

**DZIENNIK**

**KSZTAŁCENIA PRAKTYCZNEGO**

**KIERUNEK: Dietetyka I stopień kształcenia**

(nabór 20…/…)

**PRAKTYKA W DZIALE ŻYWIENIA I PORADNI DIETETYCZNEJ**

IMIĘ I NAZWISKO STUDENTA:

…………………………………………………………………….

MIEJSCE REALIZACJI / PIECZĄTKA

**Dziennik Kształcenia Praktycznego zatwierdzony przez Radę Wydziału ZWKF**

**Rok akad. ………………..**

**Rok kształcenia ………….**

**Grupa…………………….**

**Semestr ……………….**

**MONITORING I ZALICZENIE ZAJĘĆ PRAKTYCZNYCH**

**LICZBA GODZIN ……………………………………………….**

**TERMIN REALIZACJI …………………………………………**

**OSOBA PROWADZĄCA ZAJĘCIA……………………………**

**OCENA KOŃCOWA** (wiedza / umiejętności / postawa) **………..**

-------------------------------------------------------------------------------------------------------

UWAGI I OCENA OPIEKUNA DYDAKTYCZNEGO Z UCZELNI ................................................................................................................................................................... ................................................................................................................................................................... ................................................................................................................................................................... ................................................................................................................................................................... ................................................................................................................................................................... ................................................................................................................................................................... .......................................................................................................................................................

**Ocena końcowa: .............................................................**

Gorzów Wlkp.,…………………….. Podpis opiekuna

………………………………

**REGULAMIN KSZTAŁCENIA PRAKTYCZNEGO**

1. Praktyki zawodowe i zajęcia praktyczne są realizowane pod kierunkiem osoby prowadzącej praktykę (instruktora zawodu), pracownika danego zakładu. Nadzór nad realizacją kształcenia praktycznego sprawuje z ramienia Uczelni – pełnomocnika dziekana ds. praktyk studenckich.
2. Bezpośrednimi przełożonymi studenta są:

* w trakcie praktycznej nauki zawodu – pracownik danego zakładu pracy, z którym Uczelnia zawarła umowę (zwany dalej Opiekunem dydaktycznym);
* pełnomocnik dziekana ds. praktyk studenckich (zwany dalej Opiekunem praktyk).

1. Praktyczna nauka zawodu organizowana jest w oparciu o ramowy plan studiów i obowiązujący w danym roku akademickim harmonogram praktyk i zajęć praktycznych.
2. Miejsce praktyk może zaproponować Student lub może być wyznaczone przez Opiekuna praktyk.
3. Dziekan Wydziału po konsultacji z Opiekunem praktyk może zaliczyć Studentowi, jako praktykę, doświadczenie zdobyte w trakcie wykonywania pracy zawodowej (w tym również za granicą) lub wolontariatu, o ile jest ona zgodna z programem praktyk. W tym przypadku zaliczenie praktyki nastąpi po przedstawieniu przez Studenta zaświadczenia o zatrudnieniu oraz wykazu czasu zatrudnienia i wykonywanych obowiązków.
4. Wszelkie zmiany w harmonogramie wymagają zgody Opiekuna praktyk.
5. Student ma prawo do:

* właściwie zorganizowanego procesu kształcenia odpowiedniego do wymagań Uczelni i Instytucji, w której odbywa się praktyczna nauka zawodu zgodnie z programem kształcenia oraz zasadami higieny pracy;
* opieki wychowawczej i warunków pobytu zapewniających bezpieczeństwo oraz ochronę i poszanowanie godności osobistej;
* życzliwego i podmiotowego traktowania w procesie dydaktycznym;
* konsultacji i pomocy Opiekuna dydaktycznego i Opiekuna praktyk podczas prowadzenia i dokumentowania przebiegu kształcenia praktycznego;
* sprawiedliwej, obiektywnej i jawnej oceny, zgodnej z ustalonymi kryteriami;
* pomocy w planowaniu i realizowaniu samorozwoju;
* umożliwienia korzystania z dostępnej literatury w placówkach, w których odbywa się kształcenie praktyczne;
* trzydziestominutowej przerwy na posiłek w wyznaczonym przez Opiekuna dydaktycznego miejscu i czasie.

1. Student ma obowiązek:

* przejęcia odpowiedzialności za własne uczenie się i rozwój;
* wykazanie odpowiedzialności etycznej;
* systematycznego i aktywnego uczestnictwa w zajęciach – obecność zgodna z regulaminem studiów;
* bycia gotowym do zajęć na 5 minut przed ich rozpoczęciem;
* noszenia estetycznego i pełnego umundurowania;
* przestrzegania obowiązujących procedur w danej placówce;
* prezentowania aktywnej postawy w stosunku do petentów, pacjentów i pracowników placówki;
* przestrzegania zasad kultury współżycia w zespole i subordynacji w stosunku do przełożonych;
* systematycznego zaliczania umiejętności zgodnie z indywidualną kartą zaliczeń;
* przestrzegania tajemnicy zawodowej;
* bezwzględnego zakazu palenia tytoniu;
* zgłoszenie przyczyny nieobecności na zajęciach i usprawiedliwienia u Opiekuna dydaktycznego;
* przedłożenia Opiekunowi dydaktycznemu w pierwszym dniu powrotu na zajęcia pisemnego usprawiedliwienia powodu nieobecności.

1. W przypadku nieobecności na zajęciach studenta spowodowaną długotrwałą chorobą (usprawiedliwioną zaświadczenie lekarskim) lub zdarzeniem losowym Opiekun praktyk może zmniejszyć o 10% liczbę godzin do odpracowania. Nieobecności nieobjęte odpracowaniem przez studenta dotyczą nieobecności z powodu:

* zawarcia małżeństwa
* pogrzebu w najbliższej rodzinie
* honorowego krwiodawstwa
* wezwania do poboru
* wezwania do sądu
* Studentka ciężarna jest zobowiązana do niezwłocznego poinformowania o tym fakcie Opiekuna praktyk oraz powinna przedstawić od lekarza specjalisty zaświadczenie stwierdzające:
* czas trwania ciąży
* ogólny stan zdrowia
* orzeczenie o możliwości odbywania zajęć oraz pisemną deklarację o osobistym ponoszeniu odpowiedzialności za decyzję kontynuowania kształcenia praktycznego

na prośbę studentki Dziekan Wydziału po konsultacji z Opiekunem praktyk może wyrazić zgodę na kontynuowanie kształcenia praktycznego lub urlopuje studentkę.

1. W każdej placówce szkolenia praktycznego przed rozpoczęciem zajęć studenci powinni być zapoznani z zakładowym regulaminem pracy, regulaminem BHP i ppoż. oraz obowiązującymi procedurami.
2. Studenci odbywający kształcenie praktyczne muszą posiadać aktualne badania lekarskie, ubezpieczenie OC i NNW.
3. Studenci odpowiedzialni są za zabezpieczenie odzieży w szatni.
4. Uczelnia i placówki, w których student odbywa kształcenie praktyczne nie ponoszą odpowiedzialności za wartościowe rzeczy studentów.
5. Na zajęcia studenci nie wnoszą telefonów komórkowych, dyktafonów, aparatów fotograficznych i kamer.
6. Studenci dbają o dobrą atmosferę i ład w placówce szkolenia, powierzony sprzęt, z którego korzystaj ą zgodnie z przeznaczeniem.
7. Studentom nie wolno samowolnie opuszczać miejsca pracy, w sytuacjach koniecznych mogą uzyskać zwolnienie u Opiekuna dydaktycznego.
8. Studenci są zobowiązani do przestrzegania Kodeksu Etyki Zawodowej oraz Karty Praw Pacjenta.
9. Studenci są zobowiązani do przestrzegania Regulaminu Studiów Akademii Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu.

**Zapoznałem(am) się z Regulaminem Kształcenia Praktycznego**

*data czytelny podpis studenta*

**ZESTAWIENIE LICZBOWE W KSZTAŁCENIU PRAKTYCZNYM ZAWODU**

**rok akademicki 20…./20… .**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa przedmiotu** | **SEMESTR** | **ZP(h)** | **ECTS** |
| *Praktyka wstępna w szpitalu* | **II** | **105** | **3** |
| *Praktyka - Technologia potraw* | **III** | **70** | **2** |
| *Praktyka w dziale żywienia i poradni dietetycznej*  *dietetyczna* | **IV** | **140** | **4** |
| *Praktyka w szpitalu dziecięcym* | **IV** | **105** | **3** |
| *Praktyka w szpitalu osób dorosłych* | **V** | **105** | **3** |
| *Praktyka w poradni chorób układu pokarmowego i chorób metabolicznych* | **V** | **105** | **3** |
| *Praktyka w Domu Opieki Społecznej* | **VI** | **70** | **2** |
| *Moduły do wyboru*   * *żywienie sportowców (Ośrodek Przygotowań Olimpijskich)*   *lub*   * *organizacja działalności gospodarczej w małej firmie* | **VI** | **70** | **2** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OGÓLNE KRYTERIA OCENY STUDENTA W TRAKCIE KSZTAŁCENIA PRAKTYCZNYCH UMIEJĘTNOŚCI** | **KRYTERIA** | **POSTAWA** | | Potrafi krytycznie oceniać i analizować swoje postępowanie, współpracuje z zespołem terapeutycznym, w pełni identyfikuje się z rolą zawodową | Ma trudności w krytycznej ocenie i analizie swojego postępowania, we współpracy z zespołem terapeutycznym oraz identyfikacji z rolą  zawodową | Nie potrafi krytycznie  ocenić i analizować  swojego postępowania, we  współpracy z zespołem  terapeutycznym oraz  identyfikacji z rolą  zawodową |
| **UMIEJĘTNOŚCI** | **Komunikowanie**  **się z pacjentem** | poprawny, samodzielny, skuteczny dobór treści | wymaga  naprowadzania,  ukierunkowania w  wyborze treści | nie potrafi utrzymać  kontaktu  werbalnego z  pacjentem |
| **Samodzielność** | działania wykonuje całkowicie samodzielnie | wymaga  przypomnienia i  ukierunkowania  w niektórych  działaniach | wymaga stałego  naprowadzania i  przypominania w  każdym działaniu |
| **Skuteczność** | w postępowaniu uwzględnia sytuacje pacjenta, osiąga cel | nie zawsze  uwzględnia  sytuację  zdrowotną  pacjenta, osiąga  cel po  ukierunkowaniu | nie bierze pod  uwagę  indywidualnej  sytuacji pacjenta ,  nie osiąga celu |
| **Sprawność** | czynności wykonuje sprawnie, energicznie | czynności wykonuje  mało pewnie po  krótkim  zastanowieniu | wykonuje  niepewnie,  bardzo wolno |
| **Zasady** | przestrzega zasady, posługuje się właściwą techniką i przestrzega kolejność wykonywania czynności | przestrzega zasady  po  ukierunkowaniu | nie przestrzega  zasad,  chaotycznie  wykonuje  działania |
| **WIEDZA** | | Posiada niezbędną wiedzę i zna zasady planowania oraz realizacji świadczeń zdrowotnych wobec pacjenta (uwzględniając stan zdrowia) w oddziale placówce | Posiada wiedzę, która wymaga uzupełnienia. Wymaga przypomnienia i ukierunkowania w planowaniu i realizacji świadczeń zdrowotnych wobec pacjenta (uwzględniając stan zdrowia) w oddziale  / placówce | Posiadana wiedza jest niewystarczająca do  planowania oraz realizacji świadczeń zdrowotnych wobec pacjenta (uwzględniając stan zdrowia) w oddziale / placówce |
| **PUNKTY** | | | **1** | **2** | **3** |

**Punktacja / oceny:** 14 – 12 pkt. - bardzo dobra; 9 – 7 pkt. – dostateczna; 11 - 10 pkt. – dobra;

6 - 0 pkt. - niedostateczna

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| KIERUNEK – DIETETYKA: STUDIA SATCJONARNE II ROK sem. IV | | |
| \* Właściwe zakreślić | | |
| Lp. | Efekty | Stopień osiągnięcia efektu\* |
| 1 | Pozyskuje Klienta/pacjenta do współpracy w celu rzetelnego zebrania wywiadu | 2-3-4-5 |
| 2 | Dokonuje oceny podstawowych problemów dotyczących zdrowia, sytuacji socjalnej i stylu życia klienta/pacjenta | 2-3-4-5 |
| 3 | Zakłada kartotekę pacjenta (wersja papierowa lub elektroniczna) oraz dokumentuje dane o kliencie/pacjencie w kartotece | 2-3-4-5 |
| 4 | Posługuje się „Albumem fotografii produktów i potraw” zgodnie z zasadami | 2-3-4-5 |
| 5 | Przeprowadza wywiad o spożyciu | 2-3-4-5 |
| 6 | Wykonuje podstawowe badania antropometryczne – masa ciała, wzrost, BMI, obwód talii i bioder, fałdy skórne i inne oraz dokonuje lub asystuje w badaniu składu ciała metodą bioelektrycznej implementacji | 2-3-4-5 |
| 7 | Dokonuje oceny stanu odżywienia w oparciu o badania antropometryczne (osoba niedożywiona, prawidłowo odżywiona, nadwagą, otyłością) | 2-3-4-5 |
| 8 | Dokonuje oceny sposobu żywienia w oparciu o przeprowadzone wywiady i przyjęte kryteria oceny | 2-3-4-5 |
| 9 | Układa tygodniową dietę uwzględniającą zapotrzebowanie na składniki odżywcze i energię oraz z uwzględnieniem podstawowych problemów dotyczących zdrowia sytuacji socjalnej i stylu życia | 2-3-4-5 |
| 10 | Przestrzega zasad etyki w kontakcie z klientem/pacjentem | 2-3-4-5 |
| 11 | Jest aktywny i wykazuje inicjatywę w doskonaleniu jakości pracy | 2-3-4-5 |
| **Razem:** Stopnień osiągnięcia efektów (średnia wartość ocen z pozycji 1 – 11 | |  |

**REALIZACJA PROGRAMU PRAKTYKI**

Miejsce i adres odbywania praktyk

(pieczątka zakładu) Podpis opiekuna praktyki

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Poradnia dietetyczna  Kierunek dietetyka: STUDIA STACJONARNE  II ROK sem. IV | | |
| \* Właściwe skreślić | | |
| Lp. | Efekty | Stopień osiągnięcia efektu |
| 1 | Układa tygodniową dietę dla osoby z chorobami układu kostno - stawowego oraz schorzeniami tkanki łącznej (osteoporoza, reumatoidalne zapalenie stawów, choroba zwyrodnieniowa stawów). | 2-3-4-5 |
| 2 | Układa tygodniową dietę i udziela porady dla osoby z chorobą układu krążenia (choroba niedokrwienna serca, nadciśnienie tętnicze, przewlekła niewydolność serca, miażdżyca). | 2-3-4-5 |
| 3 | Układa tygodniową dietę dla osoby z chorobą wątroby, dróg żółciowych (np. przewlekłe zapalenie wątroby, marskość wątroby, kamica żółciowa) | 2-3-4-5 |
| 4 | Układa tygodniową dietę dla osoby z chorobami trzustki | 2-3-4-5 |
| 5 | Układa tygodniową dietę dla osoby z chorobami gruczołów wewnętrznego wydzielania | 2-3-4-5 |
| 6 | Układa tygodniową dietę dla osoby z chorobami nerek (kamica nerkowa, przewlekła niewydolność nerek) | 2-3-4-5 |
| 7 | Przestrzega zasad etyki w kontakcie z klientem/pacjentem | 2-3-4-5 |
| 8 | Jest aktywny i wykazuje inicjatywę w doskonaleniu jakości pracy | 2-3-4-5 |
| **Razem:** Stopnień osiągnięcia efektów (średnia wartość ocen z pozycji 1-11 | |  |

**REALIZACJA PROGRAMU PRAKTYKI**

Miejsce i adres odbywania praktyk

(pieczątka zakładu) Podpis opiekuna praktyki

**KARTA TYGODNIOWA [tydzień 1]**

**Tydzień od……………………………………………..do……………………………………….**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dzień** | **Liczba godzin** | **Wyszczególnienie czynności, obserwacji, uwag, wniosków**  **oraz wykonanych projektów praktykanta** |
| **1** |  |  |
| **2** |  |  |
| **3** |  |  |
| **4** |  |  |
| **5** |  |  |

**MONITORING I ZALICZENIE UDZIELONYCH PORAD**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| MONITORING I ZALICZENIE UDZIELONYCH PORAD | | |
| ***Wywiad /Porada*** | ***Ocena*** | ***Podpis osoby wystawiającej ocenę*** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**PROJEKTY REALIZOWANE W RAMACH PRAKTYK**

**Potwierdzenie wykonania wymienionych czynności przez opiekuna praktyk**

**……………………………………………………………………………………..**

***Podpis opiekuna praktyk z ramienia zakładu pracy***

**SPRAWOZDANIE STUDENTA Z ODBYTEJ PRAKTYKI**

**Gorzów Wlkp. ………. Podpis studenta……………………….**