

**KRYTERIA DOBORU PLACÓWKI DO REALIZACJI PRAKTYK
NA KIERUNKU PIELEGNIAŘSTWO
STUDIA PIERWSZEGO STOPNIA, PROFIL PRAKTYCZNY
PRAKTYKA INDYWIDUALNA**

.....
Pieczęćka Wydziału

Nazwa placówki/oddział:.....

.....

Przedmiot:

Liczba godzin praktyk:

Imię i nazwisko studenta/ki/numer albumu/rok studiów:

.....

Kryterium		Ocena punktowa	Liczba otrzymanych punktów
Dana placówka świadczy szeroki wachlarz usług diagnostycznych i/lub leczniczych (terapeutycznych lub rehabilitacyjnych) i cieszy się uznaniem w środowisku	posiada akredytację	3	
	przygotowuje się do akredytacji	2	
	nie posiada akredytacji	1	
Wykształcenie pracowników realizujących ww. zajęcia i praktyki, tj. np. wieloletnie doświadczenie zawodowe w danej dziedzinie, świadomość ról zawodowych, umiejętność przekazywania wiedzy, dobry kontakt ze studentem	większość z wyższym wykształceniem	3	
	prawie połowa z wyższym wykształceniem lub specjalizacją	2	
	wyłącznie średnie	1	
Wyposażenie w nowoczesny	w większości	3	

sprzęt umożliwiający zdobywanie praktycznej wiedzy	prawie połowa sprzętu	2	
	dominuje stary sprzęt	1	
Doświadczenie w pracy ze studentami	zajęcia systematycznie co roku	3	
	kilka razy w roku	2	
	sporadycznie	1	
Charakter i zakres świadczeń umożliwia realizację celów kształcenia	w pełni	3	
	w większości	2	
	w niewielkim stopniu	1	
Usługi realizowane są zgodnie z obowiązującymi standardami i według właściwych procedur	wszystkie	3	
	niektóre	2	
	pojedyncze lub brak procedur	1	
	dobrze wyposażona, ale mało dostępna	2	
	niedostępna, brak lub nie-dostatecznie wyposażona	1	
W placówce są pomieszczenia dydaktyczne przeznaczone do realizacji zajęć	łatwo dostępne	3	
	trudno dostępne lub zbyt małe w stosunku o potrzeb	2	
	brak, niedostępne, nie spełnia wymagań (ciasne)	1	
Zaplecze socjalne	stołówka	3	
	bar	2	
	inne np. pokój socjalny, automat	1	
LICZBA PUNKTÓW OGÓŁEM			

.....
Podpis kierownika placówki/pielęgniarki oddziałowej

**DECYZJA OSTATECZNA DOTYCZĄCA DOBORU PLACÓWKI
DO REALIZACJI PRAKTYK
NA KIERUNKU PIELEGNIASTWO
STUDIA PIERWSZEGO STOPNIA, PROFIL PRAKTYCZNY
PRAKTYKA INDYWIDUALNA**

NAZWA PLACÓWKI/ODDZIAŁ

.....

Opiniowana jednostka otrzymała punktów w związku z powyższym spełnia/nie spełnia* optymalne/umiarkowane/minimalne* warunki wymagane w Wydziale Nauk o Zdrowiu Akademii Białskiej im. Jana Pawła II do realizacji praktyk.

.....

Podpis uczelnianego opiekuna praktyk

Podsumowanie:

1. Warunki optymalne - 24-22 pkt.
2. Warunki umiarkowane - 21-16 pkt.
3. Warunki minimalne - 15-10 pkt.
4. Brak odpowiednich warunków - 9 pkt.

*niepotrzebne skreślić