**P R O T O K Ó Ł Z H O S P I T A C J I**

**PRAKTYK ZAWODOWYCH**

**ŚLĄSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W KATOWICACH**

1. **Dane ogólne**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data hospitacji** |  | | | |
| **Nazwa jednostki, w której realizowana jest praktyka** |  | | | |
| **Opiekun praktyki z ramienia jednostki, w której realizowana jest praktyka** |  | | | |
| **Nazwa jednostki kierującej na praktykę** (wydział SUM) |  | | | |
| **Opiekun praktyki z ramienia jednostki kierującej na praktykę, adres e-mail** |  | | | |
| **Imię i nazwisko studenta realizującego praktykę w dniu hospitacji** |  | | | |
| **Kierunek studiów** |  | | | |
| **Specjalność** |  | | | |
| **Rok studiów/semestr** |  | | | |
| **Poziom studiów** | **I stopnia** | **II stopnia** | | **jednolite magisterskie** |
|  |  | |  |
| **Tryb studiów** | **stacjonarny** | **niestacjonarny** | | **inny** (proszę wpisać) |
|  |  | |  |
| **Profil studiów** | **praktyczny** | | **ogólnoakademicki** | |
|  | |  | |
| **Rodzaj praktyki** | **semestralna** | **wakacyjna** | | **inna** (proszę wpisać) |
|  |  | |  |

1. **Ocena hospitowanych praktyk**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opinia Opiekuna praktyki z ramienia jednostki, w której realizowana jest praktyka, dotycząca Studenta\*** | **Liczba uzyskanych punktów** |
|  | Przygotowanie teoretyczne do wykonywanych zadań |  |
|  | Wykonywane powierzonych zadań |  |
|  | Aktywność/Zaangażowanie |  |
|  | Punktualność i właściwe zarządzanie czasem |  |
|  | Umiejętności interpersonalne ( komunikatywność) |  |
|  | Przestrzeganie przepisów bhp, wewnętrznych regulaminów podmiotu, w którym realizowana jest praktyka, karty praw pacjenta |  |
| **Lp.** | **Opinia Studenta dotycząca realizowanej praktyki\*** | **Liczba uzyskanych punktów** |
| 1. | Powierzanie do wykonania zadań zgodnych z założonymi celami i efektami uczenia się zawartymi w programie praktyki |  |
| 2. | Możliwości doskonalenia/pogłębienia wiedzy/umiejętności |  |
| 3. | Możliwości wykazania się aktywnością/zaangażowaniem |  |
| 4. | Nadzór/opieka ze strony Opiekuna praktyki z ramienia jednostki, w której realizowana jest praktyka |  |
| 5. | Umiejętności interpersonalne współpracującego personelu (stosunek do studenta) |  |
| 6. | Warunki odbywania praktyki |  |
| **Liczba punktów ogółem** | |  |
| **Ocena** | |  |

**\*Skala ocen:**

**niezadawalająca - 0 pkt**

**zadawalająca - 1 pkt**

**dobra - 2 pkt**

**bardzo dobra - 3 pkt**

**Ocena wynikająca z opinii Opiekuna praktyki z ramienia jednostki, w której realizowana jest praktyka i Studenta:**

**<22 pkt - ocena niedostateczna**

**22 – 26 pkt - ocena dostateczna**

**27 – 31 pkt - ocena dobra**

**32 – 36 pkt - ocena bardzo dobra**

1. **Uwagi Opiekuna z ramienia jednostki, w której realizowana jest praktyka**

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

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

1. **Uwagi Studenta**

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

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

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

1. **Podsumowanie Opiekuna praktyk przeprowadzającego hospitację**

(na podstawie zebranej dokumentacji: kwestionariusza oceny praktyki, oceny Studenta, dzienniczka praktyk, protokołu hospitacji)

- wywiązywanie się przez Organizatora praktyk z obowiązków przyjętych na mocy umowy o praktykę zawodową (tak/nie – proszę uzasadnić)

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

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

- rekomendacje/zalecenia

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

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

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

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

- informacje o konieczności hospitacji powtórnej

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

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

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

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

……………………………………………

/podpis hospitującego Opiekuna praktyk/

Protokół przyjęto:

………………………………………………

(podpis Członka Podzespołu ds. Jakości Kształcenia odpowiedzialnego za gromadzenie dokumentacji )