(pieczęć nagłówkowa jednostki)

ARKUSZ WYBORU I OCENY JEDNOSTKI DLA POTRZEB KSZTAŁCENIA PRAKTYCZNEGO NA KIERUNKU RATOWNICTWO MEDYCZNE

PRZEDMIOT/ZAKRES PRAKTYKI: …………………………………………………… ROK STUDIÓW: ………………………………………………………………………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Pytanie** | **Odpowiedź** |
| **1.** | **Doświadczenie jednostki w zakresie odbywania zajęć praktycznych i /lub praktyk ze studentami:** | bardzo duże doświadczenie – obecnie w jednostce realizowane są różne formy kształcenia w obszarze nauk medycznych | 2 |
| jednostka przynajmniej raz kształciła studentów | 1 |
| jednostka nie kształciła studentów | 0 |
| **2.** | **Przeciętny staż pracy w zawodzie:** | powyżej 6 lat | 2 |
| 3 - 6 lat | 1 |
| poniżej 3 lat | 0 |
| **3.** | **Wyposażenie jednostki w nowoczesny sprzęt umożliwiający zdobywanie praktycznej wiedzy i umiejętności:** | większość nowoczesnego sprzętu | 2 |
| w znacznej części nowoczesny sprzęt | 1 |
| brak nowoczesnego sprzętu | 0 |
| **4.** | **Wykształcenie personelu:** | wyłącznie średnie wykształcenie | 0 |
| mniej niż 50% posiada wyższe wykształcenie | 1 |
| więcej niż 50% posiada wyższe wykształcenie | 2 |
| **5.** | **Liczba zatrudnionego w jednostce personelu:** | jest wystarczająca | 2 |
| występują niewielkie braki | 1 |
| jest niewystarczająca | 0 |
| **6.** | **Realizacja świadczeń, których zakres i charakter umożliwiają realizację celów kształcenia:** | realizowane świadczenia pozwalają w pełni zrealizować cele kształcenia | 2 |
| realizowane świadczenia pozwalają w znacznej części zrealizować cele kształcenia | 1 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | realizowane świadczenia pozwalają w podstawowym zakresie zrealizować cele kształcenia | 0 |
| **7.** | **Prowadzenie działalności naukowo- badawczej lub współpraca z innymi podmiotami w realizacji działalności naukowej:** | prowadzenie aktualnie badania/badań klinicznych/naukowych | 2 |
| prowadzenie w przeszłości badania/badań klinicznych/naukowych | 1 |
| nieprowadzenie aktualnie badania/badań klinicznych/naukowych | 0 |
| **8.** | **Wdrażanie programów zapewnienia jakości:** | posiadana akredytacja | 2 |
| przygotowania do akredytacji | 1 |
| jednostka posiada inne certyfikaty potwierdzające jakość usług | 0 |
| **9.** | **Czy w jednostce odbywają się wewnętrzne specjalistyczne szkolenia, wykłady lub prelekcje, z których mógłby skorzystać student?** | tak | 2 |
| rzadko | 1 |
| nie | 0 |
| **10.** | **Pomieszczenia dydaktyczne do realizacji zajęć:** | łatwo dostępne dla studentów | 2 |
| małe w stosunku do potrzeb kształcenia | 1 |
| brak lub są wygospodarowane tymczasowo | 0 |
| **11.** | **Czy jednostka dysponuje szatnią dla studentów zabezpieczającą mienie i umożliwiającą przygotowanie się do zajęć?** | tak | 2 |
| możliwość zaadoptowania do tego celu innego pomieszczenia | 1 |
| nie | 0 |
| **12.** | **Czy jednostka udostępnia studentom pomieszczenie do spożycia posiłku?** | tak, stołówkę | 2 |
| inne, wyodrębnione pomieszczenia | 1 |
| brak pomieszczenia do spożycia posiłku | 0 |

**Uzasadnienie:**

* Liczba punktów od **20 do 24** określa jednostkę **bardzo dobrze dla potrzeb kształcenia studentów.**
* Liczba punktów od **15 do 19** określa jednostkę jako **możliwą do zaakceptowania dla potrzeb kształcenia studentów po wprowadzeniu zmian i poprawy warunków kształcenia.**
* Liczba punktów **14 i poniżej dyskwalifikuje jednostkę jako miejsce odbywania praktyk**

KSZTAŁCENIE PRAKTYCZNE NA KIERUNKU RATOWNICTWO MEDYCZNE

OCENA JEDNOSTKI

**Kierunek studiów:** RATOWNICTWO MEDYCZNE stacjonarne / niestacjonarne

Rok studiów………

Nazwa jednostki ( w tym oddział – jeżeli dotyczy)

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

……………………………...…………………………………………………………………… Kształcenie praktyczne w zakresie

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

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

Opiniowana jednostka otrzymała.**.……….**.punktów, w związku z powyższym spełnia / nie spełnia\* kryteria wymagane przez Uczelnię Medyczną im. M. Skłodowskiej-Curie.

….………. …………………………………………

Data Podpis osoby dokonującej oceny

\*niepotrzebne skreślić