*Załącznik nr 5 do Regulaminu praktyk zawodowych na kierunku Analityka Medyczna*

**WYDZIAŁ FARMACEUTYCZNY**

**Z ODDZIAŁEM MEDYCYNY LABORATORYJNEJ**

**UNIWERSYTET MEDYCZNY W BIAŁYMSTOKU**

**DZIENNIK PRAKTYK ZAWODOWYCH**

**studentów kierunku Analityka Medyczna   
rok akademicki: …………………………..**

(imię i nazwisko studenta)

(numer albumu)

(rok i kierunek studiów)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Rok studiów | Miejsce odbywania praktyki – Jednostka przyjmująca  (nazwa, adres, numer telefonu kontaktowego) | Termin odbywania praktyki  (od-do) | Liczba  godzin | Liczba pkt.  ECTS |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Łącznie:** | | |  |  |

…………………………………………………………………

pieczęć imienna i podpis Opiekuna praktyk z ramienia Uczelni

…………………………………………. ……………………………….

(pieczęć Jednostki przyjmującej) (zakres praktyki)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| I tydzień  praktyki zawodowej | Data | Godziny  pracy  (od-do) | Opis wykonywanych czynności  (w odniesieniu do programu praktyki zawodowej) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| UWAGI  Opiekuna praktyki z ramienia Jednostki przyjmującej | | |  |

…………………………………………………………………

pieczęć imienna i podpis

Opiekuna praktyki zawodowej z ramienia Jednostki przyjmującej

…………………………………………. ……………………………….

(pieczęć Jednostki przyjmującej) (zakres praktyki)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| II tydzień  praktyki zawodowej | Data | Godziny  pracy  (od-do) | Opis wykonywanych czynności  (w odniesieniu do programu praktyki zawodowej) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| UWAGI  Opiekuna praktyki z ramienia Jednostki przyjmującej | | |  |

…………………………………………………………………

pieczęć imienna i podpis

Opiekuna praktyki zawodowej z ramienia Jednostki przyjmującej

…………………………………………. ……………………………….

(pieczęć Jednostki przyjmującej) (zakres praktyki)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| III tydzień  praktyki zawodowej | Data | Godziny  pracy  (od-do) | Opis wykonywanych czynności  (w odniesieniu do programu praktyki zawodowej) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| UWAGI  Opiekuna praktyki z ramienia Jednostki przyjmującej | | |  |

…………………………………………………………………

pieczęć imienna i podpis

Opiekuna praktyki zawodowej z ramienia Jednostki przyjmującej

…………………………………………. ……………………………….

(pieczęć Jednostki przyjmującej) (zakres praktyki)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| IV tydzień  praktyki zawodowej | Data | Godziny  pracy  (od-do) | Opis wykonywanych czynności  (w odniesieniu do programu praktyki zawodowej) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| UWAGI  Opiekuna praktyki z ramienia Jednostki przyjmującej | | |  |

…………………………………………………………………

pieczęć imienna i podpis

Opiekuna praktyki zawodowej z ramienia Jednostki przyjmującej

**OPINIA OPIEKUNA PRAKTYK Z RAMIENIA JEDNOSTKI PRZYJMUJĄCEJ O STUDENCIE**

Imię i nazwisko studenta…………………………………………………..

Rok studiów, kierunek studiów……………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Ocena** |
| Wiedza |  |
| Umiejętności |  |
| Kompetencje |  |

……………………………. ………………….……………………………..

miejscowość i data podpis Opiekuna praktyk z ramienia

Jednostki przyjmującej

System ocen:

5 (bardzo dobry) – zakładane efekty uczenia się\* zostały osiągnięte

4,5 (ponad dobry) – zakładane efekty uczenia się \* zostały osiągnięte ze sporadycznymi błędami

4 (dobry) – zakładane efekty uczenia się \* zostały osiągnięte z dość licznymi błędami

3,5 (dość dobry) – zakładane efekty uczenia się \* zostały osiągnięte z licznymi błędami

3 (dostateczny) zakładane efekty uczenia się \* zostały osiągnięte z licznymi i istotnymi błędami

2 (niedostateczny) – praca studenta nie spełnia minimalnych wymagań

\*zgodne z Programem praktyki zawodowej

**Opisowa opinia Opiekuna praktyk z ramienia Jednostki przyjmującej o studencie**

(wypełnienie nie jest obligatoryjne)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………. ………………….……………………………..

miejscowość i data podpis Opiekuna praktyk z ramienia

Jednostki przyjmującej

**ESEJ REFLEKSYJNY STUDENTA**

(na podstawie doświadczeń dotyczących profesjonalnych i/lub nieprofesjonalnych zachowań, z jakimi student spotkał się podczas realizowania praktyki zawodowej)

**Proszę opisać wydarzenia/problemy, których doświadczył/a Pan/Pani podczas praktyki (pozytywne lub negatywne):**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………

**Co Pan/Pani czuł/a w tych sytuacjach?**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………

**Jak Pan/Pani myśli, co mogły odczuwać osoby zaangażowane w te sytuacje/wydarzenia?**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………

**Jakie hipotetyczne następstwa dla pacjenta może mieć przebieg opisanych sytuacji (w odniesieniu do efektywności opieki, bezpieczeństwa jakości życia itp.)?**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………

**W kontekście opisanych doświadczeń/wydarzeń/problemów jak wyobraża sobie Pan/Pani sytuację idealną (jeżeli dotyczy)?**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………

**Jaką wiedzę, umiejętności i kompetencje musi Pan/Pani zdobyć aby sprostać/poradzić sobie w takich sytuacjach w przyszłości (jeżeli dotyczy)?**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………… ……………………………………

data podpis studenta

**OPINIA OPIEKUNA PRAKTYK Z RAMIENIA UCZELNI**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko studenta** |  | | | | |
| **Kierunek studiów** | Analityka Medyczna | | | | |
| **Rok studiów** |  | | | | |
| **Jednostka przyjmująca** |  | | | | |
| **Imię i nazwisko Opiekuna praktyk**  **z ramienia Jednostki przyjmującej** |  | | | | |
| **Okres odbywania praktyki** |  | | | | |
| **Data kontroli praktyki** |  | | | | |
| **Ocena Opiekuna praktyk z ramienia jednostki przyjmującej** |  | | | | |
| **Ocena eseju studenta** (skala 2 – 5 pkt.\*)  *\*Należy zakreślić odpowiednią wartość; wskazana ocena służy jako informacja zwrotna udzielana studentom.* | Dokonanie wglądu w emocje: | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Nadanie znaczenia danemu zjawisku: | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Wyciąganie wniosków z danego doświadczenia: | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Szczerość i jasność przekazu: | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **Data zaliczenia praktyki** |  | | | | |

………..……..........................................................

data, podpis Opiekuna praktyk z ramienia Uczelni

.......................................................................

data, pieczęć i podpis Dziekana/Prodziekana Wydziału