

**UCZELNIA SPOŁECZNO-MEDYCZNA**

**W WARSZAWIE**

**Wydział Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu**

**Kierunek: KOSMETOLOGIA**

DZIENNIK PRAKTYK ZAWODOWYCH

STUDIA DRUGIEGO STOPNIA

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

*(imię i nazwisko studenta)*

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

*(nr albumu)*

# Praktyka zawodowa w semestrze IV – 160 godzin

Celem praktyki zawodowej jest przygotowanie do wykonywania zawodu kosmetologa poprzez nabycie pogłębionych umiejętności praktycznych, uzupełniających i pogłębiających wiedzę uzyskaną przez studenta w toku zajęć dydaktycznych.

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  ....................................................................................................................................................  *(praktyki zatwierdził)* |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Symbol | Ocena efektów uczenia się dla praktyki. | ZAL / NZAL |
| **WIEDZA** | | |
| K\_W07 | Zna metody oceny stanu zdrowia pacjenta, posiada znajomość zasad  funkcjonowania sprzętu do badań kosmetologicznych. |  |
| K\_W09 | Posiada pogłębiona wiedze w zakresie wybranych zaburzeń, dysfunkcji i zmian chorobowych u pacjentów w różnym wieku w zakresie kosmetologii. |  |
| K\_W11 | Posiada wiedzę na temat roślin leczniczych oraz rozumie mechanizm działania leków roślinnych na organizm człowieka. |  |
| K\_W13 | Wskazuje znajomość i rozumie działanie specjalistycznego sprzętu oraz aparatury stosowanej dla potrzeb kosmetologii zarówno dla celów diagnostycznych, jak i leczniczych. |  |
| Symbol | Ocena efektów uczenia się dla praktyki | ZAL / NZAL |
| **UMIEJĘTNOŚCI** | | |
| K\_U02 | Potrafi dobrać odpowiednie parametry zabiegów kosmetycznych uwzględniając potrzeby pacjenta/klienta. |  |
| K\_U04 | Potrafi rozróżniać defekty skóry pozostające w kompetencji kosmetologa od stanów chorobowych wymagających konsultacji dermatologicznej lub onkologicznej. |  |
| K\_U06 | Posiada umiejętności komunikacji interpersonalnej w relacjach kosmetolog-klient/pacjent, w klarowny dla klienta sposób przekazuje wszelkie informacje. |  |
| K-U09 | Potrafi instruować i naprowadzać klienta na prawidłowe praktyki względem potrzeb jego skóry, potrafi zlecić pielęgnację domową oraz gabinetową. |  |
| K\_W15 | Posiada rozszerzoną wiedze z zakresu chirurgii plastycznej i estetycznej oraz zna wskazania i przeciwskazania do zabiegów oraz możliwe skutki uboczne zabiegów z zakresu kosmetologii. |  |
| Symbol | Ocena efektów uczenia się dla praktyki. | ZAL / NZAL |
| **KOMPETENCJE SPOŁECZNE** | | |
| K\_K01 | Prawidłowo identyfikuje i rozstrzyga dylematy związane z wykonywaniem zawodu kosmetologa. |  |
| K\_K04 | Identyfikuje i przestrzega właściwych relacji z klientem. |  |
| K\_K05 | Potrafi samodzielnie podejmować decyzję i brać za nią odpowiedzialność. |  |
| K\_K06 | Potrafi dbać o bezpieczeństwo własne, otoczenia i współpracowników. Przestrzega zasad etyki |  |

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:………………………………………………………………

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

Miejsce praktyki:

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

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

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

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