

## ZAŁĄCZNIKI

### KRYTERIA DOBORU PLACÓWKI DO REALIZACJI PRAKTYK ZAWODOWYCH

ZAŁĄCZNIK 1

Nazwa podmiotu leczniczego/opiekuńczego .....

Nazwa jednostki: Wydział/ Instytut/ Zakład: Wydział Nauk o Zdrowiu/ Warszawski Uniwersytet

Medyczny/ZakładDydaktyki Ginekologiczno-Położniczej

Kierunek studiów: Położnictwo

\*\*Studia stacjonarne/niestacjonarne/ pierwszego/drugiego stopnia

Lp.	Kryterium		Punktacja	Liczba otrzymanych punktów
1.	Posiada system zarządzania jakością	ISO (jakie?)	Tak	1
		.....	Nie	0
		Akredytacja	Tak	1
			Nie	0
		Posiada opracowane własne standardy i procedury pielęgniarские	Tak	1
			Nie	0
2.	Personel pielęgniarский / położniczy posiada ukończone studia pielęgniarские / położnicze i/lub specjalizacje, i/lub kursy specjalistyczne i kwalifikacyjne	>50%	3	
		< 50%	2	
		Tylko średnie wykształcenie	1	
3.	Placówka posiada stanowiska pracy wyposażone w sprzęt i materiały medyczne, niezbędne do kształtowania umiejętności praktycznych studentów oraz ochrony przed zakażeniem, urazem, wypadkiem	Tak	3	
		W znacznej części	2	
		Częściowo	1	
4.	Placówka realizuje świadczenia zdrowotne umożliwiające realizację efektów kształcenia określonych w programie praktyk	Tak	3	
		Częściowo	2	
		Nie	1	
5.	Placówka prowadzi działalność naukowo-badawczą i/lub współpracuje z innymi podmiotami prowadzącymi działalność naukowo-badawczą	Tak	1	
		Nie	0	
6.	Placówka posiada doświadczenie w kształtowaniu umiejętności praktycznych na stanowisku położnej	Tak	1	
		Nie	0	
7.	Placówka posiada pomieszczenia dydaktyczne do realizacji zajęć	Tak	1	
		Nie	0	
8.	Placówka posiada zaplecze socjalne (stołówka, pokój socjalny)	Tak	1	
		Nie	0	
<b>LICZBA UZYSKANYCH PUNKTÓW* (16/3)</b>				

\*

Podsumowanie

16- 14 warunki bardzo dobre

13-11 warunki dobre

10-5 warunki wystarczające

0-4 brak odpowiednich warunków

**\*\*niepotrzebne skreślić**

.....  
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 Położnictwo na Wydziale Nauk o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

.....  
data i miejscowość

.....  
podpis Koordynatora zajęć praktycznych  
i praktyk zawodowych