**DZIENNIK PRAKTYKI**

**PRAKTYKA W SZPITALU DZIECIĘCYM**

**studia stacjonarne pierwszego stopnia, kierunek Dietetyka**

**Imię i nazwisko studenta:**

**Nr albumu (indeksu):**

**Miejsce realizacji praktyki:**

**Okres realizacji praktyki w semestrze …….. roku akademickiego ……………..:**

**Liczba godzin do zrealizowania 120**

# Program praktyki w szpitalu dziecięcym

Dla studentów kierunku Dietetyka

Akademii Wychowania Fizycznego w Poznaniu Filii w Gorzowie Wlkp.

**Cel praktyki:**

Celem praktyki jest zdobycie wiedzy i umiejętności niezbędnych do pracy dietetyka w szpitalu dziecięcym. Praktyka umożliwia studentom zapoznanie się ze specyfiką organizacji dziecięcych oddziałów szpitalnych, zasadami prowadzenia dokumentacji medycznej, a także postępowania dietetycznego wobec dzieci chorych w najczęstszych jednostkach chorobowych. Studenci uczą się prowadzenia wywiadów żywieniowych, planowania zbilansowanych jadłospisów oraz przygotowywania posiłków zgodnie   
z wymaganiami dietetycznymi, z zachowaniem zasad etyki zawodowej i odpowiedzialności społecznej.

## Zagadnienia do zrealizowania podczas praktyki:

1. Poznanie rodzajów posiłków przygotowywanych dla dzieci oraz metod ich produkcji i dostosowania   
   do specyfiki wybranych jednostek chorobowych.
2. Zdobycie wiedzy na temat zasad dietoterapii w najczęstszych jednostkach chorobowych u dzieci, w tym układanie jadłospisów i przygotowywanie kart dietetycznych.
3. Przeprowadzanie wywiadów żywieniowych z dzieckiem i opiekunem prawnym, prowadzenie szkoleń dietetycznych oraz opracowywanie zaleceń dietetycznych.
4. Kształtowanie postawy etycznej, umiejętność współpracy w zespole oraz odpowiedzialność   
   za organizację i realizację powierzonych zadań dietetycznych.

## Warunki zaliczenia praktyki:

1. Prowadzenie dzienniczka praktyk: Każdy dzień praktyki musi być opisany i potwierdzony przez opiekuna praktyk z ramienia placówki. Dzienniczek wraz z oceną końcową poświadcza kierownik/dyrektor placówki.
2. Frekwencja: Nieobecności usprawiedliwione muszą być potwierdzone zwolnieniem lekarskim   
   i skutkują przedłużeniem praktyk. Nieusprawiedliwione nieobecności skutkują niezaliczeniem praktyki.

## Kryteria zaliczenia:

1. Umiejętność przeprowadzania wywiadów żywieniowych, układania jadłospisów oraz przygotowywania kart dietetycznych zgodnie z potrzebami dzieci w różnych jednostkach chorobowych.
2. Wykazywanie się samodzielnością w realizacji powierzonych zadań, odpowiedzialnością   
   za organizację pracy własnej oraz przestrzeganiem zasad bezpieczeństwa i higieny.
3. Zdolność do przygotowywania posiłków zgodnych z wytycznymi dietetycznymi oraz przeprowadzania szkoleń dietetycznych z zachowaniem standardów etyki zawodowej.
4. Umiejętność pracy w zespole interdyscyplinarnym oraz poszanowanie praw pacjentów, w tym ich prawa do informacji o proponowanym postępowaniu dietetycznym i jego ograniczeniach.

## Dane kontaktowe opiekunów uczelnianych:

|  |  |
| --- | --- |
| **Dr Joanna Ostapiuk-Karolczuk**  Pełnomocnik Dziekana ds. Praktyk na kierunku Dietetyka  e-mail: j.ostapiuk@awf-gorzow.edy.pl  telefon: (95) 72 79 246 | **Mgr Marta Pasek**  Specjalista ds. Praktyk na kierunku Dietetyka  e-mail: m.pasek@awf-gorzow.edu.pl  tel. (95)72 79 178 |

***INFORMACJA DOTYCZĄCA WYPEŁNIANIA DZIENNICZKA PRAKTYK***

*Na* ***„Kartach Tygodniowych****” należy zapisać przebieg pięciu dni roboczych praktyki, obejmujących jeden tydzień. Dni te nie muszą następować po sobie i mogą być dowolnie rozłożone w czasie, na przykład pięć poniedziałków lub inne dni tygodnia, w których odbywała się praktyka. Każda Karta Tygodniowa musi zostać zatwierdzona pieczątką i podpisem opiekuna praktyki. Praktyka powinna zakończyć się oceną oraz opinią opiekuna. W miejscu „****Dodatkowe Projekty****” należy umieścić informacje o realizacji dodatkowego projektu w ramach praktyki, jak np. opracowania jadłospisu, przygotowania ulotki informacyjnej dla pacjenta itp. Wykonany projekt należy dołączyć do dziennika praktyk.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Data*** | ***Czas pracy/liczba godzin*** | ***Wykonywane czynności*** | ***Podpis osoby wystawiającej ocenę*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Data*** | ***Czas pracy/liczba godzin*** | ***Wykonywane czynności*** | ***Podpis osoby wystawiającej ocenę*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Data*** | ***Czas pracy/liczba godzin*** | ***Wykonywane czynności*** | ***Podpis osoby wystawiającej ocenę*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Data*** | ***Czas pracy/liczba godzin*** | ***Wykonywane czynności*** | ***Podpis osoby wystawiającej ocenę*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Dodatkowe projekty**

|  |
| --- |
|  |

\* Jeśli w trakcie praktyki nie realizowano dodatkowych projektów proszę wpisać „brak realizacji dodatkowych zadań”

**KARTA OCENY OSIĄGNIĘĆ EFEKTÓW KSZTAŁCENIA STUDENTA W TRAKCIE PRAKTYKI W SZPITALU DZIECIĘCYM**

**OCENA POSTAWY STUDENTA PODCZAS PRAKTYKI**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Ocena\*** | | | |
|  | **5(A)** | **4(B)** | **3(C)** | **2(D)** |
| Punktualność |  |  |  |  |
| Pracowitość |  |  |  |  |
| Zdyscyplinowanie |  |  |  |  |
| Odpowiedzialność |  |  |  |  |
| Estetyczny wygląd |  |  |  |  |
| Dbanie o  powierzony sprzęt |  |  |  |  |
| Współpraca z personelem |  |  |  |  |
| Chęć rozszerzania wiedzy |  |  |  |  |

**\*proszę zaznaczyć krzyżykiem odpowiednią rubrykę z oceną**

**OCENA WIEDZY STUDENTA ZDOBYTEJ PODCZAS PRAKTYKI**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Ocena\*** | | | |
|  | **5(A)** | **4(B)** | **3(C)** | **2(D)** |
| Posiada wiedze na temat organizacji szpitalnego oddziału dziecięcego |  |  |  |  |
| Posiada wiedzę o zasadach prowadzenia dokumentacji szpitalnej |  |  |  |  |
| Zna specyfikację produkcji i rodzajów posiłków dziecięcych oraz metod ich przygotowania |  |  |  |  |
| Zna zasady postępowania dietetycznego wobec dzieci chorych, w najczęstszych jednostkach chorobowych |  |  |  |  |

**\*proszę zaznaczyć krzyżykiem odpowiednią rubrykę z oceną**

**OCENA ZDOBYTYCH  UMIEJĘTNOŚCI**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Ocena\*** | | | |
|  | **5(A)** | **4(B)** | **3(C)** | **2(D)** |
|  |  |  |  |  |
| Potrafi przeprowadzić wywiad żywieniowy zarówno z dzieckiem, jak i opiekunem prawym. |  |  |  |  |
| Potrafi wykorzystać zdobyte informacje do ustawienia właściwego postępowania dietetycznego. |  |  |  |  |
| Posiada umiejętność ułożenia zbilansowanego jadłospisu dla dzieci z wybranymi jednostkami chorobowymi |  |  |  |  |
| Potrafi przygotować kartę dietetyczną dla osoby opuszczającej oddział, potrafi przygotować szkolenie dietetyczne |  |  |  |  |

**\*proszę zaznaczyć krzyżykiem odpowiednią rubrykę z oceną**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Organizator** |  | ***Pełnomocnik Dziekana***  ***ds. Praktyk kierunku Dietetyka***  ………………….  Ocena końcowa |
| ………………………… |  | ………………………. |
| *Data, podpis i pieczęć* |  | *Data, podpis i pieczęć* |