*Załącznik nr 1 do Procedury WSZJK-CMN/03 wersja 01*

# **ARKUSZ HOSPITACJI ZAJĘĆ REALIZOWANYCH W PODMIOTACH LECZNICZYCH**

**WYDZIAŁ NAUK O ZDROWIU COLLEGIUM MEDICUM UNIWERSYTET JANA KOCHANOWSKIEGO W KIELCACH**

Zajęcia hospitowane: …………………………………………………………………………………………….……….....…..

*(nazwa zajęć)*

Osoba prowadząca zajęcia: ………………………………………………………….………………………………….....….

*(imię i nazwisko)*

Osoba/komisja hospitująca: ……………………………………………………………………………………….…….…….

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

*(imię i nazwisko)*

Data: ………………………………………………

Kierunek: ……………………………………………………………………………………………………..…………………………

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

Rok studiów\*: I/ II/ III/ IV/ V/ VI

Poziom studiów\*: studia I stopnia/II stopnia/jednolite magisterskie/studia podyplomowe

Tematyka zajęć: ……………………………………………………………………….…………………….……………………… ……………………………………………………………………………………………...……………………….…………………………….…………..……………………………………………………………………………………….…………...………………………Rodzaj zajęć\*: zajęcia praktyczne, ……………………………………………………………………………………………….…………………………………………...…

Terminowość zajęć. Zajęcia rozpoczęły się o godzinie…….…, a zakończyły się o godzinie….……, tj. zgodnie/niezgodnie\* z rozkładem zajęć.

Liczba osób w grupie: ……………… Liczba osób obecnych na zajęciach: ………………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Zakres oceny*** | ***TAK*** | ***NIE*** | ***NIE DOTYCZY*** |
|  | Zgodność tematu zajęć z programem określonym w karcie przedmiotu |  |  |  |
|  | Umożliwienie udziału w procedurach medycznych |  |  |  |
|  | Powiązanie teorii z praktyką |  |  |  |
|  | Zapewnienie kontaktu z pacjentem |  |  |  |
|  | Komunikacja w zespole podczas zajęć |  |  |  |
|  | Aktywny udział studentów w zajęciach |  |  |  |
|  | Adekwatność doboru metod nauczania, form pracy do realizacji zakładanych efektów uczenia się |  |  |  |
|  | Właściwa organizacja przebiegu zajęć |  |  |  |
|  | Adekwatność doboru metod oceny założonych efektów uczenia się |  |  |  |

Ogólna ocena zajęć i zalecenia osoby/komisji hospitującej: …………………………………………………………………………………………..……………..………………………………………

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

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

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

Inne uwagi (np. szczególnie pozytywne aspekty hospitowanych zajęć, spostrzeżenia i uwagi krytyczne)

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

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

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

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

Ocena końcowa hospitowanych zajęć\* (pozytywna, negatywna)

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

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

Zapoznałam(łem) się z treścią arkusza hospitowanych zajęć i zgadzam się/nie zgadzam się\* z jego treścią.

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

*(w przypadku, gdy osoba hospitowana nie zgadza się z wynikiem hospitacji może złożyć wniosek do dziekana /a w przypadku jednostek międzywydziałowych do prorektora ds. kształcenia/ o dodatkową hospitację)*

Uwagi, w tym osoby prowadzącej hospitowane zajęcia, co do sposobu przeprowadzenia hospitacji i co do oceny zajęć: …………………………………………………………………………………………..……………..………………………………………

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

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

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

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

………………………………….…………. ………………………….……………………………..….  
***Podpis osoby / komisji hospitującej Podpis osoby prowadzącej hospitowane zajęcia***

Zatwierdzam: ………………………………………………………………….

***Dziekan / Prorektor ds. kształcenia******[[1]](#footnote-1)***

1. W przypadku jednostek międzywydziałowych zatwierdza prorektor ds. kształcenia [↑](#footnote-ref-1)