

**Karta praktyk** – praktyka w poradni chorób układu pokarmowego i chorób metabolicznych - realizowana na 5 semestrze studiów

Wymiar praktyki – 145 godzin

Imię i nazwisko studenta, nr albumu .....

**I - Miejsce praktyk – nazwa i adres instytucji – pieczęć**

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

**II - Czas trwania praktyk:** .....

**III - Opiekun praktyk:** .....

**IV - Treści programowe:**

- 1) poznanie struktury organizacyjnej oraz zasad funkcjonowania oraz charakter działalności placówki ( z uwzględnieniem kompetencji jednostki);
- 2) zapoznanie się z podstawami prawnymi funkcjonowania oraz elementami jawnej dokumentacji regulującej działalność danej placówki ;
- 3) charakterystykę szczegółową prac specyficznych dla funkcjonowania instytucji (np. obsługę aparatów, programów komputerowych itp.);
- 4) poznanie zasad postępowania z pacjentami Poradni;
- 5) zapoznanie się z najczęstszymi chorobami z jakimi zgłaszają się pacjenci do placówki;
- 6) możliwość towarzyszenia lekarzom przy udzielaniu pacjentom porad terapeutycznych;
- 7) możliwość zapoznania z zaleceniami dietetycznymi ordynowanymi pacjentom przez lekarzy;
- 8) współuczestniczenie w edukowaniu żywieniowym pacjentów oraz propagowanie zasad zdrowego żywienia.

**V – Wykaz czynności wykonanych przez studenta w ramach praktyk (wypełnia student)****Karta tygodniowa – tydzień od .....** do .....

<b>Data zajęć</b>	<b>Wyszczególnienie zajęć – wykonane czynności praktyczne</b>	<b>Nabyte umiejętności</b> (w związku z wykonaną czynnością)

Karta tygodniowa – tydzień od ..... do .....

<b>Data zajęć</b>	<b>Wyszczególnienie zajęć – wykonane czynności praktyczne</b>	<b>Nabyte umiejętności</b> (w związku z wykonaną czynnością)

Karta tygodniowa – tydzień od ..... do .....

<b>Data zajęć</b>	<b>Wyszczególnienie zajęć – wykonane czynności praktyczne</b>	<b>Nabyte umiejętności</b> (w związku z wykonaną czynnością)

Karta tygodniowa – tydzień od ..... do .....

<b>Data zajęć</b>	<b>Wyszczególnienie zajęć – wykonane czynności praktyczne</b>	<b>Nabyte umiejętności</b> (w związku z wykonaną czynnością)

**VI - Opinia o Studencie (wypełnia opiekun praktyk):**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**VII - Efekty kształcenia (opiekun praktyk zalicza rzeczywiście uzyskane przez Studenta efekty):**

Lp.	Efekty kształcenia uzyskane podczas praktyk	Zaliczenie i podpis opiekuna praktyk
1.	student potrafi prowadzić edukację żywieniową dla osób zdrowych i chorych, ich rodzin oraz pracowników ochrony zdrowia	
2.	student potrafi komunikować się z pacjentem/klientem/grupą	
3.	student potrafi określić sposób żywienia, stan odżywiania, zdefiniować problemy żywieniowe różnych grup ludności, osób zdrowych i chorych oraz zaplanować diety i wdrożyć żywienie dostosowane do ich potrzeb	
4.	student potrafi dokonywać odpowiedniego doboru surowców i dodatków do produkcji potraw dla różnych grup populacyjnych, osób w zdrowiu i w chorobie oraz zastosować odpowiednie techniki sporządzania potraw o pożądanym właściwościach	
5.	student umie posługiwać się aktualnymi zaleceniami żywieniowymi i normami stosowanymi w zakładach żywienia zbiorowego i żywieniu człowieka	
6.	student przestrzega zasad etyki zawodowej. Przestrzega tajemnicy obowiązującej pracowników. Ma świadomość znaczenia społecznej, zawodowej i etycznej odpowiedzialności za wysoką jakość żywności i żywienia	
7.	student potrafi brać odpowiedzialność za działania własne i w sposób właściwy organizować pracę własną. Przestrzega zasad bezpieczeństwa i higieny pracy	
8.	student potrafi brać odpowiedzialność za działania własne i w sposób właściwy organizować pracę własną. Przestrzega zasad bezpieczeństwa i higieny pracy	

Zaliczam praktyki w wymiarze: .....

.....  
Data

.....  
Pieczęć i podpis Opiekuna praktyk

**Zaliczenie praktyk przez Koordynatora praktyk**  
**w Wyższej Szkole Rehabilitacji**

**Zaliczam praktyki na 5 semestrze**

.....  
Data

.....  
Pieczęć i podpis Koordynatora praktyk