



Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt: „Quality for Nurses. Program Rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w zakresie kształcenia studentów kierunku Pielęgniarstwo” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWR.05.03.00-00-0030/15)

## **Wydział Nauk o Zdrowiu**

### **Dziennik umiejętności zawodowych**



Projekt: „Quality for Nurses. Program Rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w zakresie kształcenia studentów kierunku Pielęgniarstwo” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWR.05.03.00-00-0030/15)

**Pieczęć Oddziału**

## **Oddział Pielęgniarstwa i Położnictwa**

**Studia pierwszego stopnia**

**KIERUNEK: PIELEGNIARSTWO**

**Dziennik  
umiejętności zawodowych**

**Imię i nazwisko studenta .....**

**Numer albumu .....**



Projekt: „Quality for Nurses. Program Rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w zakresie kształcenia studentów kierunku Pielęgniarstwo” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWR.05.03.00-00-0030/15)

## **Spis treści**

1. Indeks umiejętności zawodowych .....	4
2. Zaliczenie ćwiczeń (pracownia umiejętności) w zakresie podstaw pielęgniarstwa .....	47
3. Zaliczenie zajęć praktycznych w zakresie promocji zdrowia.....	49
4. Karta zbiorcza zaliczenia zajęć praktycznych .....	69
5. Zaliczenie praktyki zawodowej .....	71
6. Karta zbiorcza zaliczenia praktyki zawodowej.....	89
7. Praktyki zawodowe realizowane za granicą .....	91
8. Regulamin zajęć praktycznych/ praktyk zawodowych studentów pielęgniarstwa .....	93

Projekt: „Quality for Nurses. Program Rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w zakresie kształcenia studentów kierunku Pielęgniarstwo” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWR.05.03.00-00-0030/15)

## 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 kształcenia (np. C.U1 – nr efektu kształcenia 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. 51) oraz karcie zbiorczej zaliczenia zajęć praktycznych (str.69).

### 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. 72) oraz w karcie zbiorczej zaliczenia praktyk zawodowych (str.97).

### 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 dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa (Dz.U. z dnia 5 czerwca 2012 r. Poz. 631).

Projekt: „Quality for Nurses. Program Rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w zakresie kształcenia studentów kierunku Pielęgniarstwo” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWR.05.03.00-00-0030/15)

Imię i nazwisko studenta .....

Nr albumu .....

Kompetencje – umiejętności studenta	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
<b>PODSTAWY OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ</b>												
<b>C.U1.</b> proponuje model pielęgnowania i stosuje w praktyce wybrane teorie pielęgniarstwa												
<b>C.U2</b> gromadzi informacje (w celu rozpoznania stanu zdrowia pacjenta i sformułowania diagnozy pielęgniarstwa) metodą:  - wywiadu,												
- obserwacji,												
- pomiarów bezpośrednich												
- pomiarów pośrednich - skala Barthel,												

Projekt: „Quality for Nurses. Program Rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w zakresie kształcenia studentów kierunku Pielęgniarstwo” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWR.05.03.00-00-0030/15)

Imię i nazwisko studenta .....

Nr albumu .....

Kompetencje – umiejętności studenta	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
- skala Glasgow,												
- analizy dokumentacji (w tym analizy badań diagnostycznych),												
- metodą badania fizykalnego												
<b>C.U3</b> wykonuje testy diagnostyczne dla oznaczenia ciał ketonowych i glukozy we krwi i w moczu oraz cholesterolu we krwi, a także inne testy paskowe												
<b>C.U4</b> oznacza glikemię za pomocą glukometru												

Projekt: „Quality for Nurses. Program Rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w zakresie kształcenia studentów kierunku Pielęgniarstwo” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWR.05.03.00-00-0030/15)

Imię i nazwisko studenta .....

Nr albumu .....

Kompetencje – umiejętności studenta	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
<b>C.U5</b> ustala cele i plan opieki nad człowiekiem  - chorym												
- niepełnosprawnym												
<b>C.U6</b> planuje i realizuje opiekę pielęgniarską wspólnie  - z chorym i jego rodziną												
- niepełnosprawnym i jego rodziną												

Projekt: „Quality for Nurses. Program Rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w zakresie kształcenia studentów kierunku Pielęgniarstwo” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWR.05.03.00-00-0030/15)

Imię i nazwisko studenta .....

Nr albumu .....

Kompetencje – umiejętności studenta	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
<b>C.U7</b> monitoruje stan zdrowia pacjenta na wszystkich etapach jego pobytu w szpitalu lub innych placówkach opieki zdrowotnej, między innymi przez ocenę podstawowych parametrów życiowych:												
- temperatury,												
- tętna,												
- ciśnienia tętniczego krwi,												
- oddechu												
- świadomości,												
- masy ciała i wzrostu,												
- obwodów ciała,												



Projekt: „Quality for Nurses. Program Rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w zakresie kształcenia studentów kierunku Pielęgniarstwo” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWR.05.03.00-00-0030/15)

Imię i nazwisko studenta .....

Nr albumu .....

Kompetencje – umiejętności studenta	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
<b>C.U8</b> dokonuje bieżącej i końcowej oceny stanu zdrowia pacjenta i skuteczności działań pielęgniarских												
<b>C.U9</b> przechowuje leki zgodnie z obowiązującymi standardami												
<b>C.U10</b> podaje choremu leki różnymi drogami, zgodnie z pisemnym zleceniem lekarza :												
- doustnie												
- podskórnice, śródskórnice												
- domięśniowo												

Projekt: „Quality for Nurses. Program Rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w zakresie kształcenia studentów kierunku Pielęgniarstwo” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWR.05.03.00-00-0030/15)

Imię i nazwisko studenta .....

Nr albumu .....

Kompetencje – umiejętności studenta	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
- dożylnie												
- transdermalnie												
- krople do oka, ucha												
- krople do nosa												
- dopochwowo												
- oblicza dawki leków												
<b>C.U11</b> pomaga choremu w jedzeniu, wydalaniu, poruszaniu się i dbaniu o higienę osobistą:												
- sianie łóżka pustego												
- sianie łóżka z chorym												
- zmiana bielizny osobistej chorego												

Projekt: „Quality for Nurses. Program Rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w zakresie kształcenia studentów kierunku Pielęgniarstwo” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWR.05.03.00-00-0030/15)

Imię i nazwisko studenta .....

Nr albumu .....

Kompetencje – umiejętności studenta	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
- zmiana bielizny pościelowej												
- toaleta jamy ustnej												
- toaleta/kąpiel chorego w łóżku												
- kąpiel chorego w wannie												
- mycie głowy choremu w łóżku												
- karmienie chorego												
- karmienie niemowlęcia i małego dziecka												
- pomoc choremu w siadaniu												
- asystowanie choremu podczas chodzenia												

Projekt: „Quality for Nurses. Program Rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w zakresie kształcenia studentów kierunku Pielęgniarstwo” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWR.05.03.00-00-0030/15)

Imię i nazwisko studenta .....

Nr albumu .....

Kompetencje – umiejętności studenta	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
- przemieszczanie chorego z wykorzystaniem mat ślizgowych												
podawanie basenu/kaczki												
<b>C.U12</b> pielęgnuje skórę i jej wytwory oraz błony śluzowe z zastosowaniem środków farmakologicznych materiałów medycznych, w tym stosuje kąpiele lecznicze												
<b>C.U13</b> dobiera technikę i sposoby zakładania opatrunków na rany, w tym wykorzystuje bandażowanie												
<b>C.U14</b> wykorzystuje różne techniki karmienia												

Projekt: „Quality for Nurses. Program Rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w zakresie kształcenia studentów kierunku Pielęgniarstwo” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWR.05.03.00-00-0030/15)

Imię i nazwisko studenta .....

Nr albumu .....

Kompetencje – umiejętności studenta	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
pacjenta												
<b>C.U15</b> wykonuje zabiegi doodbytnicze, lewatywę, wlewkę, kroplówkę doodbytniczą, suchą rurkę do odbytu												
<b>C.U16</b> zakłada cewnik do pęcherza moczowego, usuwa cewnik, wykonuje płukanie pęcherza moczowego												
- monitoruje diurezę (godzinową i dobową),												
<b>C.U17</b> układa chorego w łóżku w pozycjach terapeutycznych i zmienia												

Projekt: „Quality for Nurses. Program Rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w zakresie kształcenia studentów kierunku Pielęgniarstwo” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWR.05.03.00-00-0030/15)

Imię i nazwisko studenta .....

Nr albumu .....

Kompetencje – umiejętności studenta	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	
te pozycje (w tym stosuje udogodnienia)													
<b>C.U18</b> wykonuje gimnastykę oddechową ,													
- drenaż ułożeniowy,													
- inhalacje													
- odśluzowywanie dróg oddechowych													
<b>C.U19</b> wykonuje nacieranie, oklepywanie, inne techniki masażu klasycznego, ćwiczenia czynne i bierne													
<b>C.U20</b> zapewnia choremu bezpieczne otoczenie													

Projekt: „Quality for Nurses. Program Rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w zakresie kształcenia studentów kierunku Pielęgniarstwo” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWR.05.03.00-00-0030/15)

Imię i nazwisko studenta .....

Nr albumu .....

Kompetencje – umiejętności studenta	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
<b>C.U21</b> stwarza choremu warunki do snu i wypoczynku												
<b>C.U22</b> wykonuje płukanie oka, ucha												
<b>C.U23</b> podłącza i obsługuje zestawy do kroplowych wlewów dożylnych												
<b>C.U24</b> zakłada zgłębnik do żołądka i odbarcza treść												
<b>C.U25</b> stosuje zabiegi przeciwzapalne i bańki lekarskie												
<b>C.U26</b> zakłada i usuwa cewnik z żył obwodowych												

Projekt: „Quality for Nurses. Program Rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w zakresie kształcenia studentów kierunku Pielęgniarstwo” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWR.05.03.00-00-0030/15)

Imię i nazwisko studenta .....

Nr albumu .....

Kompetencje – umiejętności studenta	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
<b>C.U27</b> monitoruje, ocenia i pielęgnuje miejsce wkłucia centralnego,												
- obwodowego												
- portu naczyniowego												
<b>C.U28</b> wykonuje pulsoksymetrię												
- kapnometrię												
<b>C.U29</b> asystuje lekarzowi przy badaniach diagnostycznych:												
- nakłuciu jamy brzusznej, opłucnej, pobieraniu szpiku												
- punkcji lędźwiowej												



Projekt: „Quality for Nurses. Program Rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w zakresie kształcenia studentów kierunku Pielęgniarstwo” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWR.05.03.00-00-0030/15)

Imię i nazwisko studenta .....

Nr albumu .....

Kompetencje – umiejętności studenta	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
<b>C.U30</b> pobiera materiał do badań laboratoryjnych i bakteriologicznych												
<b>C.U31</b> wykonuje kąpiel i monitoruje rozwój - noworodka												
- niemowlęcia												
<b>C.U32</b> przygotowuje siebie i sprzęt do instrumentowania - zmiany opatrunku na ranie												
<b>C.U33</b> prowadzi dokumentację opieki pielęgniarstwa, w tym historię pielęgnowania, kartę obserwacji, kartę gorączkową, książkę raportów, kartę profilaktyki i leczenia odleżyn												

Projekt: „Quality for Nurses. Program Rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w zakresie kształcenia studentów kierunku Pielęgniarstwo” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWR.05.03.00-00-0030/15)

Imię i nazwisko studenta .....

Nr albumu .....

Kompetencje – umiejętności studenta	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
<b>C.U34</b> odnotowuje wykonanie zleceń w karcie zleceń lekarskich												
<b>C.U35</b> pomaga pacjentowi w adaptacji do warunków panujących w szpitalu												
- w innych przedsiębiorstwach podmiotu leczniczego												
<b>C.U36</b> ocenia stan zdrowia jednostki i rodziny - „potencjał zdrowotny człowieka” z wykorzystaniem swoistej metodyki (skale, siatki, pomiary przyrządowe);												
<b>C.U37</b> rozpoznaje uwarunkowania zachowań zdrowotnych jednostki i czynniki ryzyka chorób wynikających ze stylu życia												

Projekt: „Quality for Nurses. Program Rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w zakresie kształcenia studentów kierunku Pielęgniarstwo” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWR.05.03.00-00-0030/15)

Imię i nazwisko studenta .....

Nr albumu .....

Kompetencje – umiejętności studenta	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
<b>C.U38</b> uczy odbiorcę usług pielęgniarskich samokontroli stanu zdrowia i motywuje do zachowań prozdrowotnych												
<b>C.U39</b> inicjuje i wspiera jednostkę i rodzinę w utrzymaniu zdrowia przez tworzenie środowiskowej „koalicji na rzecz zdrowia												
<b>C.U40</b> realizuje programy promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej dostosowane do rozpoznanych potrzeb zdrowotnych												
<b>C.U41</b> opracowuje i wdraża indywidualne programy promocji zdrowia jednostek i rodzin												

Projekt: „Quality for Nurses. Program Rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w zakresie kształcenia studentów kierunku Pielęgniarstwo” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWR.05.03.00-00-0030/15)

Imię i nazwisko studenta .....

Nr albumu .....

Kompetencje – umiejętności studenta	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
<b>C.U42</b> realizuje świadczenia zdrowotne w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, w tym świadczenia gwarantowane i zapewnianie opieki nad pacjentem chorym												
<b>C.U43</b> ocenia środowisko nauczania i wychowania w zakresie rozpoznawania problemów zdrowotnych dzieci i młodzieży												
<b>C.U44</b> przygotowuje sprzęt i środki do realizacji opieki pielęgniarzkiej w środowisku zamieszkania pacjenta												

Projekt: „Quality for Nurses. Program Rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w zakresie kształcenia studentów kierunku Pielęgniarstwo” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWR.05.03.00-00-0030/15)

Imię i nazwisko studenta .....

Nr albumu .....

Kompetencje – umiejętności studenta	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
<b>C.U45</b> stosuje standardy i procedury pielęgniarstwa w podstawowej opiece medycznej												
<b>C.U46</b> ocenia stan odżywienia organizmu z wykorzystaniem metod: antropometrycznych,												
- biochemicznych, badania podmiotowego												
<b>C.U47</b> prowadzi poradnictwo w zakresie żywienia:												
- dorosłych												
- dzieci zdrowych												
<b>C.U48</b> stosuje wybrane diety terapeutyczne w otyłości, niedożywieniu, cukrzycy, hiperlipidemii, nadciśnieniu tętniczym,												

Projekt: „Quality for Nurses. Program Rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w zakresie kształcenia studentów kierunku Pielęgniarstwo” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWR.05.03.00-00-0030/15)

Imię i nazwisko studenta .....

Nr albumu .....

Kompetencje – umiejętności studenta	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
chorobach serca i naczyń krwionośnych, trzustki i wątroby												
<b>C.U49</b> przeprowadza badanie podmiotowe pacjenta, analizuje i interpretuje wyniki dla potrzeb diagnozy pielęgniarstwa i jej dokumentowania												
<b>C.U50</b> rozpoznaje i interpretuje podstawowe odrębności w badaniu:												
- noworodka,												
- niemowlęcia,												
- osoby dorosłej i w wieku geriatrycznym												

Projekt: „Quality for Nurses. Program Rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w zakresie kształcenia studentów kierunku Pielęgniarstwo” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWR.05.03.00-00-0030/15)

Imię i nazwisko studenta .....

Nr albumu .....

Kompetencje – umiejętności studenta	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
<b>C.U51</b> wykorzystuje techniki badania fizykalnego do oceny fizjologicznych funkcji :												
- skóry,												
- zmysłów,												
- głowy,												
- klatki piersiowej, w tym układu sercowo-naczyniowego,												
- układu oddechowego,												
- gruczołów piersiowych,												
- jamy brzusznej,												

Projekt: „Quality for Nurses. Program Rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w zakresie kształcenia studentów kierunku Pielęgniarstwo” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWR.05.03.00-00-0030/15)

Imię i nazwisko studenta .....

Nr albumu .....

Kompetencje – umiejętności studenta	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
- narządów płciowych,												
- obwodowego układu krążenia,												
- układu mięśniowo-szkieletowego												
- układu nerwowego												
<b>C.U52</b> dokumentuje wyniki badania fizykalnego i ich wykorzystywanie w zakresie oceny stanu zdrowia pacjenta												
<b>C.U53</b> wykonuje badanie fizykalne umożliwiające - wczesne wykrywanie chorób sutka												



Projekt: „Quality for Nurses. Program Rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w zakresie kształcenia studentów kierunku Pielęgniarstwo” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWR.05.03.00-00-0030/15)

Imię i nazwisko studenta .....

Nr albumu .....

Kompetencje – umiejętności studenta	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
- uczy pacjentów samobadania piersi												
<b>C.U61</b> wdraża standardy postępowania zapobiegającego - zakażeniom szpitalnym												
- zakażeniom w innych przedsiębiorstwach podmiotu leczniczego												
- wykonuje higieniczne mycie i dezynfekcję rąk												
<b>C.U62</b> prowadzi ocenę i izoluje chorych potencjalnie zakażonych lub chorych zakażenie												
<b>C.U63</b> bezpiecznie stosuje środki dezynfekcyjne i segreguje odpady medyczne												

Projekt: „Quality for Nurses. Program Rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w zakresie kształcenia studentów kierunku Pielęgniarstwo” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWR.05.03.00-00-0030/15)

Imię i nazwisko studenta .....

Nr albumu .....

Kompetencje – umiejętności studenta	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	
<b>C.U67</b> podejmuje działania promujące zdrowie psychiczne i rozpoznaje sieci wsparcia społecznego													
<b>OPIEKA SPECJALISTYCZNA</b>													
<b>D.U1.</b> gromadzi informacje, formułuje diagnozę pielęgniarstwa, ustala cele i plan opieki, wdraża interwencje pielęgniarstwa oraz dokonuje ewaluacji opieki: - oddział internistyczny													
- oddział chirurgiczny													
- oddział pediatryczny													

Projekt: „Quality for Nurses. Program Rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w zakresie kształcenia studentów kierunku Pielęgniarstwo” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWR.05.03.00-00-0030/15)

Imię i nazwisko studenta .....

Nr albumu .....

Kompetencje – umiejętności studenta	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 neurologiczny												
- oddział geriatryczny												
- oddział psychiatryczny												
- oddział rehabilitacji												
- oddział opieki paliatywnej												
- oddział intensywnej terapii												
położniczo/ginekologiczny												
- w środowisku domowym												

Projekt: „Quality for Nurses. Program Rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w zakresie kształcenia studentów kierunku Pielęgniarstwo” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWR.05.03.00-00-0030/15)

Imię i nazwisko studenta .....

Nr albumu .....

Kompetencje – umiejętności studenta	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	
- w środowisku nauczania i wychowania													
<b>D.U2.</b> rozpoznaje uwarunkowania zachowania zdrowia odbiorców opieki w różnym wieku i stanie zdrowia													
<b>D.U3</b> prowadzi poradnictwo w zakresie samoopieki pacjentów w różnym wieku i stanie zdrowia, dotyczące:  - wad rozwojowych,													
- chorób													

Projekt: „Quality for Nurses. Program Rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w zakresie kształcenia studentów kierunku Pielęgniarstwo” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWR.05.03.00-00-0030/15)

Imię i nazwisko studenta .....

Nr albumu .....

Kompetencje – umiejętności studenta	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
- uzależnień												
<b>D.U4</b> motywuje chorego i jego opiekunów do wejścia do grup wsparcia społecznego												
<b>D.U5</b> prowadzi profilaktykę powikłań w przebiegu chorób												
<b>D.U7</b> Ocena rozwój psychofizyczny dziecka												
- wykonuje testy przesiewowe												
- wykrywa zaburzenia w rozwoju												

Projekt: „Quality for Nurses. Program Rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w zakresie kształcenia studentów kierunku Pielęgniarstwo” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWR.05.03.00-00-0030/15)

Imię i nazwisko studenta .....

Nr albumu .....

Kompetencje – umiejętności studenta	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
<b>D.U8</b> diagnozuje stopień ryzyka rozwoju odleżyn i dokonuje ich klasyfikacji												
<b>D.U9</b> pobiera materiał do badań diagnostycznych												
<b>D.U10</b> Ocena stan ogólny pacjenta w kierunku: powikłań po specjalistycznych badaniach diagnostycznych												
- powikłań pooperacyjnych												
<b>D.U11</b> - doraźnie podaje tlen,												
- modyfikuje dawkę stałą insuliny szybko i krótko działającej												

Projekt: „Quality for Nurses. Program Rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w zakresie kształcenia studentów kierunku Pielęgniarstwo” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWR.05.03.00-00-0030/15)

Imię i nazwisko studenta .....

Nr albumu .....

Kompetencje – umiejętności studenta	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
<b>D.U12</b> przygotowuje chorego do badań diagnostycznych pod względem fizycznym i psychicznym;												
<b>D.U13</b> dokumentuje sytuację zdrowotną pacjenta, jej dynamikę zmian i realizowaną opiekę pielęgniarską												
<b>D.U14</b> doraźnie unieruchamia złamania kości, zwichnięcia i skręcenia												
- przygotowuje pacjenta do transportu;												

Projekt: „Quality for Nurses. Program Rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w zakresie kształcenia studentów kierunku Pielęgniarstwo” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWR.05.03.00-00-0030/15)

Imię i nazwisko studenta .....

Nr albumu .....

Kompetencje – umiejętności studenta	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
<b>D.U15</b> prowadzi edukację w zakresie udzielania pierwszej pomocy w stanach zagrożenia zdrowia;												
<b>D.U16</b> rozpoznaje stany nagłego zagrożenia zdrowia												
<b>D.U17</b> - wykonuje defibrylację automatyczną (AED)												
- bezprzrządowe udrażnianie dróg oddechowych;												
- resuscytację krążeniowo- oddechową												
<b>D.U18</b> instruuje pacjenta i jego opiekuna w zakresie użytkowania sprzętu pielęgnacyjno- rehabilitacyjnego oraz												



Projekt: „Quality for Nurses. Program Rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w zakresie kształcenia studentów kierunku Pielęgniarstwo” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWR.05.03.00-00-0030/15)

Imię i nazwisko studenta .....

Nr albumu .....

Kompetencje – umiejętności studenta	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
środków pomocniczych;												
<b>D.U19</b> prowadzi żywienie z wykorzystaniem różnych technik, w tym pompy obrotowo-perystaltycznej; - enteralne dziecko												
- enteralne dorosły												
- parenteralne dziecko												
- parenteralne dorosły												
<b>D.U20</b> rozpoznaje powikłania leczenia: - farmakologicznego,												
- dietetycznego,												

Projekt: „Quality for Nurses. Program Rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w zakresie kształcenia studentów kierunku Pielęgniarstwo” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWR.05.03.00-00-0030/15)

Imię i nazwisko studenta .....

Nr albumu .....

Kompetencje – umiejętności studenta	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
- rehabilitacyjnego												
- leczniczo pielęgnacyjnego												
<b>D.U21</b> pielęgnuje pacjenta - z przetoką,												
- rurką intubacyjną												
- rurką tracheotomijną;												
<b>D.U22</b> prowadzi rozmowę terapeutyczną												
<b>D.U23</b> doraźnie tamuje krwawienia i krwotoki;												

Projekt: „Quality for Nurses. Program Rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w zakresie kształcenia studentów kierunku Pielęgniarstwo” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWR.05.03.00-00-0030/15)

Imię i nazwisko studenta .....

Nr albumu .....

Kompetencje – umiejętności studenta	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
<b>D.U24</b> prowadzi rehabilitację przyłózkową i usprawnianie ruchowe pacjenta												
- aktywizację z wykorzystaniem elementów terapii zajęciowej												
<b>D.U25</b> prowadzi, dokumentuje i ocenia bilans płynów pacjenta												
<b>D.U26</b> przekazuje informacje o stanie zdrowia chorego członkom zespołu terapeutycznego												
<b>D.U27</b> asystuje lekarzowi w trakcie badań diagnostycznych i leczniczych: - oddział internistyczny												

Projekt: „Quality for Nurses. Program Rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w zakresie kształcenia studentów kierunku Pielęgniarstwo” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWR.05.03.00-00-0030/15)

Imię i nazwisko studenta .....

Nr albumu .....

Kompetencje – umiejętności studenta	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 chirurgiczny												
- oddział pediatryczny												
- oddział neurologiczny												
- oddział psychiatryczny												
- oddział rehabilitacji												

Projekt: „Quality for Nurses. Program Rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w zakresie kształcenia studentów kierunku Pielęgniarstwo” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWR.05.03.00-00-0030/15)

Imię i nazwisko studenta .....

Nr albumu .....

Kompetencje – umiejętności studenta	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 paliatywnej													
- oddział intensywnej terapii													
- położniczo/ginekologiczny													

Projekt: „Quality for Nurses. Program Rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w zakresie kształcenia studentów kierunku Pielęgniarstwo” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWR.05.03.00-00-0030/15)

Imię i nazwisko studenta .....

Nr albumu .....

Kompetencje – umiejętności studenta	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
<b>D.U28</b> prowadzi dokumentację opieki nad chorym: kartę obserwacji, zabiegów pielęgniarskich i raportów, kartę rejestru zakażeń szpitalnych, profilaktyki i leczenia odleżyn oraz kartę informacyjną z zaleceniami w zakresie samoopieki - oddział internistyczny												
- oddział chirurgiczny												
- oddział pediatryczny												
- oddział neurologiczny												

Projekt: „Quality for Nurses. Program Rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w zakresie kształcenia studentów kierunku Pielęgniarstwo” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWR.05.03.00-00-0030/15)

Imię i nazwisko studenta .....

Nr albumu .....

Kompetencje – umiejętności studenta	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 geriatryczny												
- oddział psychiatryczny												
- oddział rehabilitacji												
- oddział opieki paliatywnej												
- oddział intensywnej terapii												
położniczo/ginekologiczny												

Projekt: „Quality for Nurses. Program Rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w zakresie kształcenia studentów kierunku Pielęgniarstwo” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWR.05.03.00-00-0030/15)

Imię i nazwisko studenta .....

Nr albumu .....

Kompetencje – umiejętności studenta	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
<b>D.U29.</b> ocenia poziom bólu, reakcję chorego na ból i nasilenie bólu oraz stosuje postępowanie przeciwbólowe												
<b>D.U30.</b> tworzy pacjentowi warunki do godnego umierania												
<b>D.U31.</b> przewiduje skutki postępowania pacjenta z określonymi zaburzeniami psychicznymi												
<b>D.U32.</b> dostosowuje interwencje pielęgniarские do rodzaju problemów pielęgnacyjnych: - oddział internistyczny												
- oddział chirurgiczny												
- oddział pediatryczny												



Projekt: „Quality for Nurses. Program Rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w zakresie kształcenia studentów kierunku Pielęgniarstwo” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWR.05.03.00-00-0030/15)

Imię i nazwisko studenta .....

Nr albumu .....

Kompetencje – umiejętności studenta	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 neurologiczny												
- oddział geriatryczny												
- oddział psychiatryczny												
- oddział rehabilitacyjny												
- oddział opieki paliatywnej												
- oddział intensywnej terapii												
położniczy/ginekologiczny												

Projekt: „Quality for Nurses. Program Rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w zakresie kształcenia studentów kierunku Pielęgniarstwo” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWR.05.03.00-00-0030/15)

Imię i nazwisko studenta .....

Nr albumu .....

Kompetencje – umiejętności studenta	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	
- w środowisku domowym													
<b>D.U33.</b> przygotowuje i podaje leki różnymi drogami samodzielnie lub na zlecenie lekarza: - oddział internistyczny													
- oddział chirurgiczny													
- oddział pediatryczny													
- oddział neurologiczny													
- oddział geriatryczny													

Projekt: „Quality for Nurses. Program Rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w zakresie kształcenia studentów kierunku Pielęgniarstwo” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWR.05.03.00-00-0030/15)

Imię i nazwisko studenta .....

Nr albumu .....

Kompetencje – umiejętności studenta	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 rehabilitacji													
- oddział opieki paliatywnej													
- oddział intensywnej terapii													
położniczy/ginekologiczny													
- w środowisku domowym													

Projekt: „Quality for Nurses. Program Rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w zakresie kształcenia studentów kierunku Pielęgniarstwo” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWR.05.03.00-00-0030/15)

Imię i nazwisko studenta .....

Nr albumu .....

Kompetencje – umiejętności studenta	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	
- w środowisku nauczania i wychowania													
<b>KOMPETENCJE SPOŁECZNE</b>													
<b>D.K1.</b> Szanuje godność i autonomię osób powierzonych opiece													
<b>D.K2</b> systematycznie wzbogaca wiedzę zawodową i kształtuje umiejętności, dążąc do profesjonalizmu													
<b>D.K3</b> przestrzega wartości, powinności i sprawności moralnych w opiece													

Projekt: „Quality for Nurses. Program Rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w zakresie kształcenia studentów kierunku Pielęgniarstwo” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWR.05.03.00-00-0030/15)

Imię i nazwisko studenta .....

Nr albumu .....

Kompetencje – umiejętności studenta	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
<b>D.K4</b> wykazuje odpowiedzialność moralną za człowieka i wykonywanie zadań zawodowych												
<b>D.K5</b> Przestrzega praw pacjenta												
<b>D.K6</b> Rzetelnie i dokładnie wykonuje powierzone obowiązki zawodowe												
<b>D.K7</b> Przestrzega tajemnicy zawodowej												
<b>D.K8</b> Współdziała w ramach zespołu interdyscyplinarnego w rozwiązywaniu dylematów etycznych												

Projekt: „Quality for Nurses. Program Rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w zakresie kształcenia studentów kierunku Pielęgniarstwo” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWR.05.03.00-00-0030/15)

Imię i nazwisko studenta .....

Nr albumu .....

Kompetencje – umiejętności studenta	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
z zachowaniem zasad kodeksu etyki zawodowej												
<b>D.K9</b> Jest otwarty na rozwój podmiotowości własnej i pacjenta												
<b>D.K10</b> Przejawia empatię w relacji z pacjentem i jego rodziną oraz współpracownikami												

Imię i nazwisko studenta .....  
Nr albumu .....

pieczęć oddziału/ZOZ

Rok akademicki ..... Semestr .....

## 2. ZALICZENIE ĆWICZEŃ (pracownia 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"/>
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"/>
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:

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"/>
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"/>
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:



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, osiągnięć i postawy studenta

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<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"/>
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:

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, osiągnięć i postawy studenta**

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<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"/>
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:

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, osiągnięć i postawy studenta

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<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"/>
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

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, osiągnięć i postawy studenta

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<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"/>
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

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, osiągnięć i postawy studenta**

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<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"/>
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

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, osiągnięć i postawy studenta

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<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"/>
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

..... 54  
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, osiągnięć i postawy studenta

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<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"/>
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:

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, osiągnięć i postawy studenta**

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<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"/>
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:



Imię i nazwisko studenta .....  
Nr albumu .....

pieczęć oddziału/ZOZ

Rok akademicki ..... Semestr .....

**ZALICZENIE ZAJĘĆ PRAKTYCZNYCH  
w zakresie interny 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, osiągnięć i postawy studenta

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<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"/>
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:

Imię i nazwisko studenta .....  
Nr albumu .....

pieczęć oddziału/ZOZ

Rok akademicki ..... Semestr .....

**ZALICZENIE ZAJĘĆ PRAKTYCZNYCH  
w zakresie interny 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, osiągnięć i postawy studenta

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<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"/>
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:

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, osiągnięć i postawy studenta**

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<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"/>
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:

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, osiągnięć i postawy studenta**

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<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"/>
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:

Imię i nazwisko studenta .....  
Nr albumu .....

pieczęć oddziału/ZOZ

Rok akademicki ..... Semestr .....

**ZALICZENIE ZAJĘĆ PRAKTYCZNYCH  
w zakresie rehabilitacji i pielęgnowania niepełnosprawnych**

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, osiągnięć i postawy studenta**

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<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"/>
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:

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, osiągnięć i postawy studenta**

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<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"/>
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:

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, osiągnięć i postawy studenta**

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<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"/>
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:

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, osiągnięć i postawy studenta**

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<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"/>
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:**



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, osiągnięć i postawy studenta

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<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"/>
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:

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, osiągnięć i postawy studenta

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<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"/>
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:

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, osiągnięć i postawy studenta

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<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"/>
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:

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, osiągnięć i postawy studenta

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<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"/>
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:

Imię i nazwisko studenta .....

Nr albumu .....

#### 4. KARTA ZBIORCZA ZALICZENIA ZAJĘĆ PRAKTYCZNYCH<sup>1</sup>

Lp.	Przedmiot	Rok studiów	Liczba godzin	Zaliczenie/ Ocena*	Data	Podpis
1.	Podstawy pielęgniarstwa					
2.	Podstawowa opieka zdrowotna					
3.	Promocja zdrowia					
4.	Interna 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					

<sup>1</sup> wpisuje nauczyciel akademicki realizujący zajęcia

Imię i nazwisko studenta .....

Nr albumu .....

<b>10.</b>	Neurologia i pielęgniarstwo neurologiczne					
<b>11.</b>	Rehabilitacja i pielęgnowanie niepełnosprawnych					
<b>12.</b>	Psychiatria i pielęgniarstwo psychiatryczne					
<b>13.</b>	Anestezjologia i pielęgniarstwo w zagrożeniu życia					
<b>Razem liczba godzin</b>						

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 praktyk, osiągnięć i postawy studenta

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<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"/>
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:

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 praktyk, osiągnięć i postawy studenta

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<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"/>
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:



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 praktyk, osiągnięć i postawy studenta

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<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"/>
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:

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 praktyk, osiągnięć i postawy studenta

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<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"/>
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:



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 praktyk, osiągnięć i postawy studenta

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<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"/>
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:

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 praktyk, osiągnięć i postawy studenta

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<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"/>
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:

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 praktyk, osiągnięć i postawy studenta

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<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"/>
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:

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 praktyk, osiągnięć i postawy studenta

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<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"/>
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:

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 praktyk, osiągnięć i postawy studenta

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<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"/>
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:



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 praktyk, osiągnięć i postawy studenta

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<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"/>
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:

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 praktyk, osiągnięć i postawy studenta

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<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"/>
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:

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 praktyk, osiągnięć i postawy studenta

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<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"/>
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:

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 praktyk, osiągnięć i postawy studenta

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<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"/>
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

..... 84  
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 praktyk, osiągnięć i postawy studenta

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<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"/>
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:

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 praktyk, osiągnięć i postawy studenta

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<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"/>
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:

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 praktyk, osiągnięć i postawy studenta

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<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"/>
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:

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 praktyk, osiągnięć i postawy studenta

	Bardzo dobry	Dobry	Zadawalający	Niezadawalający
Solidność	<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"/>
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:



Imię i nazwisko studenta .....

Nr albumu .....

pieczęć oddziału/ZOZ

## 6. KARTA ZBIORCZA ZALICZENIA PRAKTYKI ZAWODOWEJ<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup> Wpisuje opiekun praktyki wg wzoru, każdy odrębnie

Imię i nazwisko studenta .....

Nr albumu .....

pieczęć oddziału/ZOZ

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



Projekt: „Quality for Nurses. Program Rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w zakresie kształcenia studentów kierunku Pielęgniarstwo” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWR.05.03.00-00-0030/15)

**Imię i nazwisko studenta** .....

**Nr albumu** .....

## **7. PRAKTYKI ZAWODOWE REALIZOWANE ZA GRANICĄ**

**Miejsce odbywania praktyki :**

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

**Liczba godzin.....**

.....  
**Podpis Kierownika Praktyk**



Projekt: „Quality for Nurses. Program Rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w zakresie kształcenia studentów kierunku Pielęgniarstwo” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWR.05.03.00-00-0030/15)

**Imię i nazwisko studenta** .....

**Nr albumu** .....

## **Praktyki zawodowe realizowane za granicą**

**Miejsce odbywania praktyki :**

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

**Liczba godzin.....**

.....  
**Podpis Kierownika Praktyk**

Projekt: „Quality for Nurses. Program Rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w zakresie kształcenia studentów kierunku Pielęgniarstwo” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWR.05.03.00-00-0030/15)

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 odwiedzin osób niezwiązanych z praktyką

Projekt: „Quality for Nurses. Program Rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w zakresie kształcenia studentów kierunku Pielęgniarstwo” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWR.05.03.00-00-0030/15)

Imię i nazwisko studenta .....

Nr albumu .....

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:

- a) ubranie robocze dla pracowników medycznych: cześć górna z rękawem do łokcia (na kierunku Pielęgniarstwo bluza wkładana przez głowę), długie spodnie lub spódnicy (nie krótsza niż 2 cm poniżej zgięcia kolanowego, rajstopy koloru cielistego)
- b) identyfikator według wzoru zatwierdzonego przez Dział Promocji UM,
- b) obuwiu 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 zawodowych 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