**ZAŁĄCZNIK 1**

**KRYTERIA DOBORU PLACÓWKI**

**DO REALIZACJI PRAKTYK ZAWODOWYCH**

Nazwa podmiotu leczniczego/opiekuńczego …………………………………………………………..

Nazwa przedmiotu praktyk zawodowych …………………………………………………………..

Kierunek studiów PIELĘNIARSTWO Rok Studiów I, II, III

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kryterium** | | | **Punktacja** | **Liczba otrzymanych punktów** |
| 1. | Posiada system zarządzania jakością | ISO (jakie?)  ………………………. | Tak | 1 | 2/0 |
| Nie | 0 |
| Akredytacja | Tak | 1 |
| Nie | 0 |
| 2. | Personel pielęgniarski posiada ukończone studia pielęgniarskie i/lub specjalizacje, i/lub kursy specjalistyczne i kwalifikacyjne | | >50% | 2 | 2/0 |
| < 50% | 1 |
| Tylko średnie wykształcenie | 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 | 2 | 2/1 |
| W znacznej części | 1 |
| 4. | Placówka realizuje świadczenia zdrowotne umożliwiające realizację efektów kształcenia określonych w programie praktyk | | Tak | 3 | 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\* (13**/1) | | | | |  |

………………………… ………………………………………

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 Wydziale Nauk o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

………………………… ………………………………………

data i miejscowość podpis Koordynatora Kształcenia Praktycznego

\*Podsumowanie

13- 8 warunki bardzo dobre

7-5 warunki wystarczające

1-4 brak odpowiednich warunków

\*\*niepotrzebne skreślić