

**UCZELNIA SPOŁECZNO-MEDYCZNA**

**W WARSZAWIE**

**Wydział Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu**

**Kierunek: DIETETYKA**

DZIENNIK PRAKTYK ZAWODOWYCH

STUDIA DRUGIEGO STOPNIA

........................................................................................................................................................................

*(imię i nazwisko studenta)*

...................................................................

*(nr albumu)*

# Praktyka w poradni dietetycznej, endokrynologicznej, nefrologicznej, leczenia otyłości oraz w semestrze III – 100 godzin

* Celem praktyki jest zapoznanie studenta z poznanie struktury organizacyjnej i zasad funkcjonowania poradni. Student zapoznaje się z diagnostyką i zasadami żywienia osób chorobami: endokrynologicznymi, nefrologicznymi, otyłości. Student dokonuje oceny sposobu żywienia pacjentów, uczestniczy w doradztwie dietetycznym oraz nabywa praktycznych umiejętności w zakresie doboru składników żywnościowych i układania jadłospisów dla pacjentów cierpiących na te choroby.

Termin odbywania praktyki: ....................................................

Miejsce praktyki:

.....................................................................................................................................................................

*(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)*

Liczba opuszczonych godzin (usprawiedliwione/nieusprawiedliwione): ...................................................

Zaliczenie/brak zaliczenia: ...............................................................................................................................................

Uwagi dotyczące praktyki zawodowej: ..................................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................

|  |  |
| --- | --- |
| Data | Pieczęć i podpis |
|  | Zakładowego opiekuna praktyk....................................................................................................................................................*(praktyki zatwierdził)* |
|  | Uczelnianego opiekuna praktyk ds. kierunku dietetyka....................................................................................................................................................*(praktyki zatwierdził)* |

**UWAGA! Warunkiem wystawienia zaliczenia końcowego z praktyki jest uzyskanie zaliczenia z każdego efektu kształcenia w zakresie umiejętności oraz kompetencji społecznych.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Symbol | Ocena efektów kształcenia dla praktyki | ZAL / NZAL |
| **WIEDZA** |
| K\_W09 | Zna metody oceny sposobu żywienia i stanu odżywienia oraz metody w jaki sposób dokonać ewentualnej korekty żywienia zarówno osób indywidualnych jak i grup ludności. |  |
| K\_W12 | Potrafi zdefiniować i rozpoznać problemy żywieniowe pacjenta i uwzględnić je w planowaniu odpowiedniego postępowania dietetycznego. |  |
| Symbol | Ocena efektów kształcenia dla praktyki | ZAL / NZAL |
| **UMIEJĘTNOŚCI** |
| K\_U01 | Potrafi zaplanować i poprowadzić edukację żywieniową indywidualna i grupową. |  |
| K\_U05 | Potrafi przeprowadzić wywiad żywieniowy i ocenić sposób żywienia osoby badanej w oparciu o odpowiednie kwestionariusze. |  |
| K\_U11 | Potrafi ustalić wskazania do wspomagania i/lub/ leczenia żywieniowego z wykorzystaniem dostępnych w Polsce diet przemysłowych , suplementów diety i żywności specjalnego przeznaczenia żywieniowego w korygowaniu zaburzeń odżywiania. |  |
| Symbol | Ocena efektów kształcenia dla praktyki | ZAL / NZAL |
| **KOMPETENCJE SPOŁECZNE** |
| K\_K02 | Jest przygotowany do pracy w poradni dietetycznej i do prowadzenia badań naukowych w dziedzinie żywności i żywienia. |  |
| K\_K03 | Przestrzega tajemnicy zawodowej. Przestrzega praw pacjenta, w tym prawa do rzetelnej informacji na temat proponowanego postępowania żywieniowego. |  |

Opinia zakładowego opiekuna praktyk:

..................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................................................................................................................................

..................................................................................................................................................

..................................................................................................................................................

|  |  |
| --- | --- |
| ZALICZENIE KOŃCOWE Z PRAKTYKI | ZAL / NZAL |
|  |

................................................................................................................................

*(podpis zakładowego opiekuna praktyk)*

# Praktyka w szpitalu wieloprofilowym na oddziale specjalistycznym (choroby układu krążenia, nerek, układu moczowego, układu oddechowego, choroby neurologiczne, psychiatryczne, onkologiczne, intensywnej terapii) w semestrze III – 150 godzin

* Celem praktyki jest poznanie struktury organizacyjnej i zasad funkcjonowania działu żywienia szpitala. Student zapoznaje się z diagnostyką i zasadami żywienia osób z chorobami: układu krążenia, nerek, układu moczowego, układu oddechowego, chorobami neurologicznymi, psychiatrycznymi, onkologicznymi. Student dokonuje oceny sposobu żywienia pacjentów, uczestniczy w doradztwie dietetycznym oraz nabywa praktycznych umiejętności w zakresie doboru składników żywnościowych i układania jadłospisów dla pacjentów cierpiących na te choroby.

Termin odbywania praktyki: ....................................................

Miejsce praktyki:

.....................................................................................................................................................................

*(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)*

Liczba opuszczonych godzin (usprawiedliwione/nieusprawiedliwione): ...................................................

Zaliczenie/brak zaliczenia: ...............................................................................................................................................

Uwagi dotyczące praktyki zawodowej: ..................................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................

|  |  |
| --- | --- |
| Data | Pieczęć i podpis |
|  | Zakładowego opiekuna praktyk....................................................................................................................................................*(praktyki zatwierdził)* |
|  | Uczelnianego opiekuna praktyk ds. kierunku dietetyka....................................................................................................................................................*(praktyki zatwierdził)* |

**UWAGA! Warunkiem wystawienia zaliczenia końcowego z praktyki jest uzyskanie zaliczenia z każdego efektu kształcenia w zakresie umiejętności oraz kompetencji społecznych.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Symbol | Ocena efektów kształcenia dla praktyki | ZAL / NZAL |
| **WIEDZA** |
| K\_W05 | Zna podstawy patofizjologii klinicznej i wpływ procesów patologicznych a zwłaszcza zapalenia na metabolizm, trawienie i wchłanianie składników odżywczych. |  |
| K\_W07 | Zna podstawy psychologii klinicznej i uwzględnia je w codziennej pracy zawodowej w rozwiązywaniu złożonych problemów zdrowotnych, socjalnych i rodzinnych. |  |
| Symbol | Ocena efektów kształcenia dla praktyki | ZAL / NZAL |
| **UMIEJĘTNOŚCI** |
| K\_U03 | Potrafi opracować jasne i zrozumiałe instrukcje dla personelu realizującego opiekę żywieniową. |  |
| K\_U06 | Potrafi prowadzić poradnictwo żywieniowe oraz zaplanować i prowadzić opiekę żywieniową nad pacjentami w szpitalu i zapobiegać niedożywieniu szpitalnemu. |  |
| K\_U10 | Potrafi określić ryzyko niedożywienia szpitalnego i podjąć odpowiednie działania zapobiegawcze działając wspólnie z lekarzami i pielęgniarkami w ramach zespołu terapeutycznego zapewniającego opiekę żywieniową nad pacjentami. |  |
| K\_U12 | Planuje żywienie w domu pacjentów wypisanych ze szpitala. |  |
| K\_U24 | Potrafi kierować zespołem i współpracować z przedstawicielami innych zawodów medycznych i pracownikami administracji ochrony zdrowia w celu prowadzenia edukacji żywieniowej i profilaktyki chorób żywieniowo-zależnych w społeczności lokalnej. |  |
| Symbol | Ocena efektów kształcenia dla praktyki | ZAL / NZAL |
| **KOMPETENCJE SPOŁECZNE** |
| K\_K02 | Jest przygotowany do pracy w poradni dietetycznej i do prowadzenia badań naukowych w dziedzinie żywności i żywienia. |  |
| K\_K03 | Przestrzega tajemnicy zawodowej. Przestrzega praw pacjenta, w tym prawa do rzetelnej informacji na temat proponowanego postępowania żywieniowego. |  |

Opinia zakładowego opiekuna praktyk:

..................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................................................................................................................................

..................................................................................................................................................

..................................................................................................................................................

|  |  |
| --- | --- |
| ZALICZENIE KOŃCOWE Z PRAKTYKI | ZAL / NZAL |
|  |

................................................................................................................................

*(podpis zakładowego opiekuna praktyk)*

# Karta przebiegu praktyki w placówce

Termin odbywania praktyki: ..........................................................

Miejsce praktyki:

...............................................................................................................................................................

*(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Data | Godziny pracy | Liczba godzin | Wyszczególnienie zajęć | Uwagi |
|  |  |  |  |  |

Podpis zakładowego opiekuna praktyk:………………………………………………………………

Termin odbywania praktyki: ..........................................................

Miejsce praktyki:

...............................................................................................................................................................

*(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Data | Godziny pracy | Liczba godzin | Wyszczególnienie zajęć | Uwagi |
|  |  |  |  |  |

Podpis zakładowego opiekuna praktyk:………………………………………………………………