

KRYTERIA DOBORU PLACÓWKI DO REALIZACJI PRAKTYK ZAWODOWYCH

Imię i nazwisko studenta, nr albumu

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	3/0
		Nie	0	
		Akredytacja	Tak	1	
			Nie	0	
		Posiada opracowane własne standardy i procedury pielęgniarские	Tak	1	
			Nie	0	
2.	Personel położniczy/pielęgniarski posiada ukończone studia położnicze/ pielęgniarские i/lub specjalizacje, i/lub kursy specjalistyczne i kwalifikacyjne	>50%	3	3/1	
		< 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	3/1	
		W znacznej części	2		
		Częściowo	1		
4.	Placówka realizuje świadczenia zdrowotne umożliwiające realizację efektów kształcenia określonych w programie praktyk	Tak	3	3/1	
		Częściowo	2		
		Nie	1		
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 nastanowisku położnej/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* (16/3)					

* 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/Pielegniarki
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