

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ/...../.....

ΑΡ. ΠΡΩΤ.

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΡΓΟΔΟΤΗ

Ο/Η υπογεγραμμένος/η
νόμιμος/η Εκπρόσωπος του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Αλεξανδρούπολης
δηλώνω ότι αποδέχομαι τον/την
καταρτιζόμενο/η του Δ.Ι.Ε.Κ. - Π.Γ.Ν.Α. της ειδικότητας 'Βοηθός Νοσηλευτικής Γενικής
Νοσηλείας' προκειμένου να πραγματοποιήσει 960 ώρες Πρακτικής Άσκησης, κατά τη
χρονική περίοδο από..... έως στο Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης.

Κατά την διάρκεια της πρακτικής άσκησης ο/η καταρτιζόμενος/η, θα εκπαιδευτεί στα
κάτωθι νοσηλευτικά καθήκοντα σχετικά με την ειδικότητα του/της :

- 1.Στρώσιμο κλινών
- 2.Λήψη και καταγραφή Ζωτικών Σημείων ασθενούς
- 3.Καθαριότητα ασθενή επί κλίνης
- 4.Πρόληψη και περιποίηση κατακλίσεων
- 5.Σίτιση ασθενή
- 6.Χορήγηση φαρμάκων και ορών υπό την εποπτεία του νοσηλευτικού προσωπικού
- 7.Προεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα ασθενούς
- 8.Ετοιμασία υλικού προς αποστείρωση.
- 9.Παρακολούθηση Ιατρικών πράξεων και επίσκεψης ασθενών
- 10.Τακτοποίηση ιατροφαρμακευτικού υλικού και βοηθητικών χώρων, υπό την εποπτεία του νοσηλευτικού προσωπικού

Η πρακτική άσκηση των καταρτιζομένων θα διεξαχθεί στη Παθολογική, Χειρουργική και Ορθοπαιδική κλινική, καθώς και στα Γενικά Χειρουργεία, στο Τμήμα Επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) και στο Τμήμα Εξωτερικών Ιατρείων (Τ.Ε.Ι.) του Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης.

Δηλώνω ότι αποδέχομαι την εποπτεία της Γ. Γ. Ε.Ε.Κ.Δ. Β. Μ. & Ν. σχετικά με το έργο της Πρακτικής άσκησης, σύμφωνα με όσα ορίζονται στο αρ. 13 της υπ' αριθμ. Κ5/160259 Απόφαση του Υπουργείου Παιδείας και Θρησκευμάτων (ΦΕΚ 5837/Β'/15-12-2021), στην υπ' αριθμ. Γ6α/Γ.Π.7037/9-8-2022 Κ.Υ.Α. αρ. 15 (ΦΕΚ 4445/Β'/22.08.2022), στην υπ' αριθμ. 139931/Κ1/2015 Κ.Υ.Α. (ΦΕΚ 1953/Β') και στην υπ' αριθμ. Γ4α/Γ.Π. 3807/16-02-2017 Εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας.

Ο/Η ΒΕΒΑΙΩΝ/ΟΥΣΑ