



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA
POLICLINICO UMBERTO I



Sapienza Università di Roma

Polo Didattico della formazione delle Professioni Sanitarie
AREA INFERMIERISTICA

Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Umberto I Roma

CORSO DI LAUREA "C" INFERMIERISTICA

SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL TIROCINIO 2° ANNO

DURATA DEL TIROCINIO:	N. SETTIMANE:
PERIODO DI SVOLGIMENTO:	DAL _____ AL _____
STUDENTE:	
REPARTO:	
RESPONSABILE	

N.B. la presente scheda, per essere valida, deve essere compilata in ogni sua parte a cura dello studente

Anno Accademico _____

STUDENTE: _____

SERVIZIO: _____

DAL: _____ AL: _____ 2° ANNO

RESPONSABILE INFERMIERISTICO: _____

OBIETTIVI DI APPRENDIMENTO	INSUFFICIENTE	SUFFICIENTE	DISCRETO	BUONO	OTTIMO	ECCELLENTE	N.V
Identificare le caratteristiche strutturali e funzionali del servizio							
Si orienta nella sezione							
Riconosce le caratteristiche organizzative e funzionali del servizio							
È puntuale							
Comunica la propria assenza al responsabile in turno							
È ordinato nella divisa e nell'aspetto							
Individuare i problemi delle persona assistita in relazione ai bisogni fondamentali							
Stabilisce senza difficoltà un rapporto con l'utente							
Raccoglie informazioni dall'utente, i familiari, equipe di lavoro, documenti							
Registra i dati nella modulistica di reparto							
Identifica i problemi infermieristici dell'utente in base al livello di conoscenze e competenze acquisite							
Rispetta la privacy							
Dimostra autocontrollo in situazioni stressanti							
Dimostrare il comportamento consono al proprio ruolo di studente							
Si inserisce nell'equipe assistenziale in rapporto alla propria preparazione e competenza							
E' consapevole di ricoprire un ruolo che implica assunzione di responsabilità							
Esprime interesse, disponibilità e motivazione per il processo di apprendimento e per le attività pratiche							
Possiede conoscenze teoriche per svolgere le attività di competenza							
Agisce con abilità, precisione e sicurezza							
Prende coscienza dei propri limiti							
Corregge i propri errori							
COMMENTI:							
FIRMA E TIMBRO DEL RESPONSABILE:							
FIRMA DELLO SGTUDENTE							
DATA:							

MODULO RILEVAZIONE PRESENZE TIROCINIO
--

STUDENTE _____

SEDE TIROCINIO _____

RESPONSABILE _____ **ANNO DI CORSO** _____

	DATA	dalle	alle	FIRMA STUDENTE	FIRMA RESPONSABILE
L					
M					
M					
G					
V					
S					
D					
	-----	-----	-----	-----	-----
L					
M					
M					
G					
V					
S					
D					
	-----	-----	-----	-----	-----
L					
M					
M					
G					
V					
S					
D					
	-----	-----	-----	-----	-----
L					
M					
M					
G					
V					
S					
D					
	-----	-----	-----	-----	-----

NOTE:

FIRMA E TIMBRO (OBBLIGATORIO)

INFIERMIERE COORDINATORE RESPONSABILE

MODULO RILEVAZIONE PRESENZE TIROCINIO
--

STUDENTE _____

SEDE TIROCINIO _____

RESPONSABILE _____ **ANNO DI CORSO** _____

	DATA	dalle	alle	FIRMA STUDENTE	FIRMA RESPONSABILE
L					
M					
M					
G					
V					
S					
D					
	-----	-----	-----	-----	-----
L					
M					
M					
G					
V					
S					
D					
	-----	-----	-----	-----	-----
L					
M					
M					
G					
V					
S					
D					
	-----	-----	-----	-----	-----
L					
M					
M					
G					
V					
S					
D					
	-----	-----	-----	-----	-----

NOTE:

FIRMA E TIMBRO (OBBLIGATORIO)

INFIERMIERE COORDINATORE RESPONSABILE