

**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 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 |
|  | 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 chorób metabolicznych | 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. |  |
| K\_W16 | Zna różne style komunikacji oraz potrafi zidentyfikować bariery w komunikowaniu się z różnymi osobami w tym z pacjentami. |  |
| Symbol | Ocena efektów uczenia się dla praktyki w poradni chorób metabolicznych | ZALICZENIE  NA OCENĘ |
| **UMIEJĘTNOŚCI** | | |
| K\_U05;  K\_U08 | Potrafi dokonać wyboru lub zaplanować odpowiednie postępowanie żywieniowe w profilaktyce chorób żywieniowo-zależnych dzieci oraz w ich leczeniu. |  |
| K\_U13 | Student posiada umiejętność zaplanowania tygodniowego jadłospisu z doborem odpowiednich produktów spożywczych wraz z wyliczeniem wartości odżywczej i energetycznej dla wskazanej jednostki chorobowej. |  |
| K\_U03 | Student posiada umiejętność przeprowadzania edukacji żywieniowej dotyczącej profilaktyki i leczenia chorób dietozależnych wśród pacjentów kierowanych do poradni. |  |
| Symbol | Ocena efektów uczenia się dla praktyki w poradni chorób metabolicznych | ZALICZENIE  NA OCENĘ |
| **KOMPETENCJE SPOŁECZNE** | | |
| K\_K03 | Wykazuje dążenie do stałego dokształcania się i podnoszenia swoich kwalifikacji. |  |
| K\_K05 | Jest gotów do poszanowania wszelkich praw pacjentów, w tym przede wszystkim poszanowania tajemnicy zawodowej. |  |

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:………………………………………………………………