**Załącznik nr1**

**SCENARIUSZ SYMULACJI MEDYCZNEJ**

**NISKIEJ WIERNOŚCI**

**kształcenie praktyczne z wykorzystaniem symulacji medycznej na kierunku Pielęgniarstwo, realizowane przez Państwową Uczelnię Stanisława Staszica w Pile we współpracy ze Szpitalem Specjalistycznym im. Stanisława Staszica w Pile**

**SCENARIUSZ SYMULACJI NR……… DO REALIZACJI** *\*zaznaczyć odpowiedni* ***X***

1. Wykaz sal edukacyjnych CSM

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Centrum Symulacji Medycznych (CSM)**  **ul. Podchorążych 10, 64-920 Piła / Budynek „A”** | | |
| **Nr Pom.** | **Nazwa pomieszczenia/ stanowisko symulacji** | **Zaznaczyć** |
| **Sala nr 205** | Sala symulacji z zakresu ALS |  |
| **Sala nr 206** | Pomieszczenie kontrolne do pracowni symulacji wysokiej wierności z możliwością obserwacji |  |
| **Sala nr 207** | Sala opieki pielęgniarskiej wysokiej wierności |  |
| **Sala nr 208** | Sala egzaminacyjna OSCE/ Sala ćwiczeń do debriefingu |  |
| **Sala nr 210** | Sala symulacji z zakresu BLS |  |
| **Sala nr 211** | Sala umiejętności technicznych |  |
| **Sala nr 212** | Sala umiejętności pielęgniarskich |  |

1. Podstawowe dane

|  |  |
| --- | --- |
| **Jednostka prowadząca  kierunek studiów** | ***Państwowa Uczelnia Stanisława Staszica w Pile***  ***Katedra Pielęgniarstwa*** |
| **Kierunek studiów** | ***PIELĘGNIARSTWO*** |
| **Poziom studiów** | *I stopnia (lic.)* |
| **Forma studiów** | *Studia stacjonarne* |
| **Rok studiów** |  |
| **Semestr studiów** |  |
| **Nazwa przedmiotu** |  |
| **Treści kształcenia** |  |
| **Grupa docelowa** |  |
| **Literatura/materiały** |  |
| Umiejętności podstawowe: | **Student posiada wiedzę dotyczącą:**  **1.**  **2.**  **Student posiada umiejętności:**  **1.**  **2.** |

1. Informacje o scenariuszu niskiej wierności

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TREŚCI KSZTAŁCENIA / REALIZACJI ZAJĘĆ METODĄ SYMULACJI NISKIEJ WIERNOŚCI** | | | | | |
|  | | | | | |
| **PLANOWANY CZAS ZAJĘĆ** | |  | | **LICZBA OSÓB** |  |
| **PLANOWANY CZAS REALIZACJI SCENARIUSZA** | | | |  | |
| **WPROWADZENIE:**  *(Należy określić na czym polega scenariusz, do czego jest potrzebny, w oparciu o jakie materiały źródłowe będą realizowane jego treści)* | | | | | |
| **CELE SCENARIUSZA** | | | | | |
| **1 Cel główny:**  **1.1 Cel szczegółowy:**  **1.2** **Cel szczegółowy:**  **1.3 Cel szczegółowy:** | | | | | |
| **KIERUNKOWE EFEKTY UCZENIA SIĘ (wg Standardów kształcenia)** | | | | | |
| **Kod**  **efektów** | **Oczekiwane efekty uczenia się z zakresu:** | | | | |
| **Wiedzy** | | | | | |
|  |  | | | | |
| **Umiejętności** | | | | | |
|  |  | | | | |
| **Kompetencje społeczne** | | | | | |
|  |  | | | | |
| **INFORMACJE TECHNICZNE i ORGANIZACYJNE (Check-lista sprzętu):** | | | | | |
| **Rodzaj trenażera/fantomu/symulatora** | | |  | | |
| **Sprzęt wielokrotnego użytku** | | |  | | |
| **Sprzęt jednorazowego użytku** | | |  | | |
| **Wyposażenie dodatkowe** | | |  | | |
| **ELEMENTY PROCEDURY (Check-lista)** | | | | | |
| **Opis scenariusza - sposobu przeprowadzenia (Elementy procedury) –** *np. metodą czterech kroków itd.* | | | | | |
| **Podsumowanie:** *zastosowanie praktyczne nabytej wiedzy w wyniku realizacji scenariusza* | | | | | |

**ZATWIERDZENIE SCENARIUSZA NISKIEJ WIERNOŚCI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Stanowisko**  Tytuł/stopień naukowy, imię nazwisko | **Podpis** |
| **Opracował** | *Instruktor* |  |
| **Sprawdził i zatwierdził pod względem formalnym** | *Kierownik Centrum Symulacji Medycznych* |  |
| **Zatwierdził** | *Kierownik Katedry Pielęgniarstwa* |  |