Regulaminprzebiegu zajęć praktycznych

Kierunek: PielęgniarstwoStudia**:** I stopnia

Przedmiot: „Kształcenie w zakresie podstaw pielęgniarstwa”Profil: praktyczny

**Wstęp
§ 1**

Zajęcia praktyczne z przedmiotu „kształcenie w zakresie podstaw pielęgniarstwa” stanowią integralną część procesu kształcenia i podlegają obowiązkowemu zaliczeniu. Podstawowym celem zajęć praktycznych z przedmiotu „kształcenie w zakresie podstaw pielęgniarstwa” jest przygotowanie studenta do sprawowania profesjonalnej, holistycznej opieki pielęgniarskiej nad kobietą, mężczyzną, dzieckiem/rodziną w określonych sytuacjach zdrowotno – społecznych. Zajęcia praktyczne z przedmiotu „kształcenie w zakresie podstaw pielęgniarstwa” student odbywa zgodnie z planem studiów i programem kształcenia, w oparciu o harmonogram wskazujący terminy i miejsce realizowania kształcenia praktycznego.

**Zajęcia praktyczne (Kształcenie w zakresie podstaw pielęgniarstwa)**

**§ 2**

Zajęcia praktyczne z przedmiotu „kształcenie w zakresie podstaw pielęgniarstwa” realizowane są pod bezpośrednim nadzorem i kierunkiem nauczyciela akademickiego, zatrudnionego w Zakładzie Podstaw Pielęgniarstwa WUM.

**Obowiązki i prawa studenta
§ 3**

1. **Student ma obowiązek:**
* zapoznać się i przestrzegać regulaminu placówki medycznej, w której odbywa zajęcia praktyczne, obowiązujących w niej przepisów BHP i p/pożarowych oraz korzystać z instrukcji i zarządzeń wewnętrznych w danej jednostce,
* przestrzegać tajemnicy zawodowej i zasad etyki zawodowej pielęgniarki,
* przestrzegać praw pacjenta a w szczególności zachować w tajemnicy informacje
o pacjentce i jej rodzinie uzyskane w trakcie kształcenia praktycznego,
* właściwie zorganizować własne stanowisko pracy, dbać o czystość, estetykę oraz
przestrzegać zasad reżimu sanitarno–epidemiologicznego obowiązujących w danej jednostce,
* wykonywać zabiegi diagnostyczne, lecznicze, pielęgnacyjno - opiekuńcze, rehabilitacyjne pod kierunkiem i za zgodą nauczyciela akademickiego,
* zapewnić bezpieczeństwo pacjentom i podopiecznym podczas odbywania kształcenia praktycznego,
* przejawiać życzliwość i szacunek dla osoby powierzonej jego opiece,
* wykazać dbałość o aparaturę i sprzęt medyczny w placówce, nosić estetyczne odzież ochronną i obuwie ochronne oraz identyfikator (nie dopuszcza się noszenia biżuterii. Włosy powinny być upięte, paznokcie krótkie, niepomalowane),
* przestrzegać godzin rozpoczynania i kończenia zajęć (5 minut przed ustaloną godziną student winien być gotowy do podjęcia zajęć),
* wypracować wszystkie godziny zajęć praktycznych zgodnie z planem
i harmonogramem,
* systematycznie i rzetelnie przygotowywać się do zajęć, sumiennie wykonywać
powierzone mu zadania oraz godnie reprezentować Uczelnię,
* współpracować z zespołem interdyscyplinarnym danej placówki.
1. **Student ma prawo:**
	* oczekiwać dobrze zorganizowanego procesu kształcenia,
	* do życzliwego i podmiotowego traktowania w procesie dydaktycznym,
	* obiektywnej oceny postępów w kształtowaniu kompetencji zawodowych,
	* do konsultacji i pomocy od nauczyciela akademickiego prowadzącego zajęcia,
	* zgłoszenie uwag i zastrzeżeń dotyczących organizacji i przebiegu kształcenia praktycznego,
	* do 30-minutowej przerwy w ciągu dyżuru (8 godz.) na spożycie posiłku, w miejscu i czasie wyznaczonym przez nauczyciela akademickiego,
	* uzyskać sprawiedliwą, obiektywną, jawną i zgodną z ustalonymi kryteriami ocenę,
	* uzyskać pomoc w przypadku trudności w kształtowaniu umiejętności
	* odmowy wykonywania prac wzbronionych kobietom, a zwłaszcza kobietom w  ciąży lub karmiącym piersią, wymienionych w powszechnie obowiązujących przepisach prawa.
2. Studenta obowiązuje bezwzględny zakaz używania telefonów komórkowych, aparatów fotograficznych, dyktafonów, itp.
3. Studenta obowiązuje bezwzględny zakaz palenia tytoniu w miejscu realizacji kształcenia praktycznego.

**Obowiązki nauczyciela akademickiego realizującego zajęcia praktyczne z przedmiotu „kształcenie w zakresie podstaw pielęgniarstwa”**

**§ 4**

1. Przed rozpoczęciem cyklu zajęć praktycznych nauczyciel akademicki przekazuje studentom

informację o aktualnej treści przepisów zawierających wykaz prac szczególnie uciążliwych

lub szkodliwych dla zdrowia kobiet, a w szczególności prac wzbronionych kobietom w ciąży.

1. Nauczyciel akademicki realizujący zajęcia praktyczne zobowiązany jest do:
* realizacji zajęć praktycznych zgodnie z ich celem i ustalonym programem,
* informowania studentów o celach, zadaniach, zakładanych efektach kształcenia

określonych w sylabusie dla danego przedmiotu oraz sposobach zaliczenia zajęć,

* tworzenia warunków do doskonalenia kompetencji zawodowych zgodnych z realizacją programu kształcenia,
* bezpośredniego nadzoru nad wykonywanymi czynnościami przez studenta,
* ułatwienia zdobywania wiedzy i umiejętności przez studenta, poprzez bieżące wyjaśnianie i omawianie sytuacji problemowych pacjenta,
* nadzoru nad przestrzeganiem przez studentów tajemnicy zawodowej i praw pacjenta,
* bieżącej współpracy z Koordynatorem Kształcenia Praktycznego w zakresie spraw związanych z ich przebiegiem,
* prowadzenia bieżącej dokumentacji dotyczącej przebiegu zajęć praktycznych,
* zaliczenia zajęć praktycznych i wpisu w Dzienniczku Umiejętności Praktycznych

**Dokumentacja obowiązująca podczas zajęć praktycznych
§ 5**

Dokumentacja obowiązująca podczas zajęć praktycznych:

1. Lista obecności studentów podczas zajęć.
2. Arkusz gromadzenia danych o pacjencie, stanowiący załącznik nr 1 do regulaminu.
3. Karta opieki pielęgniarskiej (proces pielęgnowania) wraz ze szczegółowymi informacjami, w jaki sposób należy ją przygotować, stanowiąca załącznik nr 2 do regulaminu.
4. Kryterium oceny umiejętności praktycznych, dokument stanowiący załącznik nr 3 do regulaminu.

Dokument nr 2,3,4 powinien zostać opisany następującymi danymi:

1. Imię i nazwisko wykładowcy prowadzącego zajęcia praktyczne z przedmiotu „kształcenie w zakresie podstaw pielęgniarstwa”
2. Imię i nazwisko studenta.
3. Numer grupy (nazwa grupy).
4. Podpis nauczyciela i studenta.

**Warunki zaliczenia zajęć praktycznych z przedmiotu „kształcenie w zakresie podstaw pielęgniarstwa”**

**§ 6**

1. 100% frekwencja na zajęciach praktycznych zgodnie z harmonogramem.
2. Pozytywna ocena nauczyciela akademickiego prowadzącego zajęcia praktycznych, na którą składa się:
* aktywność oraz wykonywanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z procedurami, określane na podstawie „kryterium oceny umiejętności praktycznych”,
* uzupełniony i podpisany przez studenta „arkusz gromadzenia danych o pacjencie,
* pozytywna ocena „karty opieki pielęgniarskiej” przygotowanej przez studenta na podstawie indywidualnego studium przypadku (prawidłowej analizy dokumentacji medycznej, interpretacji wyników i wyłonienia problemów pielęgnacyjnych).

**Postanowienia końcowe
§ 7**

1. Student ma prawo na odpracowanie nieobecności (*z wyjątkiem nieobecności nieobjętych odpracowywaniem)* zgodnie z odrębnymi przepisami, obowiązującymi na wydziale Nauk o Zdrowiu, Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.
2. Zaliczenie praktyk zawodowych z przedmiotu „kształcenie w zakresie podstaw pielęgniarstwa”, nauczyciel akademicki, sprawujący opiekę nad grupą studentów wpisuje do Dzienniczka Umiejętności Praktycznych.
3. Zaliczenie zajęć praktycznych z przedmiotu „kształcenie w zakresie podstaw pielęgniarstwa” jest warunkiem zaliczenia semestru, którego program przewiduje realizację tych zajęć.
4. Dokumentacja, która stanowi potwierdzenie zaliczenia/niezaliczenia zajęć praktycznych z przedmiotu „kształcenie w zakresie podstaw pielęgniarstwa” przechowywana jest przez okres 5 lat w Sekretariacie Zakładu Podstaw Pielęgniarstwa, ul Ciołka 27. Po tym czasie przekazywane są do archiwum.

**Załącznik nr 1**

Nazwisko i imię studenta ....................................................................... Data………………………………

**Arkusz do gromadzenia danych o pacjencie**

Nazwisko i imię (inicjały) podopiecznego.........................................................................................

Wiek ..................  Płeć ..............................................

Data pracy z podopiecznym .............................................................................................................

**1.** **Ocena stanu biologicznego podopiecznego** dokonana na podstawie danych (wywiad, obserwacja, pomiary podstawowych parametrów życiowych, analiza dokumentacji).

**2.** **Ocena stanu psychicznego i społecznego**.

**3.** **Ocena sprawności podopiecznego**:

Poruszanie się                                  - ...............................................................................

Mycie                                                 - ...............................................................................

Jedzenie i picie                                 - ...............................................................................

Wydalanie                                         - ...............................................................................

Organizacja czasu wolnego            - ...............................................................................

/*samodzielny/ograniczony/zależny*

**4. Wnioski do dalszej pielęgnacji podopiecznego**

 **PRZEWODNIK DO GROMADZENIA DANYCH O PACJENCIE**

**1. DANE PERSONALNE**

Nazwisko i imię (inicjały)............................... Wiek ................. Stan cywilny ...........................................................

Wykształcenie ................................................... Zawód ..........................................................................................

Data przyjęcia do szpitala .................................................Tryb przyjęcia nagły [ ], tryb planowy [ ]

Powód przyjęcia do szpitala ....................................................................................................................................

Rozpoznanie lekarskie .............................................................................................................................................

**2. DOTYCHCZASOWA SYTUACJA CHOREGO**

Przebyte choroby ...................................................................................................................................................

Skłonności w rodzinie do występowania chorób ..................................................................................................

Uczulenia ...............................................................................................................................................................

Nałogi ....................................................................................................................................................................

**3. DANE O FUNKCJONOWANIU POSZCZEGÓLNYCH UKŁADÓW**

● Układ krążenia:

Tętno ............, RR..............., sinica skóry (tak), (nie)............ obrzęki  (tak), (nie)..................................................

Uwagi: ...................................................................................................................................................................

● Układ oddechowy:

Liczba oddechów na minutę ................, kaszel (tak), (nie)..................... suchy [ ], wilgotny [ ], napadowy [ ],

Duszność (tak), (nie), wysiłkowa [ ], spoczynkowa [ ], ..........................................................................................

Uwagi: ...................................................................................................................................................................

● Układ nerwowy:

Stan świadomości: senność [ ], zamroczenie [ ], stan przedśpiączkowy [ ], śpiączka [ ], .......................................

Kontakt: dobry [ ], ograniczony [ ], bez kontaktu [ ]. .............................................................................................

Uwagi: .....................................................................................................................................................................

Sen: dobry [ ], trudności w zasypianiu [ ], bezsenność [ ]. ......................................................................................

Uwagi: .....................................................................................................................................................................

● Stan zmysłów:

Wzrok: dobry [ ], okulary [ ], niedowidzący [ ], niewidomy [ ]. ...............................................................................

Słuch: dobry [ ], aparat słuchowy [ ], niedosłyszący [ ], głuchy [ ]. .........................................................................

Smak: ......................................................................, węch ...................................................................................,

Uwagi: ...................................................................................................................................................................

● Ból:

Umiejscowienie .....................................................................................................................................................

Charakter: stały [ ], okresowy [ ], promieniujący [ ] ..............................................................................................

Natężenie: lekki [ ], umiarkowany [ ], silny [ ], bardzo silny [ ], nie do zniesienia [ ] wg skali VAS: .......................

Uwagi: ...................................................................................................................................................................

● Układ moczowo-płciowy:

Ilość wydalanego moczu na dobę: ........................................................................................................................

Problemy z wydalaniem moczu: nietrzymanie moczu [ ], trudności w oddawaniu moczu [ ], ból, pieczenie przy

mikcji [ ], zmiany jakościowe moczu [ ], .................................................................................................................

Uwagi: ....................................................................................................................................................................

Wywiad ginekologiczny: (menstruacje, przebyte porody,dolegliwości) ................................................................ ................................................................................................................................................................................

● Układ pokarmowy:

Sposób odżywiania: doustny [ ], przez sondę [ ], parenteralnie [ ], inne [ ]. ..........................................................

Apetyt: dobry [ ],zmniejszony [ ], wzmożony [ ]. ....................................................................................................

Masa ciała: .................. w normie [ ], niedobór [ ], nadwaga [ ], otyłość [ ]. ......................................................................

Ograniczenia składników pokarmowych w diecie: .............................................................................................................

Jama ustna: bez problemów [ ], ubytki zębowe [ ], proteza [ ], zmiany na śluzówkach [ ]. .................................................

Niepokojące objawy: odbijania [ ], zgaga [ ], wzdęcia [ ], nudności [ ], wymioty [ ], inne ...................................................

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

Samodzielność w jedzeniu: (tak), (nie).................... W jakim zakresie potrzebna pomoc? ................................................

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

Stolec: prawidłowy [ ], zaparcia [ ], biegunka [ ], nietrzymanie stolca [ ], inne ...................................................................

Uwagi: ..................................................................................................................................................................................

● Układ kostno-stawowo-mięśniowy:

Aktywność ruchowa: samodzielny [ ], leżący [ ], siedzący [ ], używa sprzętu ortopedycznego (jakiego?) ..........................

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

Konieczna pomoc w: zmianie pozycji w łóżku [ ], wstawania z łóżka [ ], siadania [ ], chodzenia [ ], inne ......................................

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

Uwagi: ..................................................................................................................................................................................

● Skóra:

Czysta [ ], wymaga pielęgnacji [ ], widoczne zmiany na skórze, - jakie? ..............................................................................

Samodzielność w utrzymaniu czystości ciała: tak [ ], nie [ ], zakres potrzebnej pomocy: ....................................................

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

Uwagi: ..................................................................................................................................................................................

**4.  STAN PSYCHICZNY**

 Nastrój ..................................................................................................................................................................................

 Reakcja na fakt choroby, .......................................................................................................................................................

    hospitalizacji .......................................................................................................................................................................

    leczenia ...............................................................................................................................................................................

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

Uwagi: ....................................................................................................................................................................................

**5.  SYTUACJA RODZINNA**

 Z kim mieszka? ......................................................................................................................................................................

 Osoba opiekująca się chorym ................................................................................................................................................

 Możliwości rodziny w odwiedzaniu chorego w oddziale .......................................................................................................

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

Uwagi: .....................................................................................................................................................................................

**6.  SYTUACJA ZAWODOWA**

 Rodzaj wykonywanej pracy .................................................................................................................................................

 Stosunek do wykonywanej pracy ........................................................................................................................................

Uwagi ....................................................................................................................................................................................

**Załącznik nr 2**

KARTA OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ *wzór*





**Załącznik nr 3**

