Załącznik nr 2

do Procedury nr 5 (PJK\_ 5 WNMiNoZ)

**ARKUSZ HOSPITACJI MIEJSCA I SPOSOBU REALIZACJI ĆWICZEŃ KLINICZNYCH**

**na Wydziale Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu**

**w Uniwersytecie Radomskim im. Kazimierza Pułaskiego**

1. **Dane ogólne**

|  |  |
| --- | --- |
| Data | Łączny czas trwania zajęć |
|  |  |
| Opiekun ćwiczeń klinicznych z ramienia jednostki, w której organizowane są ćwiczenia kliniczne |  |
| Kierunek studiów Forma prowadzenia studiówRok studiów |  |
|  |
|  |
| Przedmiot |  |
| Adres i miejsce placówki odbywania ćwiczeń klinicznych |  |

1. **Ocena merytoryczna zajęć (zaznaczyć wybraną ocenę, przyjmując 5 jako najwyższą)**

**(wypełnia osoba hospitująca)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.**  | **Oceniany obszar** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1 | W jakim stopniu czynności realizowane podczas ćwiczeń klinicznych dostosowane są do możliwości i potrzeb studentów? |  |  |  |  |  |
| 2 | W jakim stopniu jednostka prowadząca zajęcia ma dostęp do programów, planów nauczania oraz posiadanych przez uczelnię materiałów dydaktycznych i pomocniczych? |  |  |  |  |  |
| 3 | W jakim stopniu ćwiczenia kliniczne umożliwiają osiągnięcie założonych efektów uczenia się przewidzianych w programie kształcenia? |  |  |  |  |  |
| 4 | W jakim stopniu ćwiczenia kliniczne umożliwia doskonalenie umiejętności zawodowych? |  |  |  |  |  |
| 5 | W jakim stopniu prowadzone zajęcia umożliwiły bezpośrednie wykonywanie określonych czynności praktycznych przez studentów? |  |  |  |  |  |
| 6 | Ocena organizacji pracy podczas ćwiczeń klinicznych. |  |  |  |  |  |

1. **Uwagi dodatkowe hospitującego** …………………………………………………………………………………………………………………

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

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

1. **Uwagi osoby prowadzącej ćwiczenia kliniczne**

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

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

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

1. **Podpis** **osoby hospitującej:** …………………………………………………………………………………….

**Data**: …………………………………..

**Oświadczam, że zapoznałam/łem się z treścią przedstawionego Arkusza hospitacji**

**Data i podpis osoby prowadzącej ćwiczenia kliniczne:** …………………………………………………