

**UCZELNIA SPOŁECZNO-MEDYCZNA W WARSZAWIE**

 **Wydział Nauk Medycznych**

 **i Nauk o Zdrowiu**

**Kierunek: DIETETYKA**

DZIENNIK PRAKTYK ZAWODOWYCH

STUDIA PIERWSZEGO STOPNIA

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

*(imię i nazwisko studenta)*

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

*(nr albumu)*

# Praktyka w poradni chorób układu pokarmowego i chorób metabolicznych w semestrze IV – 150 godzin

Celem praktyki jest zdobycie umiejętności praktycznych oraz zapoznanie z funkcjonowaniem poradni w zakresie diagnostyki oraz poradnictwa dietetycznego w schorzeniach przewodu pokarmowego i/lub chorób metabolicznych. praktyka ma służyć zapoznaniu studenta z zadaniami dietetyka jako współpracownika biorącego czynny udział w realizacji edukacji żywieniowej w poradniach.

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 |
|  | Opiekuna 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 w poradni chorób układu pokarmowego i chorób metabolicznych. | ZAL / NZAL |
| **WIEDZA** |
| K1P\_W13 | Potrafi rozpoznać i dokonać korekty sposobu żywienia u osób z nieprawidłowa masą ciała (niedożywionych oraz/lub osób z nadwagą/otyłością). |  |
| Symbol | Ocena efektów kształcenia dla praktyki w poradni chorób układu pokarmowego i chorób metabolicznych. | ZAL / NZAL |
| **UMIEJĘTNOŚCI** |
| K1P\_U01 | Posiada umiejętność prowadzenia edukacji żywieniowej dla osób zdrowych i chorych, ich rodzin oraz pracowników ochrony zdrowia. |  |
| K1P\_U03 | Potrafi pracować w zespole wielodyscyplinarnym w celu zapewnienia ciągłości opieki nad pacjentem. |  |
| K1P\_U09 | Potrafi przeprowadzić wywiad żywieniowy i dokonać oceny stanu odżywienia w oparciu o badania przesiewowe i pogłębioną ocenę stanu odżywienia. |  |
| K1P\_U12 | Potrafi obliczyć indywidualne zapotrzebowanie na energię oraz makro i mikroskładniki odżywcze. |  |
| Symbol | Ocena efektów kształcenia dla praktyki w poradni chorób układu pokarmowego i chorób metabolicznych. | ZAL / NZAL |
| **KOMPETENCJE SPOŁECZNE** |
| K1P\_K01 | Posiada świadomość własnych ograniczeń i wie kiedy zwrócić się do innych specjalistów. |  |
| K1P\_K02 | Potrafi taktownie i skutecznie zasugerować pacjentowi potrzebę konsultacji medycznej. |  |
| K1P\_K04 | Przestrzega zasad etyki zawodowej. |  |
| K1P\_K05 | Stawia dobro pacjenta oraz grup społecznych na pierwszym miejscu i okazuje szacunek wobec pacjenta (klienta) i grup społecznych. |  |
| K1P\_K06 | Przestrzega praw pacjenta, w tym prawa do informacji dotyczącej proponowanego postępowania dietetycznego oraz jego możliwych następstw i ograniczeń. |  |
| K1P\_K07 | Przestrzega tajemnicy obowiązującej pracowników ochrony zdrowia. |  |

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:………………………………………………………………