Załącznik nr 7 do Zarządzenia Dziekana Wydziału Lekarskiego z dnia 1.03.2024 r.

**Ankieta oceny miejsca realizacji praktyki zawodowej przez studenta**

Szanowna Studentko/Studencie,

Zwracamy się z uprzejmą prośbą o dokonanie oceny zrealizowanych już praktyk zawodowych. Ankieta ma charakter 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 osób prowadzących. W związku z powyższym prosimy o uzupełnienie oczekiwanych danych, wybranie właściwej odpowiedzi lub zaznaczenie X wybranej oceny.

I. Rodzaj praktyki (proszę wpisać rodzaj praktyki np.: opieka nad chorym, podstawowa opieka zdrowotna, pomoc doraźna, choroby wewnętrzne, intensywna terapia, chirurgia, pediatria, ginekologia i położnictwo):

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

II. Nazwa szpitala/ placówki/ oddziału, w którym realizowana była praktyka zawodowa:

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

III. Ocena realizacji praktyki zawodowej w skali od 1 do 5   
(gdzie stopień noty oznacza: 1=bardzo słabo, 2=słabo, 3=średnio/przeciętnie, 4=dobrze, 5=bardzo dobrze):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Oceniane kryterium: Jak oceniasz:** | **stopień noty** | | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| warunki, w których odbywała się praktyka (dostęp do miejsca nauki, dostęp do szatni dla studentów, możliwość zakupu posiłku w czasie przerwy)? |  |  |  |  |  |
| Wyposażenie w sprzęt ochrony osobistej (dostępność do rękawiczek jednorazowych, preparatu do dezynfekcji rąk, innego materiału/sprzętu)? |  |  |  |  |  |
| Wyposażenie medyczne niezbędne do realizacji programu praktyki? |  |  |  |  |  |
| Personel i jego postawę wobec Ciebie (kultura osobista, kompetencje, empatia itp.)? |  |  |  |  |  |
| Opiekuna praktyki i jego postawę wobec Ciebie (życzliwość, gotowość do udzielania wsparcia itp.)? |  |  |  |  |  |
| Umiejętności opiekuna praktyk (doświadczenie, wiedza, przystępność w przekazywaniu nowych informacji)? |  |  |  |  |  |
| Możliwości doskonalenia umiejętności zawodowych (np. dopuszczanie do wykonywania przyszłych czynności zawodowych)? |  |  |  |  |  |
| Możliwości pogłębienia wiedzy (uzyskanie nowej wiedzy, pogłębieni i utrwalenia już znanej)? |  |  |  |  |  |
| Efektywność wykorzystania czasu poświęconego na realizację zadań praktyki? |  |  |  |  |  |
| Ogólne możliwości osiągnięcia efektów uczenia się, przewidzianych w karcie praktyki? |  |  |  |  |  |
| Wskaż jakie czynności wykonywałaś/eś najczęściej w trakcie ocenianej praktyki zawodowej (wymień nazwy najczęściej praktykowanych umiejętności, wg listy z karty praktyk): | | | | | |
| Wskaż jakich czynności nie miałaś/eś możliwości wykonać w czasie ocenianej praktyki zawodowej (wymień nazwy umiejętności, wg listy z karty praktyk): | | | | | |
| Czy polecasz innym realizację praktyki zawodowej w ocenianym Szpitalu/Placówce/Oddziale?  [ ] tak  [ ] nie, *dlaczego:* | | | | | |
| Czy polecasz innym ocenianego Opiekuna praktyk zawodowych?  [ ] tak  [ ] nie, *dlaczego:* | | | | | |
| Inne uwagi dotyczące realizowanej praktyki: | | | | | |