**DZIENNIK**

**PRAKTYCZNA NAUKA ZAWODU I**

**WYDZIAŁ FARMACEUTYCZNY**

**UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI**

**COLLEGIUM MEDICUM**

**W KRAKOWIE**

**KIERUNEK ANALITYKA MEDYCZNA**

**imię i nazwisko**

**Rok akademicki 2025/2026**

…………………………………………………………………………………………………

(imię i nazwisko studenta)

…………………………………………………………………………………………

(numer albumu)

…………………………………………………………………………

(rok i kierunek studiów)

**Harmonogram zajęć**

**(Analityka ogólna - 15 godz.)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Miejsce odbywania zajęć**  **Jednostka przyjmująca**  **(nazwa, adres, numer telefonu kontaktowego)** | **Imię i nazwisko Opiekuna praktyki z ramienia jednostki** | **Zakres zajęć** | **Termin odbywania zajęć**  **(od-do)** | **Liczba godzin** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Łącznie:** | | | |  |

…………………………………………………………………

pieczęć imienna i podpis **Opiekuna zajęć z ramienia Uczelni**

……………………………..

(data)

|  |
| --- |
| **Szczegółowy opis czynności wykonywanych w danym dniu**  (opis wykonanych badań z uwzględnieniem metody, używanej aparatury,  informacji nt. interpretacji wyników (np. przykłady wartości patologicznych),  informacji nt. problemów występujących w trakcie pracy, np. dotyczących identyfikacji błędów (w tym przed i polaboratoryjnych), inne ważne uwagi) |
|  |

……………………………..

(data)

|  |
| --- |
| **Szczegółowy opis czynności wykonywanych w danym dniu**  (opis wykonanych badań z uwzględnieniem metody, używanej aparatury,  informacji nt. interpretacji wyników (np. przykłady wartości patologicznych),  informacji nt. problemów występujących w trakcie pracy, np. dotyczących identyfikacji błędów (w tym przed i polaboratoryjnych), inne ważne uwagi) |
|  |

……………………………..

(data)

|  |
| --- |
| **Szczegółowy opis czynności wykonywanych w danym dniu**  (opis wykonanych badań z uwzględnieniem metody, używanej aparatury,  informacji nt. interpretacji wyników (np. przykłady wartości patologicznych),  informacji nt. problemów występujących w trakcie pracy, np. dotyczących identyfikacji błędów (w tym przed i polaboratoryjnych), inne ważne uwagi) |
|  |

**OPINIA OPIEKUNA ZAJĘĆ Z RAMIENIA JEDNOSTKI PRZYJMUJĄCEJ**

Imię i nazwisko studenta…………………………………………………....

Rok studiów, kierunek studiów…………………………………………….

Okres odbywania zajęć ………………………………………………....

Zakres zajęć …………………………………..……………………......

Nazwa jednostki przyjmującej …………………………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ocena** | **Wiedza, umiejętności i kompetencje społeczne 1** | **Ocena opiekuna 2** |
| **5** | Posiada bardzo dużą wiedzę z dziedziny analityki ogólnej, wykonywał samodzielnie zlecone zadania, wykazywał duże zainteresowanie pracą, potrafił w pełni współpracować z pozostałymi członkami personelu, dbał o bezpieczeństwo własne i współpracowników. |  |
| **4** | Posiada dużą wiedzę z dziedziny analityki ogólnej, wykonywał mniej samodzielnie zlecone zadania, z niewielką pomocą opiekuna/ pracownika laboratorium, wykazywał zainteresowanie pracą, potrafił współpracować z pozostałymi członkami personelu, dbał o bezpieczeństwo własne i współpracowników. |  |
| **3** | Posiada zadowalającą wiedzę z dziedziny analityki ogólnej, wykonywał niesamodzielnie zlecone zadania, pod całkowitym nadzorem opiekuna/ pracownika laboratorium, wykazywał niewielkie zainteresowanie pracą, nie zawsze potrafił współpracować z pozostałymi członkami personelu, nie zawsze dbał o bezpieczeństwo własne i współpracowników. |  |
| **2** | Posiada niezadowalającą wiedzę z dziedziny analityki ogólnej, Odmawiał wykonywania zleconych zadań, nie był zainteresowany pracą, nie współpracował z pozostałymi członkami personelu, nie dbał o bezpieczeństwo własne i współpracowników. |  |

1 Załącznik do Dziennika

2 Proszę zaznaczyć krzyżykiem właściwą ocenę

……………………………. ………………….……………………………..

(miejscowość i data) podpis Opiekuna zajęć z ramienia

Jednostki przyjmującej

**Opisowa opinia Opiekuna zajęć z ramienia Jednostki przyjmującej o studencie**

**W przypadku oceny 2 proszę wypełnić,**

**a w przypadku ocen 3 – 5 wypełnienie nie jest obligatoryjne**

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

……………………………. ………...……………………………..

(miejscowość i data) podpis Opiekuna zajęć z ramienia

Jednostki przyjmującej

**OPINIA OPIEKUNA ZAJĘĆ Z RAMIENIA JEDNOSTKI PRZYJMUJĄCEJ**

Imię i nazwisko studenta…………………………………………………....

Rok studiów, kierunek studiów…………………………………………….

Okres odbywania zajęć ………………………………………………....

Zakres zajęć …………………………………..……………………......

Nazwa jednostki przyjmującej …………………………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ocena** | **Wiedza, umiejętności i kompetencje społeczne 1** | **Ocena opiekuna 2** |
| **5** | Posiada bardzo dużą wiedzę z dziedziny analityki ogólnej, wykonywał samodzielnie zlecone zadania, wykazywał duże zainteresowanie pracą, potrafił w pełni współpracować z pozostałymi członkami personelu, dbał o bezpieczeństwo własne i współpracowników. |  |
| **4** | Posiada dużą wiedzę z dziedziny analityki ogólnej, wykonywał mniej samodzielnie zlecone zadania, z niewielką pomocą opiekuna/ pracownika laboratorium, wykazywał zainteresowanie pracą, potrafił współpracować z pozostałymi członkami personelu, dbał o bezpieczeństwo własne i współpracowników. |  |
| **3** | Posiada zadowalającą wiedzę z dziedziny analityki ogólnej, wykonywał niesamodzielnie zlecone zadania, pod całkowitym nadzorem opiekuna/ pracownika laboratorium, wykazywał niewielkie zainteresowanie pracą, nie zawsze potrafił współpracować z pozostałymi członkami personelu, nie zawsze dbał o bezpieczeństwo własne i współpracowników. |  |
| **2** | Posiada niezadowalającą wiedzę z dziedziny analityki ogólnej, Odmawiał wykonywania zleconych zadań, nie był zainteresowany pracą, nie współpracował z pozostałymi członkami personelu, nie dbał o bezpieczeństwo własne i współpracowników. |  |

1 Załącznik do Dziennika

2 Proszę zaznaczyć krzyżykiem właściwą ocenę

……………………………. ………………….……………………………..

(miejscowość i data) podpis Opiekuna zajęć z ramienia

Jednostki przyjmującej

**Opisowa opinia Opiekuna zajęć z ramienia Jednostki przyjmującej o studencie**

**W przypadku oceny 2 proszę wypełnić,**

**a w przypadku ocen 3 – 5 wypełnienie nie jest obligatoryjne**

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

……………………………. ………...……………………………..

(miejscowość i data) podpis Opiekuna zajęć z ramienia

Jednostki przyjmującej

**OPINIA OPIEKUNA ZAJĘĆ Z RAMIENIA UCZELNI**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko studenta** |  |
| **Kierunek studiów** |  |
| **Rok studiów** |  |
| **Jednostka/ki przyjmujące**  **oraz**  **Imię i nazwisko Opiekuna zajęć**  **z ramienia Jednostki przyjmującej** |  |
| **Okres odbywania zajęć** |  |
| **Zaliczenie zajęć** |  |

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

data, podpis Opiekuna zajęć z ramienia Uczelni

**Załącznik 1 do Dziennika Praktycznej Nauki Zawodu I**

**Nazwa modułu**

**Praktyczna Nauka Zawodu I** (z zakresu analityki ogólnej)

**Efekty kształcenia dla modułu**

W zakresie **umiejętności**. Student potrafi:

* oceniać przydatność materiału biologicznego do badań, przechowywać go i przygotowywać do analizy, kierując się zasadami Dobrej Praktyki Laboratoryjnej F.U4
* dobierać metodę analityczną odpowiednią do celu analizy, mając na uwadze sposób kalibracji, obliczania wyników, wymaganą dokładność wykonania oznaczenia i analizę statystyczną, z uwzględnieniem wiarygodności analitycznej wyników i ich przydatności diagnostycznej F.U5
* posługiwać się prostym i zaawansowanym technicznie sprzętem i aparaturą medyczną, stosując się do zasad ich użytkowania i konserwacji F.U6
* prowadzić i dokumentować wewnątrzlaboratoryjną i zewnątrzlaboratoryjną kontrolę jakości badań laboratoryjnych F.U8
* uzyskiwać wiarygodne wyniki jakościowych i ilościowych badań płynów ustrojowych, wydalin i wydzielin, w tym płynu mózgowo-rdzeniowego i stawowego, płynów z jam ciała, treści żołądkowej i dwunastniczej oraz wymazów, popłuczyn i zeskrobin F.U10

W zakresie **kompetencji społecznych**. Student jest gotów do:

* pracy w zespole, przyjmując w nim różne role, ustalając priorytety, dbając o bezpieczeństwo własne, współpracowników i otoczenia O.K2
* wdrażania zasad koleżeństwa zawodowego i współpracy w zespole specjalistów, w tym z przedstawicielami innych zawodów medycznych, także w środowisku wielokulturowym i wielonarodowościowym O.K3

egzemplarz dla Dziekanatu

...................................................................................

(pieczęć Wydziału)

**POŚWIADCZENIE ODBYCIA** **PRAKTYKI ZAWODOWEJ**

**W MEDYCZNYM LABORATORIUM DIAGNOSTYCZNYM**

Pan(i) ..........................................................................................................................................................................

(imię i nazwisko praktykanta)

urodzony(a) dnia............................................................. w ........................................................................................

(dzień, miesiąc, rok) (miejsce urodzenia)

ukończył(a) Praktyczną Naukę Zawodu w medycznym laboratorium diagnostycznym z zakresu:

1. …………………………………………………………………………………………………………………...

(zakres praktyk)

* 1. ………………………………………………………………………………………………………………..

(nazwa jednostki)

* 1. ………………………………………………………………………………………………………………..

(daty odbywania praktyk oraz ilość godzin)

* 1. ………………………………………………………………………………………………………………..

(Data, podpis oraz pieczęć Opiekuna praktyki z ramienia Jednostki przyjmującej)

1. …………………………………………………………………………………………………………………...

(zakres praktyk)

* 1. ………………………………………………………………………………………………………………..

(nazwa jednostki)

* 1. ………………………………………………………………………………………………………………..

(daty odbywania praktyk oraz ilość godzin)

* 1. ………………………………………………………………………………………………………………..

(Data, podpis oraz pieczęć Opiekuna praktyki z ramienia Jednostki przyjmującej)

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

(data i podpis opiekuna praktyki z ramienia Uczelni)