Procedura: UKJK-O-7  
Załącznik nr 16: **UKJK-O-7/16**

**Kryteria doboru placówki do prowadzenia zajęć praktycznych i praktyk zawodowych   
dla kierunku Pielęgniarstwo**

Nazwa jednostki; Wydział / Zakład: …………………………………...………………………………………………………

Kierunek studiów: **Pielęgniarstwo**

Studia: stacjonarne | niestacjonarne | pierwszego stopnia | drugiego stopnia\*

Rodzaj praktyki zawodowej: …………………………………………………………………………………………………..

Przedmiot: ……………………………………………………………………………………………………………………...

Liczba przewidywanych godzin do realizacji: ………………………………………………………………………………...

Miejsce realizacji zajęć praktycznych: ………………………………………………………………………………………...

*\*niepotrzebne skreślić*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kryterium oceny** | | **Punkty** | **Otrzymane punkty** |
| **Czy jednostka / zakład była wybierana jako miejsce odbywania praktyk studenckich?** | tak, wielokrotnie | **2** |  |
| jest to nowa placówka | **1** |  |
| nie była wybierana | **0** |  |
| **Wykształcenie personelu** | >50% z wyższym wykształceniem | **2** |  |
| <50% z wyższym wykształceniem | **1** |  |
| wyłącznie średnie wykształcenie | **0** |  |
| **Średni staż pracy personelu** | powyżej 5 lat | **2** |  |
| od 3 do 5 lat | **1** |  |
| poniżej 3 lat | **0** |  |
| **Doświadczenie personelu  w pracy ze studentami** | powyżej 5 lat | **2** |  |
| od 3 do 5 lat | **1** |  |
| poniżej 3 lat | **0** |  |
| **Czy charakter i zakres świadczonej opieki zdrowotnej umożliwia realizację efektów zawartych w programie praktyk?** | tak | **2** |  |
| w ograniczonym zakresie | **1** |  |
| nie | **0** |  |
| **Czy jednostka / zakład wyposażona jest  w nowoczesną aparaturę umożliwiającą zdobycie umiejętności przewidzianych  w programie praktyk?** | >50% nowoczesna aparatura | **2** |  |
| <50% nowoczesna aparatura | **1** |  |
| dominuje przestarzała aparatura | **0** |  |
| **Czy świadczenia medyczne realizowane są zgodnie z obowiązującymi standardami  i procedurami?** | tak | **2** |  |
| raczej tak | **1** |  |
| nie | **0** |  |
| **Czy jednostka / zakład posiada szatnię  dla studentów?** | tak | **2** |  |
| w trakcie adaptacji | **1** |  |
| nie | **0** |  |
| **Czy jednostka / zakład posiada salę seminaryjną?** | tak | **2** |  |
| w trakcie adaptacji | **1** |  |
| nie | **0** |  |
| **Czy studenci mają dostęp do pomieszczenia, w którym mogą  np. sporządzać notatki, wypełniać dokumentację medyczną, itp.?** | tak | **2** |  |
| w ograniczonym zakresie | **1** |  |
| nie | **0** |  |
| **Czy studenci mają możliwość spożycia posiłku na terenie jednostki / zakładu?** | tak, istnieje punkt gastronomiczny | **2** |  |
| tak, w oddzielnym pomieszczeniu | **1** |  |
| nie | **0** |  |
| **Czy w jednostce / zakładzie odbywają się wewnętrzne szkolenia lub wykłady,  w których mogą brać udział studenci?** | tak, często | **2** |  |
| rzadko | **1** |  |
| nie | **0** |  |
| **Liczba uzyskanych punktów ogółem:** | |  | |

***Kryteria oceny:***

***24-13 punktów*** *– jednostka / zakład* ***spełnia*** *kryteria wymagane do prowadzenia praktyk zawodowych;*

***12-7 punktów*** *– jednostka / zakład* ***warunkowo spełnia*** *kryteria wymagane do prowadzenia praktyk zawodowych*

***6-0 punktów*** *– jednostka / zakład* ***nie spełnia*** *kryteriów wymagane do prowadzenia praktyk zawodowych*

……………………………………….………… ……………………………………….…………   
 *Opiekun kształcenia praktycznego* *Kierownik jednostki organizacyjnej*

**-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**Decyzja Dziekana Wydziału Nauk o Człowieku  
LUBELSKIEJ AKADEMII WSEI**

Na podstawie **§3** **Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn. 20 sierpnia 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań dotyczących kształcenia pielęgniarek i położnych** opiniowana placówka (jednostka / zakład) **spełnia | warunkowo spełnia | nie spełnia\*** wymagań do prowadzenia kształcenia praktycznego na kierunku Pielęgniarstwo w zakresie:

……………………………………………………………………………………………………….…………………………  
*(nazwa przedmiotu)*

*\*niepotrzebne skreślić*

……………………………………….…………   
*Data i podpis Dziekana Wydziału*