# KRYTERIA DOBORU PLACÓWKI DO PROWADZENIA PRAKTYK ZAWODOWYCH

**NA KIERUNKU FIZJOTERAPIA**

Nazwa jednostki; Wydział / Zakład: …………………………………...……………………………………………………… Kierunek studiów: **Fizjoterapia**

Studia: stacjonarne / niestacjonarne \*

Nazwa praktyki : ………………………………………………………………………………………………………………… Liczba przewidywanych godzin do realizacji: ………………………………………………………………………………... Miejsce realizacji praktyk zawodowych: ………………………………………………………………………………………...

*\*niepotrzebne skreślić*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kryterium oceny** | | **Punkty** | **Otrzymane punkty** |
| **Czy jednostka / zakład była wybierana jako miejsce odbywania praktyk studenckich?** | tak, wielokrotnie | **2** |  |
| jest to nowa placówka | **1** |  |
| nie była wybierana | **0** |  |
| **Wykształcenie personelu** | >50% z wyższym wykształceniem | **2** |  |
| <50% z wyższym wykształceniem | **1** |  |
| wyłącznie średnie wykształcenie | **0** |  |
| **Średni staż pracy personelu** | powyżej 5 lat | **2** |  |
| od 3 do 5 lat | **1** |  |
| poniżej 3 lat | **0** |  |
| **Doświadczenie personelu w pracy ze studentami** | powyżej 5 lat | **2** |  |
| od 3 do 5 lat | **1** |  |
| poniżej 3 lat | **0** |  |
| **Czy charakter i zakres świadczonej opieki zdrowotnej umożliwia realizację efektów zawartych w programie praktyk?** | tak | **2** |  |
| w ograniczonym zakresie | **1** |  |
| nie | **0** |  |
| **Czy jednostka / zakład wyposażona jest w nowoczesną aparaturę umożliwiającą zdobycie umiejętności przewidzianych w programie praktyk?** | >50% nowoczesna aparatura | **2** |  |
| <50% nowoczesna aparatura | **1** |  |
| dominuje przestarzała aparatura | **0** |  |
| **Czy świadczenia medyczne realizowane są zgodnie z obowiązującymi standardami**  **i procedurami?** | tak | **2** |  |
| raczej tak | **1** |  |
| nie | **0** |  |
| **Czy jednostka / zakład posiada szatnię dla studentów?** | tak | **2** |  |
| w trakcie adaptacji | **1** |  |
| nie | **0** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Czy jednostka / zakład posiada salę seminaryjną?** | tak | **2** |  |
| w trakcie adaptacji | **1** |  |
| nie | **0** |  |
| **Czy studenci mają dostęp do pomieszczenia, w którym mogą np. sporządzać notatki, wypełniać dokumentację medyczną, itp.?** | tak | **2** |  |
| w ograniczonym zakresie | **1** |  |
| nie | **0** |  |
| **Czy studenci mają możliwość spożycia posiłku na terenie jednostki / zakładu?** | tak, istnieje punkt gastronomiczny | **2** |  |
| tak, w oddzielnym pomieszczeniu | **1** |  |
| nie | **0** |  |
| **Czy w jednostce / zakładzie odbywają się wewnętrzne szkolenia lub wykłady,**  **w których mogą brać udział studenci?** | tak, często | **2** |  |
| rzadko | **1** |  |
| nie | **0** |  |
| **Liczba uzyskanych punktów ogółem:** | |  | |

***Kryteria oceny:***

***24-13 punktów*** *– jednostka / zakład* ***spełnia*** *kryteria wymagane do prowadzenia praktyk zawodowych;*

***12-7 punktów*** *– jednostka / zakład* ***warunkowo spełnia*** *kryteria wymagane do prowadzenia praktyk zawodowych*

***6-0 punktów*** *– jednostka / zakład* ***nie spełnia*** *kryteriów wymagane do prowadzenia praktyk zawodowych*

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

*Opiekun kształcenia praktycznego Kierownik jednostki organizacyjnej*

**-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

# DECYZJA DZIEKANA WYDZIAŁU NAUK O CZŁOWIEKU LUBELSKIEJ AKADEMII WSEI

Na podstawie **§4, §5 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn. 22 lutego 2017 r. w sprawie praktyki zawodowej realizowanej w ramach kształcenia fizjoterapeutów** opiniowana placówka (jednostka / zakład) **spełnia | warunkowo spełnia | nie spełnia\*** wymagań do prowadzenia kształcenia praktycznego na kierunku Fizjoterapia w zakresie:

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

*(nazwa praktyki)*

*\*niepotrzebne skreślić*

……………………………………….…………

*Data i podpis Dziekana Wydziału*