

ZAŁĄCZNIK 1

KRYTERIA DOBORU PLACÓWKI DO REALIZACJI PRAKTYK ZAWODOWYCH

Imię i nazwisko studenta.....

Nazwa podmiotu leczniczego/opiekuńczego

Zakres praktyk zawodowych

Kierunek studiów PIELĘGNIARSTWO

Rok Studiów I, II

Lp.	Kryterium		Punktacja	Liczba punktów
1.	Posiada system zarządzania jakością	ISO (jakie?)	Tak 1	1/0
			Nie 0	
	Akredytacja	Tak 1	1/0	
		Nie 0		
2.	Personel pielęgniarski posiada ukończone studia pielęgniarskie i/lub specjalizacje, i/lub kursy specjalistyczne i kwalifikacyjne	Tak 1 Nie 0	1/0	
3.	Placówka posiada stanowiska pracy wyposażone w sprzęt i materiały medyczne, niezbędne do kształtowania umiejętności praktycznych studentów oraz ochrony przed zakażeniem, urazem, wypadkiem	Tak 1	1/0	
		Nie 0		
4.	Placówka realizuje świadczenia zdrowotne umożliwiające realizację efektów kształcenia określonych w programie praktyk	Tak 1	1/0	
		Nie 0		
5.	Placówka prowadzi działalność naukowo-badawczą i/lub współpracuje z innymi podmiotami prowadzącymi działalność naukowo-badawczą	Tak 1	1/0	
		Nie 0		
6.	Placówka posiada doświadczenie w kształtowaniu umiejętności praktycznych na stanowisku pielęgniarki	Tak 1	1/0	
		Nie 0		
7.	Placówka posiada pomieszczenia dydaktyczne do realizacji zajęć	Tak 1	1/0	
		Nie 0		
8.	Placówka posiada zaplecze socjalne (stołówka, pokój socjalny)	Tak 1	1/0	
		Nie 0		
LICZBA UZYSKANYCH PUNKTÓW* (9/0)				

.....
data i miejscowość

.....
podpis Dyrektora ds. Pielęgniarstwa/ Pielęgniarki Naczelnej
Podmiotu Leczniczego/Opiekuńczego

OPINIA

Opiniowany podmiot leczniczy/opiekuńczy spełnia wymagane kryteria/nie spełnia kryteriów wymaganych** do realizacji praktyk zawodowych na kierunku Pielęgniarstwo na studiach II stopnia na Wydziale Nauk o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

.....
data i miejscowość

.....
podpis Koordynatora Kształcenia Praktycznego

*Podsumowanie: 7- 9 warunki bardzo dobre, 4-6 warunki wystarczające, 0-3 brak odpowiednich warunków;
**niepotrzebne skreślić