**DZIENNIK PRAKTYKI**

**PRAKTYKA W SZPITALU DLA OSÓB DOROSŁYCH**

**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 dla dorosłych

Dla studentów kierunku Dietetyka

Akademii Wychowania Fizycznego w Poznaniu Filii w Gorzowie Wlkp.

**Cel praktyki:**

Celem praktyki jest przygotowanie studentów do pracy dietetyka w szpitalu dla osób dorosłych. Praktyka umożliwia zdobycie wiedzy na temat zasad postępowania dietetycznego, najczęstszych jednostek chorobowych oraz mechanizmów działania leków i ich interakcji z żywnością. Studenci rozwijają umiejętności przeprowadzania wywiadów żywieniowych, opracowywania jadłospisów i prowadzenia edukacji dietetycznej, z zachowaniem zasad etyki zawodowej.

## Zagadnienia do zrealizowania podczas praktyki:

1. Posiada wiedzę na temat najczęstszych jednostek chorobowych występujących wśród osób hospitalizowanych, mechanizmów działania leków i ich interakcji ze składnikami żywności.
2. Zna zasady postępowania dietetycznego względem osób dorosłych w różnych jednostkach chorobowych.
3. Potrafi przeprowadzić wywiad żywieniowy oraz wykorzystać zdobyte informacje do opracowania właściwego postępowania dietetycznego oraz jadłospisów dla pacjentów ze szczególnymi zaleceniami.
4. Potrafi przygotować kartę dietetyczną dla osoby opuszczającej oddział oraz przeprowadzić szkolenie dietetyczne zarówno dla osób hospitalizowanych, jak i opuszczających szpital.

## 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, opracowywania jadłospisów oraz przygotowywania kart dietetycznych zgodnie z potrzebami pacjentów.
2. Zdolność do przeprowadzania szkoleń dietetycznych oraz edukacji pacjentów w szpitalu i po jego opuszczeniu.
3. Samodzielność w realizacji powierzonych zadań oraz odpowiedzialność za organizację pracy własnej, z uwzględnieniem zasad bezpieczeństwa i higieny.
4. Znajomość zasad etyki zawodowej, poszanowanie praw pacjentów oraz umiejętność pracy w zespole interdyscyplinarnym.

## 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 DLA OSÓB DOROSŁYCH**

**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 najczęstszych jednostek chorobowych występujących wśród osób hospitalizowanych. |  |  |  |  |
| Zna mechanizmy działania leków i ich interakcji ze składnikami żywności. |  |  |  |  |
| Zna zasady postępowania dietetycznego względem osób dorosłych w różnych 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 oraz wykorzystać zdobyte informacje do ustawienia właściwego postępowania dietetycznego; |  |  |  |  |
| Potrafi opracować jadłospis dla pacjentów ze szczególnymi zaleceniami dietetycznymi; |  |  |  |  |
| Potrafi przygotować kartę dietetyczną dla osoby opuszczającego oddział oraz przeprowadzić szkolenie dietetyczne zarówno dla osób hospitalizowanych jak i opuszczających szpital. |  |  |  |  |

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

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