



WYPEŁNIANIE I PRZEDKŁADANIE HARMONOGRAMÓW

BEATA SZLENDAK – Kierownik

MAGDALENA CHACHURSKA – Starszy specjalista

MARIA OKOŃ - Starszy specjalista

BIURO ANALIZ I KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO

WARSZTATY, WARSZAWA, LISTOPAD – GRUDZIEŃ 2015

PODSTAWA PRAWNA

Organizator zgodnie z zapisami

art. 80 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki
i położnej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1251)

przekazuje do Centrum harmonogram kształcenia podyplomowego,
na **co najmniej 7 dni przed rozpoczęciem tego kształcenia.**

PRZESYŁANIE HARMONOGRAMU

Harmonogram należy przesyłać do Centrum wyłącznie w wersji elektronicznej na adres:

harmonogramy@ckppip.edu.pl

Do poprawnego wypełnienia dokumentu PDF należy użyć oprogramowania Adobe Reader w wersji 11 lub DC. Oprogramowanie można pobrać ze strony:

<http://get.adobe.com/pl/reader/enterprise/>

Prosimy korzystać z **aktualnych** formularzy i **nie dokonywać w nich modyfikacji.**

PRZESYŁANIE HARMONOGRAMU

Jeżeli przygotowany formularz nie umożliwia zamieszczenia wszystkich zapisów harmonogramu, należy wypełnić **kolejny formularz**.

Każdy przesyłany plik należy zatytułować w sposób umożliwiający szybką identyfikację np.:

- 1. specjalizacja piel. chirurgiczne Tarnów cz.1**
- 2. specjalizacja piel. chirurgiczne Tarnów cz. 2**

PRZESYŁAMY HARMONOGRAMY NA AKTUALNYM FORMULARZU



INFORMACJE O ROZPOCZĘTYM KURSIE SPECJALISTYCZNYM

Nazwa kursu		Kontynuacja leczenia i wystawianie recept			
System Habilitacja (stacjonarny / niestacjonarny)	Data postępowania kwalifikacyjnego	Data rozpoczęcia kursu specjalistycznego (dzień, miesiąc, rok)	Liczba uczestników w tym:		Planowany termin zakończenia kursu specjalistycznego (dzień, miesiąc, rok)
niestacjonarny	21.09.2016	30.09.2016	riad	rol	18.10.2016
			23	0	

**Miejscowość
realizacji
zajęć
teoretycznych**

Warszawa

Formularz obowiązywał w 2015 r.

**(Nastąpiła zmiana kursu-obecnie Ordynowanie leków i wypisywanie recept - część II,
Nie było rubryki –Miejscowość realizacji zajęć teoretycznych)**

WYPEŁNIANIE HARMONOGRAMU

Harmonogram należy wypełnić uwzględniając cały proces kształcenia.

Wszystkie **zmiany** wprowadzone w realizowanym kształceniu należy zgłosić do Centrum za pomocą poczty elektronicznej.

W celu szybkiej identyfikacji kursu/szkolenia oraz dokonanych zmian, prosimy w treści emaila określić że:

- 1.jest to aktualizacja
- 2.zmiany dotyczą: np.: liczby uczestników, kadry, dat.

Przykład:

Przesyłam aktualizację kursu RKO rozpoczętego 04.11.2016r. w Wieliszewie. Zmiana dotyczy wykładowcy modułu I oraz zmniejszenia liczby uczestników – z 35 do 33.

PRZESYŁANIE HARMONOGRAMU- IDENTYFIKACJA

W treści e-maila należy określić jaki harmonogram jest przesyłany (nowy lub aktualizacja/korekta) oraz dokonać identyfikacji Organizatora kształcenia w tym osoby, która przesyła harmonogram

***Przesyłam nowy kurs Wykonanie badania spirometrycznego,
którego rozpoczęcie zostało zaplanowane na dzień 30.11.2016r.***

***Jan Kowalski
Dobra Medycyna - Ośrodek szkoleniowy dla pielęgniarek i położnych
Warszawa, ul. Dzielna 15
tel. 504 236 598; 22 524 46 12***

WYPEŁNIANIE HARMONOGRAMU

HARMONOGRAM KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO

szkolenie specjalizacyjne

PEŁNA NAZWA ORGANIZATORA KSZTAŁCENIA

**nazwa Organizatora, zgodna z KRS, CEIDG –
nie wpisujemy filii**

ADRES

miejsowość:

kod pocztowy:

ulica:

nr:

tel/fax:

e-mail:

NIP

prawidłowy numer NIP

Numer wpisu do KRS/ewidencji działalności gospodarczej

FORMA ORGANIZACYJNO-PRAWNA (zgodnie z art. 75 ust. 1 i 2 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej:

Numer wpisu do rejestru
dla zajęć teoretycznych:

prowadzonego przez
OIP/P/NIPP

numer lub nie dotyczy

WYPEŁNIANIE HARMONOGRAMU

INFORMACJE O ROZPOCZĘTYM SZKOLENIU SPECJALIZACYJNYM

Dziedzina	Pielęgniarstwo pediatryczne						
System kształcenia (stacjonarny/ niestacjonarny)	Numer i data umowy (dotyczy specjalizacji dofinansowana przez MZ) ¹	Miejscowość realizacji zajęć teoretycznych	Data postępowania kwalifikacyjnego (dzień, miesiąc, rok)	Data rozpoczęcia specjalizacji (dzień, miesiąc, rok)	Liczba uczestników , w tym:		Planowany termin zakończenia specjalizacji (dzień, miesiąc, rok)
					Piel.	Poł.	
				28.11.2016			

spójny
z wpisem do rejestru

nazwa
miejscowości

planowany
termin

WYPEŁNIANIE HARMONOGRAMU CZAS TRWANIA SZKOLENIA/KURSU

Czas trwania kształcenia powinien być zgodny z zapisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2016r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz.U. 2016 poz. 1761).

1. Czas trwania **specjalizacji** obejmuje okres niezbędny do zrealizowania programu specjalizacji, nie krótszy niż **15** miesięcy i nie dłuższy niż **20** miesięcy
2. Czas trwania **kursu kwalifikacyjnego** obejmuje okres niezbędny do zrealizowania programu tego kursu, nie dłuższy niż **6** miesięcy
3. Czas trwania **kursu specjalistycznego** obejmuje okres niezbędny do zrealizowania programu tego kursu, nie dłuższy niż **3** miesiące

INFORMACJE O MIEJSCU REALIZACJI SZKOLENIA/KURSU

INFORMACJE O MIEJSCU REALIZACJI SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO

Zajęcia	Miejsce realizacji	OIPIP na terenie, której realizowana jest specjalizacja	Województwo na terenie którego realizowana jest specjalizacja
teoretyczne(nazwa i adres)			
praktyczne (należy podać pełne nazwy i adresy placówek, w których będą odbywały się zajęcia stażowe)			

Miejsca realizacji zajęć teoretycznych i praktycznych powinny być spójne z wpisem do rejestrów podmiotów prowadzonych przez Okręgowe Rady Pielęgniarek i Położnych (lub Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych) właściwe dla miejsca prowadzenia kształcenia teoretycznego i praktycznego

INFORMACJE NA TEMAT KIEROWNIKA SZKOLENIA/KURSU

nowy wzór zawiera rubrykę dotyczącą aktualnego zatrudnienia

Miejsce aktualnego zatrudnienia	Staż pracy w dziedzinie będącej przedmiotem kształcenia

INFORMACJE O KWALIFIKACJACH KIEROWNIKA SPECJALIZACJI

Imię i nazwisko	Staż pracy		Posiadane kwalifikacje ²
	Ogółem	w dziedzinie będącej przedmiotem kształcenia	
			zapisy ograniczające się do kwalifikacji przewidzianych w rozporządzeniu

Kierownik szkolenia/kursu powinien posiadać **aktualne zatrudnienie** w dziedzinie będącej przedmiotem kształcenia, co wynika z § 6 ust. 2 oraz § 25 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2016r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz.U. 2016 poz. 1761).

REALIZACJA ZAJĘĆ TEORETYCZNYCH

Realizowany moduł /jednostka modułowa ³	Liczba godzin	Staż pracy w dziedzinie będącej przedmiotem kształcenia	Kwalifikacje wymagane programem kształcenia ⁴
Moduł I, cz. 1	24+6 sam	16.0	dr n. med., mgr pielęgniarstwa, specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego +
Moduł I, cz. 2	16+4 sam	5.0	mgr psychologii
Moduł I, cz. 3	12+3 sam	20.0	zapisy ograniczające się do kwalifikacji przewidzianych w programie
Moduł I, cz. 4	20+5 sam	12.0	
Moduł I, cz. 5	16+4 sam	16.0	
Moduł II j.m. 1-4	5+1sam	32.0	
Moduł II j.m. 5-20	15+5sam	27.0	mgr pielęgniarstwa, specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa anesteziologicznego i intensywnej opieki +
Moduł II j.m. 21-26 +	4	10.0	mgr pielęgniarstwa, specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa anesteziologicznego i intensywnej opieki +

wpisujemy numer modułu, części, jednostki modułowej



Uwzględnione samokształcenie

REALIZACJA ZAJĘĆ STAŻOWYCH

INFORMACJE O KWALIFIKACJACH OPIEKUNÓW STAŻU

Imię i Nazwisko	Nazwa i adres placówki stażowej	Miejsce odbywania zajęć stażowych (oddział/porodnia innej)	Data realizacji od-do	Liczba godzin szkolenia praktycznego	Opiekun szkolenia praktycznego		
					Kwalifikacje wymagane programem kształcenia ⁵	Miejsce zatrudnienia	Staż pracy w dziedzinie będącej przedmiotem kształcenia
	Szpital Specjalistyczny w	Oddział kardiologii dorosłych	02.01.2017-31.01.2017	35	mgr pielęgniarstwa, specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa	Oddział kardiologii dorosłych	15,0
	Szpital Kliniczny z Polikliniką	Oddział intensywnej opieki kardiologicznej	01.02.2017 - 28.02.2017	35	specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa kardiologicznego	Oddział intensywnej opieki	20,0
	Centrum Pulmonologii	Oddział pulmonologii	01.03.2017-31.03.2017	21	mgr pielęgniarstwa	Oddział pulmonologii	19,0

Rzeczywiste nazwy placówek stażowych

pierwszy dzień stażu nie może być dniem rozpoczęcia kształcenia

zapisy ograniczające się do kwalifikacji przewidzianych w programie

REALIZACJA ZAJĘĆ STAŻOWYCH

W sytuacji gdy np. opiekun stażu realizuje zajęcia dla **5 grup x 30** godzin w danej placówce to:

1. w liczbie godzin szkolenia praktycznego należy wskazać tylko **30 godzin** dla tej placówki zgodnie z programem kształcenia
2. nie należy sumować łącznej liczby godzin stażu dla opiekuna
3. dotyczy to również zajęć teoretycznych realizowanych w ramach ćwiczeń

INFORMACJE O WEWNĘTRZNYM SYSTEMIE OCENY JAKOŚCI KSZTAŁCENIA

INFORMACJE O WEWNĘTRZNYM SYSTEMIE OCENY JAKOŚCI KSZTAŁCENIA	
Działania prowadzone w ramach wewnętrznego systemu oceny jakości	Powołanie zespołu ds. jakości
Stosowane narzędzia oceny jakości kształcenia	Kwestionariusz ankiety
Stosowane metody oceny jakości kształcenia	Sondaż diagnostyczny

ŚRODKI DYDAKTYCZNE ORAZ ZAKOŃCZENIE FORMULARZA

Zaznacz odpowiednie pole

ŚRODKI DYDAKTYCZNE WYMAGANE W PROGRAMIE KSZTAŁCENIA ⁶ :	
TAK	NIE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Organizator powinien zapewnić środki dydaktyczne, o których mowa w programie poszczególnych modułów

Miejscowość i data	dd.mm.rrrr	Imię i nazwisko osoby sporządzającej
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nie zapominamy o miejscowości, dacie i podpisie

DZIĘKUJĘ ZA UWAGĘ

