

**Karta praktyk** – praktyka w poradni dietetycznej i dziale żywienia w szpitalu - realizowana po 4 semestrze studiów

Wymiar praktyki – 180 godzin

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

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

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

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

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

**IV - Treści programowe:**

- 1) poznanie struktury organizacyjnej i zasad funkcjonowania oraz charakter działalności placówki (szpitala, oddziału, poradni, z uwzględnieniem kompetencji poszczególnych jednostek);
- 2) poznanie organizacji działu żywienia w szpitalu oraz prowadzenia jego dokumentacji;
- 3) zapoznanie się z przepisami BHP i warunkami sanitarnymi oraz przestrzeganie odpowiednich zaleceń;
- 4) zapoznanie z pracą kuchni ogólnej;
- 5) poznanie zasad funkcjonowania magazynu żywności;
- 6) udział w tworzeniu jadłospisów dla diet normalnych i leczniczych;
- 7) pomoc w przygotowywaniu posiłków;
- 8) udział w porcjowaniu i dystrybucji posiłków;
- 9) pomoc w żywieniu pacjentów, którzy wymagają karmienia przez drugą osobę;
- 10) możliwość towarzyszenia lekarzom przy udzielaniu pacjentom porad terapeutycznych;
- 11) możliwość zapoznania z zaleceniami dietetycznymi ordynowanymi pacjentom przez lekarzy;
- 12) edukowanie żywieniowe pacjentów i motywowanie pacjentów do kontynuowania pozytywnych zmian w sposobie odżywiania.

**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)

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 umiejętnie korzystać z komputera i pozyskiwania danych w oparciu o wybrane programy komputerowe	
2.	student potrafi wybrać i zastosować metodologię pozyskiwania informacji na temat sposobu żywienia pacjenta/grupy ludności oraz informacji ich przetwarzania w oparciu o narzędzia informatyczne	
3.	student potrafi identyfikować i korygować błędy i zaniedbania wpływające na jakość wykonywanej pracy zarobkowej	
4.	student potrafi prowadzić edukację żywieniową dla osób zdrowych i chorych, ich rodzin oraz pracowników ochrony zdrowia	
5.	student potrafi komunikować się z pacjentem/klientem/grupą	
6.	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	
7.	student potrafi dokonać 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	
8.	student potrafi określić wartość odżywczą i energetyczną diet na podstawie tabel wartości odżywczej produktów spożywczych i typowych potraw oraz w oparciu o programy komputerowe	

Zaliczam praktyki w wymiarze: .....

.....  
Data

.....  
Pieczęć i podpis Opiekuna praktyk

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

**Zaliczam praktyki na 4 semestrze**

.....  
Data

.....  
Pieczęć i podpis Koordynatora praktyk