**ANKIETA OCENY PRAKTYKI ZAWODOWEJ PRZEZ STUDENTA**  
 **dotyczy kierunków o profilu praktycznym oraz kierunku pielęgniarstwo i położnictwo**   
**II stopnia o profilu ogólnoakademickim**

***Szanowna Studentko/Studencie,***

zwracamy się do Pani/Pana z uprzejmą prośbą o dokonanie oceny zrealizowanych już praktyk zawodowych. Ankieta ma charakter dobrowolny i anonimowy. Uzyskane dane będą dla nas źródłem informacji o jakości prowadzonych praktyk zawodowych i pozwolą na ich doskonalenie zarówno pod względem miejsca ich realizacji jak i wyznaczonych opiekunów.

W związku z powyższym prosimy o uzupełnienie oczekiwanych danych, wybranie właściwej odpowiedzi i / lub zaznaczenie symbolem X wybranej oceny.

1. **Kierunek studiów:** ……………………………………………

**Rok studiów:** **I/II/III/IV/V \***

**Forma studiów: stacjonarne**

**Poziom studiów: jednolite magisterskie/pierwszy stopień/drugi stopień \***  
 \* proszę zakreślić prawidłowe

1. **Nazwa praktyki zgodnie z sylabusem:**

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

1. **Miejsce realizacji praktyki zawodowej:**
2. Szpital Uniwersytecki
3. Dziecięcy Szpital Uniwersytecki
4. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. L. Rydygiera
5. V Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką
6. Szpital Miejski Specjalistyczny im. G. Narutowicza
7. Centrum Medyczne „Ujastek”, ul. Ujastek 3
8. Szpital Specjalistyczny im. S. Żeromskiego
9. Szpital Specjalistyczny im. Babińskiego
10. Szpital im. Dietla
11. Inny (proszę wpisać nazwę miejsca/placówki)

…………………………………………………………………………………………………

**Nazwa oddziału lub innej jednostki organizacyjnej, w której odbywała się praktyka zawodowa:** …………………………………………………………………………………………………

1. **Ocena realizacji praktyki zawodowej.**

Skala ocen:

1pkt - ocena niska;

2pkt - ocena średnia;

3pkt - ocena wysoka.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zakres oceny** | Skala oceny | | |
| 1 | 2 | 3 |
| Warunki, w których odbywała się praktyka (np. wyposażenie w sprzęt, liczba chorych, zakres diagnostyki, leczenia, rehabilitacji, działań pielęgniarskich, warunki dla pacjentów i studentów itp.) |  |  |  |
| Wyposażenie w sprzęt ochrony osobistej zgodnie z obowiązującymi procedurami (rękawiczki jednorazowe/inny materiał/sprzęt) |  |  |  |
| Stosunek pracowników oddziału do studentów |  |  |  |
| Stosunek opiekuna zakładowego praktyki zawodowej do studentów (np. życzliwość/wsparcie itp.) |  |  |  |
| Organizacja pracy studentom przez opiekuna praktyki zawodowej |  |  |  |
| Stosunek opiekuna zakładowego praktyki zawodowej do pacjentów i rodziny pacjenta (np. życzliwość/wsparcie itp.) |  |  |  |
| Stopień osiągnięcia przez studenta efektów uczenia się określonych w sylabusie praktyki zawodowej (np. możliwość wykonywania czynności zawodowych) |  |  |  |
| Stopień pogłębienia i poszerzania obszaru zawodowego w ramach danej praktyki zawodowej |  |  |  |
| **\* Ocena praktyki zawodowej zgodnie z kryteriami** |  | | |

**\* Kryteria oceny:**  
 **7 - 11 punktów – ocena negatywna;**  
 **12 - 16 punktów – ocena przeciętna;**  
 **17 -21 punktów – ocena pozytywna.**

**Inne Pani/Pana uwagi odnoszące się do ocenianej praktyki zawodowej:**   
**(**np.czy Pani/Pana zdaniem praktyka zawodowa powinna odbywać się w tym ocenianym miejscu; czy opiekunem praktyk zawodowych powinna być nadal wyznaczona osoba; jakich czynności nie miała Pani/Pan możliwości wykonać w czasie ocenianej praktyki zawodowej; co można by zmienić w ocenianej praktyce zawodowej; itp.)

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

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

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

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

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

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

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

*Opracował Wydziałowy Zespół Doskonalenia Jakości Kształcenia*    
 *wraz z Kierunkowymi Zespołami Doskonalenia Jakości Kształcenia*  *w dniu 22.03.2023 r.*