

INSTYTUT ZDROWIA I KULTURY FIZYCZNEJ, ul. Mickiewicza 5, 64-100 Leszno, tel. 65 5250151, 65 5287874

**KRYTERIA DOBORU PLACÓWKI  
DO REALIZACJI ZAJĘĆ PRAKTYCZNYCH I PRAKTYK ZAWODOWYCH (klinicznych)  
Kierunek kształcenia – PIELĘGNIARSTWO**

PLACÓWKA SZKOLENIOWA (pieczętka): .....

L.p.	Kryterium	Norma i skala punktowa		Liczba punktów
1.	Placówka szkoleniowa udziela świadczeń opieki zdrowotnej na wysokim poziomie (akredytacja, certyfikat ISO).	posiada	2	
		procedura w toku, przygotowuje się	1	
		nie posiada	0	
2.	Placówka szkoleniowa udziela różnorodnych świadczeń opieki zdrowotnej (diagnostyczne, lecznicze, terapeutyczne, rehabilitacyjne, pielęgnacyjne).	pełen zakres świadczeń	3	
		większość	2	
		niektóre	1	
3.	Wykształcenie kadry pielęgniarskiej/położnych gwarantuje wysoką jakość zajęć.	większość z wyższym lub specjalizacją	3	
		prawie połowa z wyższym, specjalizacją lub kursem kwalifikacyjnym	2	
		wyłącznie średnie	1	
4.	Wyposażenie placówki umożliwia zdobywanie i rozwój umiejętności praktycznych (sprzęt i materiały, w tym środki ochrony).	tak	3	
		częściowo	2	
		dominuje stary sprzęt	1	
5.	Charakter i zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej umożliwia realizację celów kształcenia.	tak	1	
		nie	0	
6.	Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane są zgodnie z standardami i procedurami.	tak	1	
		niektóre	0	
7.	Zaplecze socjalne (szatnia, stołówka).	dostępne	1	
		niedostępne	0	
Warunki optymalne 13 - 14 pkt. Warunki dobre 11 - 12 pkt. Warunki dostateczne 8 - 10 pkt. Brak odpowiednich warunków - 7 i mniej pkt.		LICZBA UZYSKANYCH PUNKTÓW*		

.....  
Podpis osoby upoważnionej - Naczelnia Pielęgniarek/ Przełożona Pielęgniarek/ Kierownik Placówki

**DECYZJA**

Opiniowana Placówka **spełnia / nie spełnia**\* kryteria doboru Placówki szkoleniowej Instytutu Zdrowia i Kultury Fizycznej ANS w Lesznie do zajęć praktycznych i praktyk zawodowych. (\* niepotrzebne skreślić)

.....  
Podpis Opiekuna Praktyk – IZKF

.....  
Data i podpis Dyrektora Instytutu IZKF

Opiniowana placówka spełnia wymogi uzyskania efektów uczenia się.

.....  
Data i podpis Dyrektora Instytutu IZKF