

PRAKTYKA ZAWODOWA Z PODSTAW PIELĘGNIARSTWA Studia stacjonarne

Autor programu: dr Paulina Jabłońska

Liczba godzin: 120godz;

Czas realizacji: 3 tygodnie; I rok ; II semestr; praktyka wakacyjna

Miejsce zajęć: oddział dla chorych dorosłych: chorób wewnętrznych, opiekuńczo-pielęgnacyjny

1. Cel ogólny:

Doskonalenie podstawowych umiejętności zawodowych niezbędnych do zaspokojenia potrzeb i rozwiązywania problemów zdrowotnych chorego hospitalizowanego.

2. Umiejętności – w wyniku kształcenia student opanuje efekty uczenia się w dziedzinie umiejętności i kompetencji społecznych:

W DZIEDZINIE UMIEJĘTNOŚCI:	
Monitoruje stan zdrowia pacjenta podczas pobytu w szpitalu lub innych jednostkach organizacyjnych systemu ochrony zdrowia	C.U04
Dokonuje bieżącej i końcowej oceny stanu zdrowia pacjenta i podejmowanych działań pielęgniarstkich	C.U05
Stosuje wybrane metody pielęgnowania w opiece nad pacjentem	C.U01
Gromadzi informacje różnymi metodami w celu rozpoznawania stanu zdrowia pacjenta i sformułowania diagnozy pielęgniarstkiej	C.U02
Ustala cele i plan opieki pielęgniarstkiej oraz realizuje ją wspólnie z pacjentem i jego rodziną	C.U03
Wykonuje testy diagnostyczne dla oznaczenia ciał ketonowych i glukozy we krwi i w moczu oraz cholesterolu we krwi, a także inne testy paskowe.	C.U06
Wykonuje pomiar temperatury ciała tętna, oddechu, ciśnienia tętniczego krwi, ośrodkowego ciśnienia żylnego, obwodów, saturacji, szczytowego przepływu wydechowego oraz pomiary antropometryczne (pomiar masy ciała, wzrostu, wskaźnika BMI, wskaźników dystrybucji tkanki tłuszczowej: WHR, WHtR, grubości fałdów skórno-tłuszczowych).	C.U08
Prowadzi, dokumentuje i ocenia bilans płynów pacjenta	C.U07
Pobiera materiał do badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych oraz asystuje lekarzowi przy badaniach diagnostycznych	C.U09
Stosuje zabiegi przeciwzapalne	C.U10
Przechowuje i przygotowuje leki zgodnie z obowiązującymi standardami	C.U11
Podaje pacjentowi leki różnymi drogami, zgodnie z pisemnym zleceniem lekarza lub zgodnie z posiadanymi kompetencjami oraz oblicza dawki leków.	C.U12
Wykonuje płukanie jamy ustnej, gardła, oka, ucha, żołądka, pęcherza moczowego, przetoki jelitowej i rany	C.U14
Zakłada i usuwa cewnik z żył obwodowych, wykonuje kroplowe wlewy dożylnie oraz monitorować i pielęgnować miejsce wkłucia obwodowego, wkłucia centralnego i portu naczyniowego	C.U15
Wykorzystuje dostępne metody karmienia pacjenta (doustnie, przez zgłębnik, przetoki odżywcze)	C.U16
Przemieszcza i pozycjonuje pacjenta z wykorzystaniem różnych technik i metod.	C.U17
Wykonuje gimnastykę oddechową i drenaż ułożeniowy, odśluzowywywuje drogi oddechowe i inhalację	C.U18
Wykonuje nacieranie, oklepywanie, ćwiczenia czynne i bierne	C.U19
Wykonuje zabiegi higieniczne	C.U20
Pielęgnować skórę i jej wytwory oraz błony śluzowe z zastosowaniem środków farmakologicznych i materiałów medycznych, w tym stosuje kąpiele lecznicze	C.U21
Ocenia ryzyko rozwoju odleżyn i stosuje działania profilaktyczne	C.U22

Wykonuje zabiegi doodbytnicze	C.U23
Zakłada cewnik do pęcherza moczowego, monitoruje diurezę i usuwa cewnik	C.U24
Zakłada zgłębnik do żołądka oraz monitoruje i usuwa zgłębnik	C.U25
Prowadzi dokumentację medyczną oraz posługuje się nią	C.U26
W DZIEDZINIE KOMPETENCJI SPOŁECZNYCH:	
Przestrzega prawa pacjenta	K02
Dostrzega i rozpoznaje własne ograniczenia w zakresie wiedzy umiejętności i kompetencji społecznych oraz dokonuje samooceny deficytów i potrzeb edukacyjnych	K07

3. Treści programowe

1. Poznanie środowiska szpitalnego /specyfika pracy w podmiocie leczniczym , zakres realizowanych zadań.
2. Poznanie charakteru pracy i zadań członków zespołu interdyscyplinarnego. Poznanie organizacji i specyfiki pracy pielęgniarek.
3. Nawiązanie kontaktu z członkami zespołu terapeutycznego oraz pacjentami/jego rodziną w różnym stanie zdrowia z wykorzystaniem różnych metod komunikowania.
4. Przyjęcie pacjenta do szpitala i oddziału, poznanie obowiązującej dokumentacji medycznej.
5. Pomoc pacjentowi w procesie adaptacji do warunków szpitalnych i readaptacji do warunków domowych.
6. Gromadzenie informacji o pacjencie na podstawie dokumentacji medycznej, wywiadu, obserwacji i badania fizykalnego celem określenia jego sytuacji zdrowotnej i społecznej.
7. Ocena sytuacji zdrowotnej i społecznej chorego.
8. Rozpoznanie potrzeb i problemów zdrowotnych z uwzględnieniem przyczyn zaburzeń jego funkcjonowania bio-psycho-społecznego. Określenie celu opieki, zaplanowanie interwencji pielęgniarских, realizacja planu opieki, ocena stopnia osiągnięcia celu.
9. Dokumentowanie podejmowanych działań- dokumentacja procesu pielęgnowania.
10. Zapewnienie choremu bezpieczeństwa fizycznego i psychicznego.
11. Opieka pielęgniarська w wybranych sytuacjach klinicznych pacjenta.
12. Wykonywanie wybranych zabiegów pielęgnacyjno-leczniczych zgodnie z obowiązującą procedurą.
13. Przygotowanie chorych do badań, pobieranie materiałów do badań.
14. Prowadzenie poradnictwa z zakresu samoopieki, racjonalnego stylu życia i żywienia.
15. Przestrzeganie praw pacjenta i zasad etyki zawodowej.

4. Sposoby weryfikacji efektów uczenia się:

- ocena umiejętności praktycznych,
- ocena odpowiedzi ustnej,
- ocena prowadzonej dokumentacji procesu pielęgnowania, samoocena.

5. Warunki zaliczenia praktyki zawodowej:

- obowiązkowa 100% obecność na zajęciach
- przestrzeganie regulaminu praktyk zawodowych
- zaliczenie prowadzenia procesu pielęgnowania
- zaliczenie tematów
- zaliczenie efektów uczenia się –potwierdzone wpisem do dziennika zaliczeń efektów uczenia się

**AKADEMIA NAUK STOSOWANYCH
W NOWYM TARGU
Instytut Medyczny
Kierunek PIELĘGNIARSTWO**

Imię i nazwisko studenta.....

Rok studiów..... semestr studiów.....

Przedmiot.....

DOKUMENTACJA PROCESU PIELĘGNOWANIA

DANE PERSONALNE

Inicjały imienia i nazwiska pacjentawiek.....

Płeć: kobieta/mężczyzna * Miejsce zamieszkania: miasto/ wieś*

Stan cywilnyzawódwykształcenie.....

SYTUACJA ZDROWOTNA PACJENTA

Oddział.....

Data objęcia opieką oddo..... data przyjęcia do szpitala.....

Doba hospitalizacji..... Tryb przyjęcia: planowy/ nagły *

Rozpoznanie lekarskie

.....

Choroby współistniejące/choroby przewlekłe.....

.....

Alergie

Objawy zgłaszane przez pacjenta w dniu przyjęcia do szpitala.....

.....

.....

.....

.....

Dolegliwości zgłaszane przez pacjenta w dniu objęcia opieką.....

.....

.....

.....

.....

SYTUACJA RODZINNO- SPOŁECZNA PACJENTA

Warunki mieszkaniowe: bardzo dobre/dobre/średnie/złe

Uwagi.....

.....

Podstawowe źródło utrzymania: pensja/emerytura/ renta/inne.....

Osoby wspólnie zamieszkujące z pacjentem.....

.....

Udział rodziny/opiekunów w opiece nad pacjentem.....

.....

.....

STAN BIOLOGICZNY PACJENTA

Układ krążenia

.....

.....

Układ oddechowy.....

.....

.....

Układ pokarmowy.....

.....

.....

Układ moczowo- płciowy.....

.....

.....

Układ kostno-stawowo-mięśniowy

.....

.....

Skóra przydatki błony śluzowe.....

.....

.....

Układ nerwowy.....

.....
.....

Narządy zmysłów.....

.....
.....

Stan higieniczny.....

.....
.....

Stan odżywienia.....

.....

STAN PSYCHICZNY PACJENTA

Reakcja pacjenta na hospitalizację

.....
.....

Stosunek pacjenta do postępowania diagnostycznego oraz pielęgnacyjno-leczniczego

.....
.....

.....
.....

STOSOWANE LECZENIE FARMAKOLOGICZNE

.....
.....

.....
.....

.....
.....

.....
.....

.....
.....

Data dyżuru	Ocena wyników opieki pielęgniarskiej	Wskazówki /uwagi

--	--	--

