



Warszawa, dnia .....

Imię i nazwisko studenta: .....

Nr albumu: .....

Kierunek: Pielęgniarstwo pomostowe

Studia: niestacjonarne, pierwszego stopnia

Rok studiów: ....., semestr: .....

**Pani**  
**dr hab. Joanna Jasińska, prof. WUMed**  
**Prorektor ds. dydaktycznych i rozwoju**  
**Warszawska Uczelnia Medyczna**

Proszę o zwolnienie z obowiązku odbycia praktyki i zaliczenie praktyki w ramach wykonywanych czynności w pracy zawodowej.

Jestem zatrudniona/y w: .....

stanowisko: .....

Potwierdzam osiągnięcie n/w efektów, co jest udokumentowane w sprawozdaniu z osiągniętych efektów uczenia się.

**Praktyka zawodowa w zakresie Rehabilitacja i pielęgnowanie niepełnosprawnych - 75 h**

D.U8. diagnozuje stopień ryzyka rozwoju odleżyn i dokonuje ich klasyfikacji;

D.U16 uczy pacjenta i jego opiekuna doboru oraz użytkowania sprzętu pielęgnacyjno-rehabilitacyjnego i wyrobów medycznych. .

D.U18 rozpoznaje powikłania leczenia farmakologicznego, dietetycznego, rehabilitacyjnego i leczniczo-pielęgnacyjnego.

D.U19. instruuje pacjenta i jego opiekuna w zakresie użytkowania sprzętu pielęgnacyjno-rehabilitacyjnego oraz środków pomocniczych;

D.U20. rozpoznaje powikłania leczenia farmakologicznego, dietetycznego, rehabilitacyjnego i leczniczo-pielęgnacyjnego;

D.U24. prowadzi rehabilitację przyłóżkową i usprawnianie ruchowe pacjenta oraz aktywizację z wykorzystaniem elementów terapii zajęciowej;

D.U26. przekazuje informacje o stanie zdrowia chorego członkom zespołu terapeutycznego;

D.U27. asystuje lekarzowi w trakcie badań diagnostycznych i leczniczych;

D.U28. prowadzi dokumentację opieki nad chorym: kartę obserwacji, zabiegów pielęgniarstwa i raportów, kartę rejestru zakażeń szpitalnych, profilaktyki i leczenia odleżyn oraz kartę informacyjną z zaleceniami w zakresie samoopieki;

D.U32. dostosowuje interwencje pielęgniarstwa do rodzaju problemów pielęgnacyjnych;

D.K1. szanuje godność i autonomię osób powierzonych opiece;

- D.K2. systematycznie wzbogaca wiedzę zawodową i kształtuje umiejętności, dążąc do profesjonalizmu;
- D.K3. przestrzega wartości, powinności i sprawności moralnych w opiece;
- D.K4. wykazuje odpowiedzialność moralną za człowieka i wykonywanie zadań zawodowych;
- D.K5. przestrzega praw pacjenta;
- D.K6. rzetelnie i dokładnie wykonuje powierzone obowiązki zawodowe;
- D.K7. przestrzega tajemnicy zawodowej;
- D.K8. współdziała w ramach zespołu interdyscyplinarnego w rozwiązywaniu dylematów etycznych z zachowaniem zasad kodeksu etyki zawodowej;
- D.K9. jest otwarty na rozwój podmiotowości własnej i pacjenta;
- D.K10. przejawia empatię w relacji z pacjentem i jego rodziną oraz współpracownikami.

.....  
(imię i nazwisko studenta)

**W załączeniu:**

1. Zaświadczenie o zatrudnieniu (**potwierdzone przez pracodawcę**).
2. Zakres obowiązków (**potwierdzony przez pracodawcę**).
3. Sprawozdanie z osiągniętych efektów .

## OPINIA KOORDYNATORA PRAKTYK

Po dokonaniu analizy zgodności zadań, na podstawie przedłożonych dokumentów, realizowanych podczas wykonywania czynności zawodowych z zadaniami określonymi w programie praktyk, stwierdzam iż:

1. Student osiągnął wszystkie wymagane efekty kształcenia: zwalnim z całości praktyki,
2. Student nie osiągnął żadnego z wymaganych efektów kształcenia: nie zwalnim z obowiązku odbycia praktyki. Student jest zobowiązany zrealizować całość praktyki w wybranym zakładzie pracy; może/nie może\* być to macierzysty zakład pracy studenta,
3. Student osiągnął efekty z obszaru:

wiedzy\* .....

.....

umiejętności praktycznych\* .....

.....

kompetencji społecznych\* .....

.....

Zwalnim z ..... godzin praktyki i wyznaczam do realizacji praktyki ..... godziny, aby osiągnąć wymagany efekt kształcenia z obszaru: .....

\* *niepotrzebne skreślić*

Data:.....

.....  
(podpis i pieczęć Koordynatora praktyk)

## DECYZJA PROREKTORA DS. DYDAKTYCZNYCH I ROZWOJU

.....

Data:.....

.....  
(podpis i pieczęć Prorektora ds. dydaktycznych i rozwoju)



### 3. KOMPETENCJE SPOŁECZNE

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Imię i nazwisko studenta: .....

Nr albumu .....

**Po dokonaniu analizy treści sprawozdania wyznaczam warunki dodatkowe do zaliczenia praktyki i sprawozdania:**

.....

.....

.....

.....

**Ocena za sprawozdanie:**.....

.....  
(podpis i pieczęć Koordynatora praktyk)