



## OFERTA SZKOLENIA

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Ciechanowie Wydział Ochrony Zdrowia i Nauk Humanistycznych działając na mocy zezwoleń Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych ogłasza nabór na szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie:

- pielęgniarstwa zachowawczego dla pielęgniarek ( decyzja nr 176/12)

- pielęgniarstwa położniczego dla położnych ( decyzja nr 639/11)

Specjalizacja jest rodzajem kształcenia podyplomowego, mającym na celu uzyskanie przez pielęgniarki, położne specjalistycznych kwalifikacji w określonej dziedzinie pielęgniarstwa i uzyskanie tytułu specjalisty w tej dziedzinie.

Do szkolenia może przystąpić pielęgniarka, położna, która:

1. posiada prawo wykonywania zawodu;
2. posiada co najmniej dwuletni staż pracy w zawodzie;

Do formularza zgłoszeniowego ( pobrać: [www.pwszciechanow.edu.pl](http://www.pwszciechanow.edu.pl) zakładka Wydział Ochrony Zdrowia i Nauk Humanistycznych kształcenie podyplomowe ) dołącza się kserokopię prawa wykonywania zawodu dokument potwierdzający staż pracy oraz przebieg pracy zawodowej.

**Zajęcia będą realizowane w następującym schemacie organizacyjnym:**

**Czas trwania: 2 lata**

**I rok - Zajęcia teoretyczne** - 6 sesji po 10 dni

(od środy do piątku następnego tygodnia łączenie z sobotą, niedzielą)

- Staż - 6 tyg.

**II rok – Zajęcia teoretyczne** - 6 sesji po 10 dni

(od środy do piątku następnego tygodnia łączenie z sobotą, niedzielą)

- Staż - 5 tyg.

**Koszt całego cyklu szkolenia** - 5.200,00 ( płatne w ratach)

Dokumenty zgłoszeniowe należy kierować na adres :

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Ciechanowie Wydział Ochrony Zdrowia  
i Nauk Humanistycznych  
Ul. Wojska Polskiego 51  
06-400 Ciechanów

**UWAGA:** specjalizacje będą uruchomione w momencie zgłoszenia się min. 20 osób

**RAMOWE PROGRAMY SZKOLEŃ****BLOK OGÓLNOZAWODOWY ( wspólny dla wszystkich specjalizacji)**

| Lp.                    | MODUŁ                                                                | Liczba godzin |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------|
| I                      | Elementy psychologii                                                 | 15            |
| II                     | Dydaktyka z elementami edukacji medycznej                            | 15            |
| III                    | Socjologia zdrowia i choroby                                         | 15            |
| IV                     | Etyka, deontologia i prawo                                           | 15            |
| V                      | Organizacja i zarządzanie z elementami ekonomiki ochrony zdrowia     | 30            |
| VI                     | Polityka społeczna i zdrowie publiczne                               | 30            |
| VII                    | Ocena stanu zdrowia i badanie fizykalne                              | 100           |
| VIII                   | Teorie pielęgnowania                                                 | 15            |
| IX                     | Badania naukowe w pielęgniarstwie                                    | 15            |
| X                      | Rozwój zawodowy                                                      | 15            |
| XI                     | Informatyka i statystyka w praktyce zawodowej pielęgniarki, położnej | 30            |
| Teoria - liczba godzin |                                                                      | 295           |

**SPECJALIZACJA W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA ZACHOWAWCZEGO**

| Lp.                  | MODUŁ                                                                       | Teoria - liczba godzin | STAŻ                                                       |               | Łączna liczba godzin |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------------------------------------------|---------------|----------------------|
|                      |                                                                             |                        | placówka                                                   | liczba godzin |                      |
| I                    | Podstawy pielęgniarstwa zachowawczego                                       | 30                     | -                                                          | -             | 30                   |
| II                   | Pielęgnowanie pacjenta w schorzeniach układu krążenia                       | 60                     | Oddział intensywnej opieki kardiologicznej                 | 35            | 95                   |
| III                  | Pielęgnowanie pacjenta w schorzeniach układu oddechowego                    | 40                     | Oddział pulmonologiczny                                    | 35            | 75                   |
| IV                   | Pielęgnowanie pacjenta w schorzeniach układu pokarmowego                    | 50                     | Oddział gastroenterologiczny                               | 35            | 85                   |
| V                    | Pielęgnowanie pacjenta w schorzeniach układu moczowego                      | 50                     | Oddział urologiczny                                        | 35            | 85                   |
| VI                   | Pielęgnowanie pacjenta w schorzeniach układu dokrewnego i przemiany materii | 40                     | Oddział lub Poradnia endokrynologiczna                     | 35            | 75                   |
| VII                  | Pielęgnowanie pacjenta w schorzeniach układu krwiotwórczego                 | 60                     | Oddział hematologiczny                                     | 35            | 95                   |
| VIII                 | Pielęgnowanie pacjenta w schorzeniach tkanki łącznej                        | 40                     | Oddział lub Poradnia reumatologiczna                       | 35            | 75                   |
| IX                   | Pielęgnowanie pacjenta w schorzeniach alergicznych                          | 10                     | Oddział lub Poradnia alergologiczna                        | 35            | 45                   |
| X                    | Pielęgnowanie pacjenta w wybranych schorzeniach skórno-wenerologicznych     | 20                     | Oddział dermatologiczny lub Poradnia skórno-wenerologiczna | 35            | 55                   |
| XI                   | Pielęgnowanie pacjenta w wieku podeszłym                                    | 30                     | Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy                            | 35            | 65                   |
| Łączna liczba godzin |                                                                             | 430                    |                                                            | 35            | 780                  |

## SPECJALIZACJA W DZIEDZINIE PIELEŃNIARSTWA POŁOŻNICZEGO

| Lp.                  | MODUŁ                                         | Teoria -<br>liczba godzin | STAŻ                                        |                  | Łączna           |
|----------------------|-----------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------------|------------------|------------------|
|                      |                                               |                           | placówka                                    | liczba<br>godzin | liczba<br>godzin |
| I                    | Współczesne kierunki opieki nad kobietą       | 15                        | -                                           | -                | 15               |
| II                   | Organizacja i prowadzenie Szkoły dla rodziców | 30                        | Szkoła dla rodziców                         | 15               | 45               |
| III                  | Opieka nad rodziną w okresie prokreacji       | 130                       | Poradnia K lub Poradnia planowania rodziny  | 35               | 270              |
|                      |                                               |                           | Oddział rozrodczości                        | 35               |                  |
|                      |                                               |                           | Oddział perinatologii lub ciąży powikłanej  | 35               |                  |
|                      |                                               |                           | Oddział intensywnego nadzoru prenatalnego   | 35               |                  |
| IV                   | Opieka nad rodzącą, jej dzieckiem i mężem     | 130                       | Blok porodowy z salą porodów rodzinnych     | 70               | 200              |
| V                    | Opieka nad położnicą, jej dzieckiem i mężem   | 130                       | Oddział położniczo-noworodkowy              | 35               | 235              |
|                      |                                               |                           | Oddział intensywnej opieki położniczej      | 35               |                  |
|                      |                                               |                           | Oddział intensywnej opieki neonatologicznej | 35               |                  |
| Łączna liczba godzin |                                               | 435                       |                                             | 330              | 765              |

**KARTA ZGŁOSZENIA UCZESTNICTWA W SZKOLENIU  
SPECJALIZACYJNYM**

|    |                                       |  |
|----|---------------------------------------|--|
| 1  | Imię i nazwisko                       |  |
| 2  | Nazwisko rodowe                       |  |
| 3  | Imię ojca                             |  |
| 4  | Data urodzenia                        |  |
| 5  | Miejsce urodzenia                     |  |
| 6  | Adres zamieszkania                    |  |
| 7  | Wykształcenie zawodowe                |  |
| 8  | Nazwa szkoły                          |  |
| 9  | Numer prawa wykonywania zawodu        |  |
| 10 | Data wydania prawa wykonywania zawodu |  |
| 11 | Miejsce pracy<br>Placówka/oddział     |  |
| 12 | Stanowisko                            |  |
| 13 | Staż pracy w zawodzie                 |  |
| 14 | Telefon praca                         |  |
| 15 | Telefon dom                           |  |
| 16 | E-mail                                |  |

Potwierdzam zgodność danych zawartych w zgłoszeniowym

.....  
podpis

Oświadczam, że wyrażam zgodę na wykorzystywanie moich danych osobowych do celów szkoleniowych w w/w placówce – zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych / Dz.U. z 2002r. Nr 101, poz. 926/

.....  
podpis

**PRZEBIEG PRACY ZAWODOWEJ**

| Lp. | Nazwa zakładu pracy, adres | Okres zatrudnienia | Miejsce pracy<br>(oddział, poradnia, inne) |
|-----|----------------------------|--------------------|--------------------------------------------|
|     |                            |                    |                                            |
|     |                            |                    |                                            |
|     |                            |                    |                                            |
|     |                            |                    |                                            |

**POSIADANE SPECJALIZACJE**

| Lp. | Specjalizacja w dziedzinie: | Data i nr dyplomu | Nazwa organizatora kształcenia |
|-----|-----------------------------|-------------------|--------------------------------|
|     |                             |                   |                                |
|     |                             |                   |                                |

**POSIADANE KURSY KWALIFIKACYJNE**

| Lp. | Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie: | Miejsce i data<br>wydania<br>zaświadczenia | Nazwa organizatora kształcenia |
|-----|-----------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------|
|     |                                   |                                            |                                |
|     |                                   |                                            |                                |

**POSIADANE KURSY SPECJALISTYCZNE**

| Lp. | Kurs specjalistyczny w zakresie: | Miejsce i data<br>wydania<br>zaświadczenia | Nazwa organizatora kształcenia |
|-----|----------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------|
|     |                                  |                                            |                                |
|     |                                  |                                            |                                |
|     |                                  |                                            |                                |
|     |                                  |                                            |                                |