(str. 1)

# KARTA STAŻU ADAPTACYJNEGO PIELĘGNIARKI/PIELĘGNIARZA\*

Imię i nazwisko ............................................................................................................................................

Data urodzenia …….....................................................................................................................................

(dzień, miesiąc, rok)

Dyplom pielęgniarki/pielęgniarza\* nr ........................................................................................................

Data i miejsce wydania ................................................................................................................................

(dzień, miesiąc, rok, miejscowość)

Wydany przez ..............................................................................................................................................

(nazwa i adres szkoły)

Numer zaświadczenia o ograniczonym prawie wykonywania zawodu .......................................................

wydanego przez ............................................................................................................................................

(nazwa i siedziba właściwej okręgowej izby pielęgniarek i położnych)

Data i miejsce wydania ................................................................................................................................

(dzień, miesiąc, rok, miejscowość)

Nazwa i adres podmiotu leczniczego, w którym pielęgniarka/pielęgniarz\* odbywa staż adaptacyjny

.................................................................................................................................................... Okres zatrudnienia od ……………............................... do ............................................................

(dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)

Data wydania karty stażu adaptacyjnego pielęgniarki/pielęgniarza\*..................................................

Podpis koordynatora stażu adaptacyjnego:

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

Podpis kierownika podmiotu leczniczego:

………………………………….

\* Niepotrzebne skreślić.

(str. 2)

# STAŻ CZĄSTKOWY NA ODDZIALE WEWNĘTRZNYM

Nazwa podmiotu leczniczego ....................................................................................................

Nazwa komórki organizacyjnej .................................................................................................

Termin stażu cząstkowego od ............................................... do ..............................................

(dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)

Imię i nazwisko opiekuna stażu adaptacyjnego …………...........................................................

Ocena umiejętności zawodowych .............................................................................................

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

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

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

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

Zaliczenie stażu cząstkowego:

Podpis opiekuna stażu adaptacyjnego: Data i miejsce zaliczenia stażu cząstkowego:

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

(dzień, miesiąc, rok)

Podpis koordynatora stażu adaptacyjnego:

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

(str. 3)

# STAŻ CZĄSTKOWY NA ODDZIALE PEDIATRYCZNYM

Nazwa podmiotu leczniczego ....................................................................................................

Nazwa komórki organizacyjnej .................................................................................................

Termin stażu cząstkowego od ............................................... do ..............................................

(dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)

Imię i nazwisko opiekuna stażu adaptacyjnego …………...........................................................

Ocena umiejętności zawodowych .............................................................................................

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

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

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

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

Zaliczenie stażu cząstkowego:

Podpis opiekuna stażu adaptacyjnego: Data i miejsce zaliczenia stażu cząstkowego:

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

(dzień, miesiąc, rok)

Podpis koordynatora stażu adaptacyjnego:

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

(str. 4)

# STAŻ CZĄSTKOWY NA ODDZIALE CHIRURGICZNYM

Nazwa podmiotu leczniczego ....................................................................................................

Nazwa komórki organizacyjnej .................................................................................................

Termin stażu cząstkowego od ............................................... do ..............................................

(dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)

Imię i nazwisko opiekuna stażu adaptacyjnego …………...........................................................

Ocena umiejętności zawodowych .............................................................................................

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

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

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

……………………………………………………………………………........................................ Zaliczenie stażu cząstkowego:

Podpis opiekuna stażu adaptacyjnego: Data i miejsce zaliczenia stażu cząstkowego:

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

(dzień, miesiąc, rok)

Podpis koordynatora stażu adaptacyjnego:

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

(str. 5)

# STAŻ CZĄSTKOWY NA ODDZIALE POŁOŻNICZO-NOWORODKOWYM

Nazwa podmiotu leczniczego ....................................................................................................

Nazwa komórki organizacyjnej .................................................................................................

Termin stażu cząstkowego od ............................................... do ..............................................

(dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)

Imię i nazwisko opiekuna stażu adaptacyjnego …………...........................................................

Ocena umiejętności zawodowych .............................................................................................

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

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

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

……………………………………………………………………………........................................ Zaliczenie stażu cząstkowego:

Podpis opiekuna stażu adaptacyjnego: Data i miejsce zaliczenia stażu cząstkowego:

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

(dzień, miesiąc, rok)

Podpis koordynatora stażu adaptacyjnego:

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

(str. 6)

# STAŻ CZĄSTKOWY NA ODDZIALE INTENSYWNEJ TERAPII

Nazwa podmiotu leczniczego ....................................................................................................

Nazwa komórki organizacyjnej .................................................................................................

Termin stażu cząstkowego od ............................................... do ..............................................

(dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)

Imię i nazwisko opiekuna stażu adaptacyjnego …………...........................................................

Ocena umiejętności zawodowych .............................................................................................

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

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

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

……………………………………………………………………………........................................ Zaliczenie stażu cząstkowego:

Podpis opiekuna stażu adaptacyjnego: Data i miejsce zaliczenia stażu cząstkowego:

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

(dzień, miesiąc, rok)

Podpis koordynatora stażu adaptacyjnego:

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

(str. 7)

# STAŻ CZĄSTKOWY W PODMIOCIE LECZNICZYM WYKONUJĄCYM ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Nazwa podmiotu leczniczego ....................................................................................................

Nazwa komórki organizacyjnej .................................................................................................

Termin stażu cząstkowego od ............................................... do ..............................................

(dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)

Imię i nazwisko opiekuna stażu adaptacyjnego …………...........................................................

Ocena umiejętności zawodowych .............................................................................................

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

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

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

……………………………………………………………………………........................................ Zaliczenie stażu cząstkowego:

Podpis opiekuna stażu adaptacyjnego: Data i miejsce zaliczenia stażu cząstkowego:

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

(dzień, miesiąc, rok)

Podpis koordynatora stażu adaptacyjnego:

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

(str. 8)

# STAŻ CZĄSTKOWY W PODMIOCIE LECZNICZYM WYKONUJĄCYM ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE Z ZAKRESU OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ LUB PALIATYWNEJ

Nazwa podmiotu leczniczego ....................................................................................................

Nazwa komórki organizacyjnej .................................................................................................

Termin stażu cząstkowego od ............................................... do ..............................................

(dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)

Imię i nazwisko opiekuna stażu adaptacyjnego …………...........................................................

Ocena umiejętności zawodowych .............................................................................................

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

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

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

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

Zaliczenie stażu cząstkowego:

Podpis opiekuna stażu adaptacyjnego: Data i miejsce zaliczenia stażu cząstkowego:

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

(dzień, miesiąc, rok)

Podpis koordynatora stażu adaptacyjnego:

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

(str. 9)

Uwagi o przebiegu stażu cząstkowego Opinia zawodowa pielęgniarki

(wypełnia koordynator stażu adaptacyjnego)