**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 )