

Praktyka zawodowa z Choroby wewnętrzne i pielęgniarstwo internistyczne
Studia stacjonarne

Autor programu: mgr Kinga Fecko – Gałowicz

Liczba godzin : 160 godz.;4 tygodnie

Czas realizacji; II rok ;semestr IV Miejsce zajęć:

Oddział chorób wewnętrznych

1. Cel praktyki:

Kształtowanie kompetencji zawodowych umożliwiających sprawowanie opieki nad pacjentem w oddziale wewnętrznym

2. Umiejętności - wyniku kształcenia student opanuje efekty kształcenia w dziedzinie umiejętności i kompetencji społecznych:

W DZIEDZINIE UMIEJĘTNOŚCI

Gromadzi informacje, formułuje diagnozę pielęgniarstwa, ustala cele i plan opieki pielęgniarstwa, wdraża interwencje pielęgniarstwa oraz dokonuje ewaluacji opieki pielęgniarstwa	D.U1
Prowadzi poradnictwo w zakresie samoopieki pacjentów w różnym wieku i stanie zdrowia dotyczące wad rozwojowych, chorób i uzależnień	D.U2
Prowadzi profilaktykę powikłań występujących w przebiegu chorób	D.U3
Dobiera technikę i sposoby pielęgnowania rany, w tym zakładania opatrunków	D.U6
Doraźnie podaje pacjentowi tlen i monitoruje jego stan podczas tlenoterapii	D.U9
Modyfikuje dawkę stałą insuliny szybko- i krótkodziałającej	D.U11
Przygotowuje pacjenta fizycznie i psychicznie do badań diagnostycznych	D.U12
Przygotowuje zapisy form recepturowych substancji leczniczych w ramach kontynuacji leczenia	D.U14
Dokumentuje sytuację zdrowotną pacjenta, dynamikę jej zmian oraz realizowaną opiekę pielęgniarstwa, z uwzględnieniem narzędzi informatycznych do gromadzenia danych	D.U15
Rozpoznaje powikłania leczenia farmakologicznego, dietetycznego, rehabilitacyjnego i leczniczo-pielęgnacyjnego	D.U18
Prowadzi rozmowę terapeutyczną	D.U20
Przekazuje informacje członkom zespołu terapeutycznego o stanie zdrowia pacjenta	D.U22
Asystuje lekarzowi w trakcie badań diagnostycznych	D.U23
Przygotowuje i podaje pacjentom leki różnymi drogami, samodzielnie lub na zlecenie lekarza	D.U26

W DZIEDZINIE KOMPETENCJI SPOŁECZNYCH

Kieruje się dobrem pacjenta, poszanowania godności i autonomii osób powierzonych opiece, okazuje zrozumienie dla różnic światopoglądowych i kulturowych oraz empatie w relacji z pacjentem i jego rodziną	K1
Przestrzega prawa pacjenta	K2
Samodzielnie i rzetelnie wykonuje zawód zgodnie z zasadami etyki, w tym przestrzega wartości i powinności moralnych w opiece nad pacjentem	K3
Ponosi odpowiedzialność za wykonywane czynności zawodowe	K4

Dostrzega i rozpoznaje własne ograniczenia w zakresie wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych oraz dokonuje samooceny deficytów i potrzeb edukacyjnych

K7

3. Treści programowe:

1. Założenia organizacyjne, cele praktyki, wykaz umiejętności, kryteria oceny. Organizacja oddziału.
2. Standardy i procedury pielęgniarskie stosowane w rozwiązywaniu problemów chorych.
3. Standardy i procedury pielęgniarskie dotyczące wybranych zabiegów w oddziale internistycznym.
4. Standard edukacji pacjenta z cukrzycą i jego rodziny - zasady samokontroli, zasady diety. Rola wysiłku fizycznego u pacjenta z cukrzycą. Powikłania wczesne i późne cukrzycy
5. Marskość wątroby - stan śpiączki wątrobowej.
6. Niewydolność nerek - mocznica przewlekła.
7. Niewydolność krążeniowo - oddechowa, napad astmatyczny, POChP.
8. Rola pielęgniarki w rehabilitacji chorych z chorobami internistycznymi.
9. Ustalenie diagnozy pielęgniarskiej, planowanie opieki, realizacja i ocena efektów działań pielęgniarskich w stosunku do pacjenta z uwzględnieniem edukacji.
10. Pielęgnowanie chorego w wybranych stanach chorobowych – metodą procesu pielęgnowania chorego z ostrą niewydolnością nerek
11. Pielęgnowanie chorego w wybranych stanach chorobowych – metodą procesu pielęgnowania – chorego z przewlekłą niewydolnością nerek
12. Pielęgnowanie chorego w wybranych stanach chorobowych – metodą procesu pielęgnowania- chorego z chorobą wrzodową żołądka, dwunastnicy
13. Pielęgnowanie chorego w wybranych stanach chorobowych – metodą procesu pielęgnowania - chorego marskością wątroby
14. Pielęgnowanie chorego w wybranych stanach chorobowych – metodą procesu pielęgnowania- chorego z chorobą krwi
15. Pielęgnowanie chorego w wybranych stanach chorobowych – metodą procesu pielęgnowania- chorego z nadczynnością tarczycy
16. Pielęgnowanie chorego w wybranych stanach chorobowych – metodą procesu pielęgnowania- chorego z \niedoczynnością tarczycy
17. Pielęgnowanie chorego w wybranych stanach chorobowych – metodą procesu pielęgnowania- chorego z RZS
18. Pielęgnowanie chorego w wybranych stanach chorobowych – metodą procesu pielęgnowania- chorego z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego
19. Metody terapii w oddziale wewnętrznym, współudział pielęgniarki, obserwacja w kierunku powikłań zastosowanej terapii.
20. Ocena realizacji założonych celów kształcenia. Samoocena studenta

4. Sposoby weryfikacji efektów kształcenia:

Sprawdzian praktyczny, ocena prowadzonej dokumentacji, samoocena studenta

Zaliczenie na ocenę: przez opiekuna dydaktycznego praktyk w porozumieniu z opiekunem praktyk/ pielęgniarką z ramienia zakładu pracy.

5. Warunki zaliczenia praktyki zawodowej:

- obowiązkowa 100%obecność na zajęciach
- przestrzeganie regulaminu praktyk zawodowych
- zaliczenie procesu pielęgnowania
- zaliczenie tematów dnia
- zaliczenie efektów kształcenia – wg dziennik

Koordynator przedmiotu:
mgr Kinga Fecko – Gałowicz
Specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego

AKADEMIA NAUK STOSOWANYCH
W NOWYM TARGU
Instytut Medyczny
Kierunek PIELĘGNIARSTWO

Imię i nazwisko studenta.....
 Rok studiów..... semestr studiów..... numer grupy.....
 Przedmiot: Choroby wewnętrzne i pielęgniarstwo internistyczne

1. KRYTERIA OCENY PROCESU PIELĘGNOWANIA

Imię i nazwisko Studenta

L.p.	Kryterium	Punktacja 0-3 pkt
1.	Analiza sytuacji zdrowotnej pacjenta	
2.	Formułowanie diagnozy pielęgniarstwa	
3.	Wyłonienie celów opieki	
4.	Planowanie interwencji pielęgniarstwa	
5.	Samodzielność i kreatywność w proponowaniu rozwiązań	
6.	Stosowanie poprawnej terminologii medycznej	
7.	Estetyczny zapis w dokumentacji pacjenta	
	SUMA PUNKTÓW	

*Przy uzyskaniu w danym kryterium 0 punktów student otrzymuje ocenę niedostateczną.

Ocena i punktacja:

Bardzo dobry (5,0) – 20-21 pkt
 Plus dobry (4,5) – 18-19 pkt
 Dobry (4,0) – 15-17 pkt
 Plus dostateczny (3,5) – 13-14 pkt
 Dostateczny (3,0) – 11-12 pkt
 Niedostateczny (2,0) – 10 pkt i poniżej

Ocena końcowa:.....

Podpis nauczyciela sprawdzającego.....

HISTORIA PIELEGNOWANIA

I. DANE PERSONALNE:

Nazwisko i imięwiek

Stan cywilnyzawód

Miejsce pracywykształcenie

Adres zamieszkania

Przyjęty dniaze skierowaniem, zgłosił się sam, karetką pogotowia
(właściwe podkreślić).

Wypisany zmarł

Rozpoznanie lekarza dyżurnego

.....

II. DOTYCHCZASOWA SITUACJA CHOREGO:

Przebyte choroby

Uczulenia

Nietolerancja pokarmowa

Nałogi

III. WARUNKI MIESZKANIOWE

.....

.....

IV. SYTUACJA RODZINNA:

Z kim chory mieszka

Osoba opiekująca się chorym

Adrestelefon

Wpływ sytuacji rodzinnej na stan zdrowia

.....

V.SYTUACJA ZAWODOWA:

Rodzaj wykonywanej pracy

Czy pacjent dostrzega związek między charakterem pracy a jednostką chorobową

.....

VI. DANE OKRESLAJĄCE STAN BIOLOGICZNY PACJENTA

Układ sercowo naczyniowy	Układ oddechowy
.....
.....
.....
Układ pokarmowy.....	Układ moczowo-płuciowy
.....
.....
.....
Układ kostno-stawowo-mięśniowy .	zmysły i skóra
.....
.....
.....
Układ nerwowy	Aktywność ruchowa
.....
.....
.....
Stan higieniczny
.....
.....
Inne

VII. STAN PSYCHICZNY:

Stosunek chorego do hospitalizacji

.....

.....

Stosunek do leczenia

.....

.....

VIII. LECZENIE FARMAKOLOGICZNE

.....

.....

.....

.....

.....

INDYWIDUALNA KARTA PIELEGNOWANIA

Diagnoza pielęgniarska	Cel Opieki	Plan opieki	Realizacja	Ocena

