**PORTFÓLIÓ**

**2023/2024. tanév**

****

**Az ágazat megnevezése: Egészségügy ágazat**

**A szakma megnevezése: Általános Ápoló**

**A szakma azonosító száma: 5 0913 03 01**

Tanuló neve, osztálya:………………………………………………………………………..

Oktatási azonosító:…………………………………………………………………………...

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Nyíregyházi Szakképzési CentrumZay Anna Technikum és Kollégium | OM 203045/0084400 Nyíregyháza, Család u. 11.+36 70 199 6735 | +36 42 512 380titkarsag@zay.hu | www.zay.hu |

**Tartalomjegyzék:**

1. Adatlap
2. Bemutatkozás, szakmai életút bemutatása, jövőkép
3. A szakirányú oktatás szakmai követelményei
	1. Non-invazív tevékenység elvégzése (50 alkalommal)
	2. Invazív tevékenység elvégzése (5 alkalommal)
	3. Invazív beavatkozásnál asszisztálási tevékenység (20 alkalommal)
	4. Gyógyszerelési tevékenység (5 alkalommal)
4. Összefoglaló a szakmai gyakorlatokról
5. A gyakorlaton kiválasztott beteg rövidtávú ápolási terve
6. Szabadon választható dokumentum

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Nyíregyházi Szakképzési CentrumZay Anna Technikum és Kollégium | OM 203045/0084400 Nyíregyháza, Család u. 11.+36 70 199 6735 | +36 42 512 380titkarsag@zay.hu | www.zay.hu |

1. **Adatlap**

|  |  |
| --- | --- |
| A tanuló neve: |  |
| Születési név: |  |
| Születési hely, idő: |  |
| Anyja leánykori neve: |  |
| Lakcím: |  |
| Tanulói azonosító: |  |
| Képzés kezdete: |  |
| Képzőintézmény neve: |  |
| Szakma megnevezése: |  |

Alulírott, ………………………. hozzájárulok (továbbiakban: Adatkezelő) részére az alábbi adataim és dokumentumaim kezeléséhez: név, születési név, születési hely, születési idő, anyja neve, tanulói azonosító.

Kijelentem, hogy a természetes személyeknek a személyes adatok kezelése tekintetében történő védelméről és az ilyen adatok szabad áramlásáról szóló 2016/679/EU rendelet által biztosított adatkezeléshez történő hozzájárulási jogomról, valamint a szolgáltatás igénybevételével járó adatnyilvántartási kötelezettségről tájékoztatásban részesültem.

Jelen hozzájáruló nyilatkozat bármikor korlátozás, feltétel és indoklás nélkül visszavonható.

Kelt: Nyíregyháza,…………………….

……………………………………

 aláírás

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Nyíregyházi Szakképzési CentrumZay Anna Technikum és Kollégium | OM 203045/0084400 Nyíregyháza, Család u. 11.+36 70 199 6735 | +36 42 512 380titkarsag@zay.hu | www.zay.hu |

1. **Bemutatkozás, szakmai életút bemutatása, jövőkép**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Nyíregyházi Szakképzési CentrumZay Anna Technikum és Kollégium | OM 203045/0084400 Nyíregyháza, Család u. 11.+36 70 199 6735 | +36 42 512 380titkarsag@zay.hu | www.zay.hu |

1. **A szakirányú oktatás szakmai követelményei**
	1. **Non-invazív tevékenység elvégzése (50 alkalommal)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tevékenység száma** | **Tevékenység megnevezése** | **Ideje** | **Helye/gyakorló terület** | **Mentoráló gyakorlati oktató aláírása** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |
| 11. |  |  |  |  |
| 12. |  |  |  |  |
| 13. |  |  |  |  |
| 14. |  |  |  |  |
| 15. |  |  |  |  |
| 16. |  |  |  |  |
| 17. |  |  |  |  |
| 18. |  |  |  |  |
| 19. |  |  |  |  |
| 20. |  |  |  |  |
| 21. |  |  |  |  |
| 22. |  |  |  |  |
| 23. |  |  |  |  |
| 24. |  |  |  |  |
| 25. |  |  |  |  |
| 26. |  |  |  |  |
| 27. |  |  |  |  |
| 28. |  |  |  |  |
| 29. |  |  |  |  |
| 30. |  |  |  |  |
| 31. |  |  |  |  |
| 32. |  |  |  |  |
| 33. |  |  |  |  |
| 34. |  |  |  |  |
| 35. |  |  |  |  |
| 36. |  |  |  |  |
| 37. |  |  |  |  |
| 38. |  |  |  |  |
| 39. |  |  |  |  |
| 40. |  |  |  |  |
| 41. |  |  |  |  |
| 42. |  |  |  |  |
| 43. |  |  |  |  |
| 44. |  |  |  |  |
| 45. |  |  |  |  |
| 46. |  |  |  |  |
| 47. |  |  |  |  |
| 48. |  |  |  |  |
| 49. |  |  |  |  |
| 50. |  |  |  |  |

* 1. **Invazív tevékenység elvégzése (5 alkalommal)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tevékenység száma** | **Tevékenység megnevezése** | **Ideje** | **Helye/gyakorló terület** | **Mentoráló gyakorlati oktató aláírása** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |

* 1. **Invazív beavatkozásnál asszisztálási tevékenység (20 alkalommal)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tevékenység száma** | **Tevékenység megnevezése** | **Ideje** | **Helye/gyakorló terület** | **Mentoráló gyakorlati oktató aláírása** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |
| 11. |  |  |  |  |
| 12. |  |  |  |  |
| 13. |  |  |  |  |
| 14. |  |  |  |  |
| 15. |  |  |  |  |
| 16. |  |  |  |  |
| 17. |  |  |  |  |
| 18. |  |  |  |  |
| 19. |  |  |  |  |
| 20. |  |  |  |  |

* 1. **Gyógyszerelési tevékenység (5 alkalommal)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tevékenység száma** | **Tevékenység megnevezése** | **Ideje** | **Helye/gyakorló terület** | **Mentoráló gyakorlati oktató aláírása** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |

1. **Összefoglaló a gyakorlaton tapasztaltakról**

Megfigyelt vizsgálatok:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Megfigyelt kezelések:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Csoportterápiás és gyógyfoglalkoztató élmények:

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

1. **A gyakorlaton kiválasztott beteg rövidtávú ápolási terve**

-helye:……………………………………………………………………………………………

-ideje:……………………………………………………………………………………………

-gyakorló terület megnevezése:…………………………………………………………………

**Legalább 5 ápolási diagnózis (aktuális, kockázati, tünetcsoporti, lehetséges)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Felmérés** | **Ápolási diagnózis** | **Tervezés** | **Kivitelezés** | **Értékelés** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. **Szabadon választható dokumentum**

(szakmai versenyek, szakmai esemény bemutatása, saját tudományos munka bemutatása, közösségi szolgálat, iskolai közösségi munka bemutatása, dicséretek, elismerések, ajánlások, diákönkormányzatban elvégzett legalább egy éves tevékenység)