie inicjatywy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niezawodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dostosowanie do sytuacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komunikatywność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praca w zespole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punktualność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inne

.....
Data

.....
Czytelny podpis nauczyciela zaliczającego

.....
Podpis studenta

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

pieczęć oddziału/ZOZ

Rok akademicki Semestr

**ZALICZENIE ZAJĘĆ PRAKTYCZNYCH
w zakresie geriatry i pielęgniarstwa geriatrycznego**

Nauczyciel prowadzący zajęcia

Okres realizacji od.....do

Liczba godzin wg planu

Liczba opuszczonych godzin.....Liczba odpracowanych godzin.....

Liczba zaliczonych godzin.....

Ocena

Uwagi dotyczące przebiegu zajęć praktycznych, osiągnięć i postawy studenta

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Integralność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wiarygodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uczciwość	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pewność w działaniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podjęmowanie inicjatywy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niezawodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dostosowanie do sytuacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komunikatywność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praca w zespole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punktualność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inne

.....
Data

.....
Czytelny podpis nauczyciela zaliczającego

.....
Podpis studenta

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

pieczęć oddziału/ZOZ

Rok akademicki Semestr

**ZALICZENIE ZAJĘĆ PRAKTYCZNYCH
w zakresie neurologii i pielęgniarstwa neurologicznego**

Nauczyciel prowadzący zajęcia

Okres realizacji od.....do

Liczba godzin wg planu

Liczba opuszczonych godzin.....Liczba odpracowanych godzin.....

Liczba zaliczonych godzin.....

Ocena

Uwagi dotyczące przebiegu zajęć praktycznych, osiągnięć i postawy studenta

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Integralność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wiarygodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uczciwość	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pewność w działaniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podjęmowanie inicjatywy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niezawodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dostosowanie do sytuacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komunikatywność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praca w zespole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punktualność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inne

Data

Czytelny podpis nauczyciela zaliczającego

Podpis studenta

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

pieczęć oddziału/ZOZ

Rok akademicki

Semestr

**ZALICZENIE ZAJĘĆ PRAKTYCZNYCH
w zakresie psychiatrii i pielęgniarstwa psychiatrycznego**

Nauczyciel prowadzący zajęcia

Okres realizacji od.....do

Liczba godzin wg planu

Liczba opuszczonych godzin.....Liczba odpracowanych godzin.....

Liczba zaliczonych godzin.....

Ocena

Uwagi dotyczące przebiegu zajęć praktycznych, osiągnięć i postawy studenta

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Integralność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wiarygodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uczciwość	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pewność w działaniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podjęcie inicjatywy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niezawodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dostosowanie do sytuacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komunikatywność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praca w zespole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punktualność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inne

Data

Czytelny podpis nauczyciela zaliczającego

Podpis studenta

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

pieczęć oddziału/ZOZ

Rok akademicki Semestr

**ZALICZENIE ZAJĘĆ PRAKTYCZNYCH
w zakresie anestezjologii i pielęgniarstwa w zagrożeniu życia**

Nauczyciel prowadzący zajęcia

Okres realizacji od.....do

Liczba godzin wg planu

Liczba opuszczonych godzin.....Liczba odpracowanych godzin.....

Liczba zaliczonych godzin.....

Ocena

Uwagi dotyczące przebiegu zajęć praktycznych, osiągnięć i postawy studenta

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Integralność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wiarygodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uczciwość	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pewność w działaniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podejmowanie inicjatywy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niezawodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dostosowanie do sytuacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komunikatywność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praca w zespole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punktualność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inne

.....
Data

.....
Czytelny podpis nauczyciela zaliczającego

.....
Podpis studenta

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

pieczęć oddziału/ZOZ

Rok akademicki

Semestr

**ZALICZENIE ZAJĘĆ PRAKTYCZNYCH
w zakresie opieki paliatywnej**

Nauczyciel prowadzący zajęcia

Okres realizacji od.....do

Liczba godzin wg planu

Liczba opuszczonych godzin.....Liczba odpracowanych godzin.....

Liczba zaliczonych godzin.....

Ocena

Uwagi dotyczące przebiegu zajęć praktycznych, osiągnięć i postawy studenta

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Integralność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wiarygodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uczciwość	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pewność w działaniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podjmowanie inicjatywy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niezawodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dostosowanie do sytuacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komunikatywność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praca w zespole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punktualność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inne

.....
Data

.....
Czytelny podpis nauczyciela zaliczającego

.....
Podpis studenta

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

pieczęć oddziału/ZOZ

Rok akademicki

Semestr

ZALICZENIE ZAJĘĆ PRAKTYCZNYCH

w zakresie.....

Nauczyciel prowadzący zajęcia

Okres realizacji od.....do

Liczba godzin wg planu

Liczba opuszczonych godzin.....Liczba odpracowanych godzin.....

Liczba zaliczonych godzin.....

Ocena

Uwagi dotyczące przebiegu zajęć praktycznych, osiągnięć i postawy studenta

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Integralność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wiarygodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uczciwość	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pewność w działaniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podjęcie inicjatywy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niezawodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dostosowanie do sytuacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komunikatywność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praca w zespole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punktualność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inne

Data

Czytelny podpis nauczyciela zaliczającego

Podpis studenta

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

pieczęć oddziału/ZOZ

Rok akademicki

Semestr

ZALICZENIE ZAJĘĆ PRAKTYCZNYCH

w zakresie

Nauczyciel prowadzący zajęcia

Okres realizacji od.....do

Liczba godzin wg planu

Liczba opuszczonych godzin.....Liczba odpracowanych godzin.....

Liczba zaliczonych godzin.....

Ocena

Uwagi dotyczące przebiegu zajęć praktycznych, osiągnięć i postawy studenta

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Integralność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wiarygodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uczciwość	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pewność w działaniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podejmowanie inicjatywy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niezawodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dostosowanie do sytuacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komunikatywność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praca w zespole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punktualność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inne

.....
Data

.....
Czytelny podpis nauczyciela zaliczającego

.....
Podpis studenta

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

4. Karta zbiorcza zaliczenia zajęć praktycznych¹

Lp.	Przedmiot	Rok studiów	Liczba godzin	Zaliczenie/ Ocena*	Data	Podpis
1.	Podstawy pielęgniarstwa					
2.	Podstawowa opieka zdrowotna					
3.	Promocja zdrowia					
4.	Choroby wewnętrzne i pielęgniarstwo internistyczne					
5.	Geriatryka i pielęgniarstwo geriatryczne					
6.	Pediatria i pielęgniarstwo pediatryczne					
7.	Położnictwo, ginekologia i pielęgniarstwo położniczo-ginekologiczne					
8.	Opieka paliatywna					
9.	Chirurgia i pielęgniarstwo chirurgiczne					
10.	Neurologia i pielęgniarstwo					

¹ wpisuje nauczyciel akademicki realizujący zajęcia

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

	neurologiczne					
11.	Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej					
12.	Psychiatria i pielęgniarstwo psychiatryczne					
13.	Anestezjologia i pielęgniarstwo w zagrożeniu życia					
	Razem liczba godzin					

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

pieczęć oddziału/ZOZ

Rok akademicki Semestr

5. Zaliczenie praktyki zawodowej

w zakresie

Opiekun praktyki.....

Okres realizacji od.....do

Liczba godzin wg planu

Liczba opuszczonych godzin.....Liczba odpracowanych godzin.....

Liczba zaliczonych godzin.....

Ocena

Uwagi dotyczące przebiegu zajęć praktycznych, osiągnięć i postawy studenta

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Integralność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wiarygodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uczciwość	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pewność w działaniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podjęmowanie inicjatywy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niezawodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dostosowanie do sytuacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komunikatywność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praca w zespole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punktualność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inne

Data

Podpis opiekuna praktyki

Podpis studenta

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

pieczęć oddziału/ZOZ

Rok akademicki Semestr

ZALICZENIE PRAKTYKI ZAWODOWEJ

w zakresie

Opiekun praktyki.....

Okres realizacji od.....do

Liczba godzin wg planu

Liczba opuszczonych godzin.....Liczba odpracowanych godzin.....

Liczba zaliczonych godzin.....

Ocena

Uwagi dotyczące przebiegu zajęć praktycznych, osiągnięć i postawy studenta

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Integralność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wiarygodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uczciwość	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pewność w działaniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podjmowanie inicjatywy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niezawodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dostosowanie do sytuacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komunikatywność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praca w zespole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punktualność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inne

Data

Podpis opiekuna praktyki

Podpis studenta

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

pieczęć oddziału/ZOZ

Rok akademicki Semestr

ZALICZENIE PRAKTYKI ZAWODOWEJ

w zakresie

Opiekun praktyki.....

Okres realizacji od.....do

Liczba godzin wg planu

Liczba opuszczonych godzin.....Liczba odpracowanych godzin.....

Liczba zaliczonych godzin.....

Ocena

Uwagi dotyczące przebiegu zajęć praktycznych, osiągnięć i postawy studenta

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Integralność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wiarygodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uczciwość	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pewność w działaniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podjmowanie inicjatywy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niezawodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dostosowanie do sytuacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komunikatywność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praca w zespole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punktualność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inne

Data

Podpis opiekuna praktyki

Podpis studenta

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

pieczęć oddziału/ZOZ

Rok akademicki Semestr

ZALICZENIE PRAKTYKI ZAWODOWEJ

w zakresie

Opiekun praktyki.....

Okres realizacji od.....do

Liczba godzin wg planu

Liczba opuszczonych godzin.....Liczba odpracowanych godzin.....

Liczba zaliczonych godzin.....

Ocena

Uwagi dotyczące przebiegu zajęć praktycznych, osiągnięć i postawy studenta

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Integralność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wiarygodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uczciwość	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pewność w działaniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podejmowanie inicjatywy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niezawodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dostosowanie do sytuacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komunikatywność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praca w zespole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punktualność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inne

.....
Data

.....
Podpis opiekuna praktyki

.....
Podpis studenta

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

pieczęć oddziału/ZOZ

Rok akademicki Semestr

ZALICZENIE PRAKTYKI ZAWODOWEJ

w zakresie

Opiekun praktyki.....

Okres realizacji od.....do

Liczba godzin wg planu

Liczba opuszczonych godzin.....Liczba odpracowanych godzin.....

Liczba zaliczonych godzin.....

Ocena

Uwagi dotyczące przebiegu zajęć praktycznych, osiągnięć i postawy studenta

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Integralność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wiarygodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uczciwość	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pewność w działaniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podjmowanie inicjatywy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niezawodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dostosowanie do sytuacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komunikatywność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praca w zespole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punktualność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inne

Data

Podpis opiekuna praktyki

Podpis studenta

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

pieczęć oddziału/ZOZ

Rok akademicki Semestr

ZALICZENIE PRAKTYKI ZAWODOWEJ

w zakresie

Opiekun praktyki.....

Okres realizacji od.....do

Liczba godzin wg planu

Liczba opuszczonych godzin.....Liczba odpracowanych godzin.....

Liczba zaliczonych godzin.....

Ocena

Uwagi dotyczące przebiegu zajęć praktycznych, osiągnięć i postawy studenta

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Integralność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wiarygodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uczciwość	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pewność w działaniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podjmowanie inicjatywy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niezawodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dostosowanie do sytuacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komunikatywność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praca w zespole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punktualność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inne

Data

Podpis opiekuna praktyki

Podpis studenta

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

pieczęć oddziału/ZOZ

Rok akademicki Semestr

ZALICZENIE PRAKTYKI ZAWODOWEJ

w zakresie

Opiekun praktyki.....

Okres realizacji od.....do

Liczba godzin wg planu

Liczba opuszczonych godzin.....Liczba odpracowanych godzin.....

Liczba zaliczonych godzin.....

Ocena

Uwagi dotyczące przebiegu zajęć praktycznych, osiągnięć i postawy studenta

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Integralność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wiarygodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uczciwość	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pewność w działaniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podjmowanie inicjatywy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niezawodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dostosowanie do sytuacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komunikatywność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praca w zespole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punktualność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inne

Data

Podpis opiekuna praktyki

Podpis studenta

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

pieczęć oddziału/ZOZ

Rok akademicki Semestr

ZALICZENIE PRAKTYKI ZAWODOWEJ

w zakresie

Opiekun praktyki.....

Okres realizacji od.....do

Liczba godzin wg planu

Liczba opuszczonych godzin.....Liczba odpracowanych godzin.....

Liczba zaliczonych godzin.....

Ocena

Uwagi dotyczące przebiegu zajęć praktycznych, osiągnięć i postawy studenta

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Integralność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wiarygodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uczciwość	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pewność w działaniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podjmowanie inicjatywy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niezawodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dostosowanie do sytuacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komunikatywność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praca w zespole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punktualność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inne

Data

Podpis opiekuna praktyki

Podpis studenta

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

pieczęć oddziału/ZOZ

Rok akademicki Semestr

ZALICZENIE PRAKTYKI ZAWODOWEJ

w zakresie

Opiekun praktyki.....

Okres realizacji od.....do

Liczba godzin wg planu

Liczba opuszczonych godzin.....Liczba odpracowanych godzin.....

Liczba zaliczonych godzin.....

Ocena

Uwagi dotyczące przebiegu zajęć praktycznych, osiągnięć i postawy studenta

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Integralność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wiarygodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uczciwość	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pewność w działaniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podejmowanie inicjatywy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niezawodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dostosowanie do sytuacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komunikatywność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praca w zespole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punktualność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inne

 Data

 Podpis opiekuna praktyki

 Podpis studenta

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

pieczęć oddziału/ZOZ

Rok akademicki Semestr

ZALICZENIE PRAKTYKI ZAWODOWEJ

w zakresie

Opiekun praktyki.....

Okres realizacji od.....do

Liczba godzin wg planu

Liczba opuszczonych godzin.....Liczba odpracowanych godzin.....

Liczba zaliczonych godzin.....

Ocena

Uwagi dotyczące przebiegu zajęć praktycznych, osiągnięć i postawy studenta

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Integralność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wiarygodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uczciwość	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pewność w działaniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podjmowanie inicjatywy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niezawodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dostosowanie do sytuacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komunikatywność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praca w zespole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punktualność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inne

Data

Podpis opiekuna praktyki

Podpis studenta

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

pieczęć oddziału/ZOZ

Rok akademicki Semestr
ZALICZENIE PRAKTYKI ZAWODOWEJ

w zakresie

Opiekun praktyki.....

Okres realizacji od.....do

Liczba godzin wg planu

Liczba opuszczonych godzin.....Liczba odpracowanych godzin.....

Liczba zaliczonych godzin.....

Ocena

Uwagi dotyczące przebiegu zajęć praktycznych, osiągnięć i postawy studenta

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Integralność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wiarygodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uczciwość	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pewność w działaniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podejmowanie inicjatywy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niezawodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dostosowanie do sytuacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komunikatywność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praca w zespole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punktualność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inne

.....
Data

.....
Podpis opiekuna praktyki

.....
Podpis studenta

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

pieczęć oddziału/ZOZ

Rok akademicki Semestr

ZALICZENIE PRAKTYKI ZAWODOWEJ

w zakresie

Opiekun praktyki.....

Okres realizacji od.....do

Liczba godzin wg planu

Liczba opuszczonych godzin.....Liczba odpracowanych godzin.....

Liczba zaliczonych godzin.....

Ocena

Uwagi dotyczące przebiegu zajęć praktycznych, osiągnięć i postawy studenta

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Integralność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wiarygodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uczciwość	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pewność w działaniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podejmowanie inicjatywy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niezawodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dostosowanie do sytuacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komunikatywność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praca w zespole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punktualność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inne

.....
Data

.....
Podpis opiekuna praktyki

.....
Podpis studenta

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

pieczęć oddziału/ZOZ

Rok akademicki Semestr

ZALICZENIE PRAKTYKI ZAWODOWEJ
w zakresie

Opiekun praktyki.....

Okres realizacji od.....do

Liczba godzin wg planu

Liczba opuszczonych godzin.....Liczba odpracowanych godzin.....

Liczba zaliczonych godzin.....

Ocena

Uwagi dotyczące przebiegu zajęć praktycznych, osiągnięć i postawy studenta

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Integralność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wiarygodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uczciwość	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pewność w działaniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podejmowanie inicjatywy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niezawodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dostosowanie do sytuacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komunikatywność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praca w zespole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punktualność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inne

.....
Data

.....
Podpis opiekuna praktyki

.....
Podpis studenta

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

pieczęć oddziału/ZOZ

Rok akademicki Semestr

ZALICZENIE PRAKTYKI ZAWODOWEJ

w zakresie

Opiekun praktyki.....

Okres realizacji od.....do

Liczba godzin wg planu

Liczba opuszczonych godzin.....Liczba odpracowanych godzin.....

Liczba zaliczonych godzin.....

Ocena

Uwagi dotyczące przebiegu zajęć praktycznych, osiągnięć i postawy studenta

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Integralność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wiarygodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uczciwość	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pewność w działaniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podejmowanie inicjatywy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niezawodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dostosowanie do sytuacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komunikatywność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praca w zespole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punktualność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inne

.....
Data

.....
Podpis opiekuna praktyki

.....
Podpis studenta

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

pieczęć oddziału/ZOZ

Rok akademicki Semestr

ZALICZENIE PRAKTYKI ZAWODOWEJ

w zakresie

Opiekun praktyki.....

Okres realizacji od.....do

Liczba godzin wg planu

Liczba opuszczonych godzin.....Liczba odpracowanych godzin.....

Liczba zaliczonych godzin.....

Ocena

Uwagi dotyczące przebiegu zajęć praktycznych, osiągnięć i postawy studenta

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Integralność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wiarygodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uczciwość	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pewność w działaniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podejmowanie inicjatywy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niezawodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dostosowanie do sytuacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komunikatywność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praca w zespole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punktualność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inne

.....
Data

.....
Podpis opiekuna praktyki

.....
Podpis studenta

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

pieczęć oddziału/ZOZ

Rok akademicki Semestr

ZALICZENIE PRAKTYKI ZAWODOWEJ

w zakresie

Opiekun praktyki.....

Okres realizacji od.....do

Liczba godzin wg planu

Liczba opuszczonych godzin.....Liczba odpracowanych godzin.....

Liczba zaliczonych godzin.....

Ocena

Uwagi dotyczące przebiegu zajęć praktycznych, osiągnięć i postawy studenta

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Integralność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wiarygodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uczciwość	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pewność w działaniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podejmowanie inicjatywy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niezawodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dostosowanie do sytuacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komunikatywność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praca w zespole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punktualność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inne

.....
Data

.....
Podpis opiekuna praktyki

.....
Podpis student

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

pieczęć oddziału/ZOZ

Rok akademicki Semestr

ZALICZENIE PRAKTYKI ZAWODOWEJ

w zakresie

Opiekun praktyki.....

Okres realizacji od.....do

Liczba godzin wg planu

Liczba opuszczonych godzin.....Liczba odpracowanych godzin.....

Liczba zaliczonych godzin.....

Ocena

Uwagi dotyczące przebiegu zajęć praktycznych, osiągnięć i postawy studenta

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Integralność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wiarygodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uczciwość	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pewność w działaniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podejmowanie inicjatywy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niezawodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dostosowanie do sytuacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komunikatywność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praca w zespole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punktualność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inne

.....
Data

.....
Podpis opiekuna praktyki

.....
Podpis studenta

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

pieczęć oddziału/ZOZ

Rok akademicki Semestr

ZALICZENIE PRAKTYKI ZAWODOWEJ

w zakresie

Opiekun praktyki.....

Okres realizacji od.....do

Liczba godzin wg planu

Liczba opuszczonych godzin.....Liczba odpracowanych godzin.....

Liczba zaliczonych godzin.....

Ocena

Uwagi dotyczące przebiegu zajęć praktycznych, osiągnięć i postawy studenta

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Integralność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wiarygodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uczciwość	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pewność w działaniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podejmowanie inicjatywy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niezawodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dostosowanie do sytuacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komunikatywność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praca w zespole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punktualność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inne

.....
Data

.....
Podpis opiekuna praktyki

.....
Podpis studenta

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

pieczęć oddziału/ZOZ

Rok akademicki Semestr

ZALICZENIE PRAKTYKI ZAWODOWEJ

w zakresie

Opiekun praktyki.....

Okres realizacji od.....do

Liczba godzin wg planu

Liczba opuszczonych godzin.....Liczba odpracowanych godzin.....

Liczba zaliczonych godzin.....

Ocena

Uwagi dotyczące przebiegu zajęć praktycznych, osiągnięć i postawy studenta

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Integralność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wiarygodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uczciwość	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pewność w działaniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podejmowanie inicjatywy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niezawodność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dostosowanie do sytuacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komunikatywność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praca w zespole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punktualność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inne

.....
Data

.....
Podpis opiekuna praktyki

.....
Podpis studenta

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

6. Karta zbiorcza zaliczenia praktyki zawodowej²

Lp.	Przedmiot	Rok studiów	Liczba godzin	Zaliczenie/ocena	Data	Podpis
1.	Podstawy pielęgniarstwa					
2.	Podstawowa opieka zdrowotna					
3.	Choroby wewnętrzne i pielęgniarstwo internistyczne					
4.	Geriatryka i pielęgniarstwo geriatryczne					
5.	Pediatria i pielęgniarstwo pediatryczne					
6.	Położnictwo, ginekologia i pielęgniarstwo położniczo-ginekologiczne					
7.	Opieka paliatywna					

² Wpisuje opiekun praktyki wg wzoru, każdy odrębnie

Imię i nazwisko studenta
Nr albumu

Lp.	Przedmiot	Rok studiów	Liczba godzin	Zaliczenie/ocena	Data	Podpis
8.	Chirurgia i pielęgniarstwo chirurgiczne					
9.	Neurologia i pielęgniarstwo neurologiczne					
10.	Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej					
11.	Psychiatria i pielęgniarstwo psychiatryczne					
12.	Anestezjologia i pielęgniarstwo w zagrożeniu życia					
Razem liczba godzin						
Potwierdzenie zakończenia realizacji praktyk przez Kierownika ds. Praktyk						

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

7. Praktyki zawodowe realizowane za granicą

Miejsce odbywania praktyki :

Okres pobytu od.....do.....

Liczba godzin.....

.....
Podpis Kierownika Praktyk

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

Praktyki zawodowe realizowane za granicą

Miejsce odbywania praktyki :

Okres pobytu od.....do.....

Liczba godzin.....

.....
Podpis Kierownika Praktyk

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

8. Regulamin zajęć praktycznych/ praktyk zawodowych studentów pielęgniarstwa

Wyciąg z Regulaminu zajęć praktycznych i praktyk zawodowych w Oddziale Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

(...) **pkt 5. Student ma prawo do:**

- 1) właściwie zorganizowanego procesu kształcenia,
- 2) tygodniowego rozkładu zajęć zgodnego z wymogami programowymi,
- 3) poszanowania przez współpracowników,
- 4) rozwijania zainteresowań i zdolności,
- 5) indywidualnej pomocy w przypadku trudności,
- 6) przestrzegania czasu pracy,
- 7) zagwarantowania bezpieczeństwa w czasie trwania zajęć,
- 8) sprawiedliwej i jawnej oceny.

pkt 6. Obowiązki studentów odbywających zajęcia praktyczne i praktykę zawodową:

- 1) w dniu rozpoczęcia praktyk zapoznanie się z przepisami BHP i innymi obowiązującymi w placówce i przestrzeganie ich,
- 2) zapoznanie się z przyjętymi kryteriami samooceny i oceny postępów w kształceniu praktycznym, o których student powinien być poinformowany w dniu rozpoczęcia praktyk, zajęć praktycznych,
- 3) dostarczenie przed rozpoczęciem zajęć dokumentów (zaświadczeń, orzeczenia lekarskiego) zgodnych z art. 211 pkt 5 K.p oraz **ustawą z dnia 5 grudnia 2008 r.** Dz. U. Nr 234 poz. 1570 o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi,
- 4) systematyczne i aktywne uczestnictwo w zajęciach praktycznych i praktyce zawodowej,
- 5) wykonywanie zadań wynikających z programu zajęć praktycznych lub praktyki zawodowej,
- 6) przestrzeganie „Kodeksu etyki zawodowej pielęgniarki i położnej RP” oraz zasad kultury współżycia w zespole,
- 7) przestrzeganie praw pacjenta,
- 8) ponoszenie odpowiedzialności za własny rozwój, zdrowie i życie,
- 9) dbanie o wspólne dobro i ład w jednostce, w której odbywa się kształcenie,
- 10) noszenie estetycznego, zgodnego z przepisami BHP i przepisami epidemiologicznymi umundurowania oraz identyfikatora,
- 11) pozostawienie odzieży i przedmiotów osobistych w szatni,
- 12) przestrzeganie zakazu palenia tytoniu na terenie szpitala,
- 13) powiadomienie prowadzącego zajęcia o występujących trudnościach w pracy, nieobecności, ekspozycji zawodowej etc,
- 14) powiadomienie Kierownika ds. Praktyk Studenckich o schorzeniach, które mogą mieć wpływ na przebieg praktyk, bezpieczeństwo studenta i chorych (dotyczy też ciąży)
- 15) studentowi nie wolno samowolnie opuszczać placówki szkolenia, odwiedzać pacjentów na innych oddziałach, przyjmować odwiedziny osób niezwiązanych z praktyką
- 16) w każdym przypadku nieobecności lub zachorowania student ma obowiązek poinformowania o swojej absencji nauczyciela prowadzącego zajęcia praktyczne, opiekuna praktyk zawodowych lub kierownika ds. praktyk na danym kierunku,(...)
- 18) rekomendowany jest następujący wizerunek studenta realizującego zajęcia praktyczne i praktyki zawodowe:

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

- a) ubranie robocze dla pracowników medycznych: część górna z rękawem do łokcia (na kierunku Pielęgniarstwo bluza wkładana przez głowę), długie spodnie lub spódnica (nie krótsza niż 2 cm poniżej zgięcia kolanowego, rajstopy koloru cielistego)
 - b) identyfikator według wzoru zatwierdzonego przez Dział Promocji UM,
 - c) obuwie białe z zakrytymi palcami, na stabilnej podeszwie, płaskim lub 2 cm obcasie.
- Ponadto długie włosy powinny być związane gumką.

19) Student nie może nosić:

- a) długich, pomalowanych paznokci/tipsów,
- b) rozpuszczonych włosów (w przypadku włosów długich),
- c) biżuterii.(...)

pkt 8. Zaliczenie zajęć praktycznych i praktyki zawodowej

1. Warunkiem zaliczenia zajęć praktycznych i praktyki zawodowej jest uzyskanie przez studenta pozytywnej oceny końcowej na którą składa się:

- a) umiejętności zawodowe zgodnie z wykazem zawartym w *Dzienniku umiejętności zawodowych*,
- b) przejawianie właściwej postawy zawodowej,
- c) oddanie obowiązującej dokumentacji,
- d) 100% frekwencja studenta na zajęciach praktycznych i praktyce zawodowej (w wypadku choroby – konieczne jest przedstawienie zaświadczenia lekarskiego, na podstawie którego studentowi umożliwiony zostanie inny termin odbycia praktyk lub inny sposób jej zaliczenia). Wyjątek stanowią sytuacje wskazane odrębnymi przepisami (regulamin studiów, kodeks pracy etc.)

2. Zaliczenie praktyk zawodowych i zajęć praktycznych jest warunkiem zaliczenia semestru w ramach którego odbywały się praktyki.

3. Przesunięcie terminu realizacji praktyki zawodowej lub zajęć praktycznych na okres po zakończeniu semestru uniemożliwia zaliczenie tego semestru we właściwym terminie. Student może otrzymać jedynie wpis warunkowy na następny semestr z określonym terminem uzupełnienia zaliczenia. (...)

Niniejszym oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem i zobowiązuję się do jego stosowania

miejsce, data

podpis studenta

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

9. Ogólne kryteria oceniania na poszczególne oceny

Oceny: bardzo dobry – ponad dobry:

Otrzymuje student, który:

- jest aktywny i twórczy na zajęciach,
- sprawnie i samodzielnie wykonuje czynności, logicznie wykorzystuje wiedzę,
- rozwiązuje samodzielnie problemy, zadania w sytuacjach nowych,
- wykazuje aktywność na zajęciach i własną inicjatywę,
- samodzielnie i twórczo rozwija własne umiejętności,
- interesuje się nowościami i na bieżąco poszerza swoje umiejętności.

Ocena: dobry:

Otrzymuje student, który:

- opanował w pełni wiadomości i umiejętności,
- jest aktywny na zajęciach,
- sprawnie i samodzielnie wykonuje zadania i posługuje się zdobytą wiedzą,
- rozwiązuje samodzielnie problemy w sytuacjach typowych,

Oceny: dostateczny – dość dobry:

Otrzymuje student, który:

- opanował umiejętności w stopniu niewielkim,
- wymaga ukierunkowania i pomocy ze strony nauczyciela,
- rozwiązuje jedynie zadania typowe o niewielkim i średnim stopniu trudności,
- opanował umiejętności w zakresie umożliwiającym dalsze postępy w nauce,
- nie wykazuje dużej aktywności na zajęciach.

Ocena: niedostateczny:

Otrzymuje student, który:

- nie opanował niezbędnego minimum programowego,
- nie jest w stanie, nawet przy pomocy nauczyciela wykonywać umiejętności o niewielkim stopniu trudności,
- jest bierny na zajęciach,
- nie wykazuje chęci do uzupełnienia swoich braków w zakresie wiedzy i umiejętności.