****

**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 poradni dietetycznej lub w dziale żywienia w szpitalu w semestrze III – 150 godzin

**Celem praktyki** jest zapoznanie studenta ze strukturą organizacyjną poradni dietetycznej lub działu żywienia w szpitalu oraz z metodami oceny stanu zdrowia oraz stanu odżywienia pacjenta oraz z zasadami opracowywania diet. Zapoznanie studenta z dokumentacją jednostki dotycząca żywienia chorych oraz metodami przeprowadzania wywiadu żywieniowego.

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 na ocenę każdego efektu kształcenia w zakresie umiejętności oraz kompetencji społecznych.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Symbol | Ocena efektów uczenia się dla praktyki w poradni dietetycznej lub w dziale żywienia w szpitalu |  ZALICZENIE NA OCENĘ |
| **WIEDZA** |
| K\_W09 | Student posiada wiedzę w zakresie struktury organizacyjnej placówki, organizacji żywienia na terenie jednostki oraz metod oceny stanu odżywienia pacjentów hospitalizowanych w oddziałach szpitalnych. |  |
| K\_W16 | Zna i rozumie psychologiczne aspekty komunikowania się z pacjentami hospitalizowanymi w oddziałach szpitali. |  |
| K\_W18 | Zna i rozumie struktury organizacyjne ochrony zdrowia w Polsce, w tym profilaktykę realizowaną w szpitalach publicznych. |  |
| Symbol | Ocena efektów uczenia się dla praktyki w poradni dietetycznej lub w dziale żywienia w szpitalu |  ZALICZENIE NA OCENĘ |
| **UMIEJĘTNOŚCI** |
|  K\_U05 | Student potrafi zaplanować i przeprowadzić edukację żywieniową wśród pacjentów hospitalizowanych w oddziale. |  |
|  K\_U10 | Student potrafi wykonywać zadania właściwe dla stanowiska dietetyka w szpitalu: ocenia stan zdrowia oraz stan odżywienia pacjentów, organizuje żywienie na terenie jednostki. |  |
| Symbol | Ocena efektów uczenia się dla praktyki w poradni dietetycznej lub w dziale żywienia w szpitalu |  ZALICZENIE NA OCENĘ |
| **KOMPETENCJE SPOŁECZNE** |
| K\_K02 | Jest gotów do komunikowania się z pacjentem oraz zespołem interdyscyplinarnym. |  |
| K\_K03 | Jest gotów do dalszego poszerzania swojej wiedzy oraz umiejętności. |  |

Opinia zakładowego opiekuna praktyk:

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

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

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

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| ZALICZENIE KOŃCOWE Z PRAKTYKI |  ZALICZENIE NA OCENĘ |
|  |

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

*(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:………………………………………………………………