

KARTA PRACY DYPLOMOWEJ

REALIZOWANEJ NA STUDIACH II STOPNIA KIERUNEK DIETETYKA

CZĘŚĆ A – WYPEŁNIA PROMOTOR W POROZUMIENIU Z DYPLOMANTEM

Imię i nazwisko promotora		
Imię i nazwisko dyplomanta oraz nr albumu		
Rok akademicki	/.....	
Tytuł pracy dyplomowej		
Typ (charakter) pracy dyplomowej	projektowy/ projekcyjny/ eksperymentalny ^{1/} badawczy ^{1/} systematyzujący*	
	Protokół badania zakłada udział grupy badanej (w przypadku prac eksperymentalnych/badawczych)	TAK/NIE*
Projekt realizowany we współpracy z przedstawicielami środowiska społeczno-gospodarczego	TAK/NIE*	
	Nazwa podmiotu zewnętrznego zaangażowanego w realizację projektu:	

OPIS ZAŁOŻEŃ PRACY DYPLOMOWEJ

Cel pracy	
Krótkie uzasadnienie podjęcia zaproponowanej tematyki	
Zakładany plan realizacji części praktycznej pracy (zadania do wykonania przez dyplomanta)	
Metodologia planowana do wykorzystania w części praktycznej pracy	
Aparatura i infrastruktura niezbędna do realizacji projektu – w dyspozycji Uczelni	

¹ praca o charakterze eksperymentalnym lub badawczym musi być uzupełniona o protokół badania (załącznik nr 1 do KARTA PRACY DYPLOMOWEJ)

* niepotrzebne skreślić

Aparatura i infrastruktura niezbędna do realizacji projektu – w dyspozycji podmiotu zewnętrznego zaangażowanego w realizację projektu:	
Praca ma charakter eksperymentalny lub badawczy i w związku z tym wymaga opracowania protokołu badania	TAK/NIE*
Realizacja pracy wymaga udziału ankietowanych (prace ankietowe)	TAK/NIE*
Realizacja pracy wymaga udziału pacjentów/ klientów (studium przypadku z interwencją żywieniową, ocena spożycia, ocena stanu odżywienia)	TAK/NIE*
Literatura niezbędna do realizacji projektu – propozycja do zakupu przez Uczelnię	

CZĘŚĆ B – WERYFIKACJA I ZATWIERDZENIE TEMATYKI PRACY DYPLOMOWEJ

Wypełnia pełnomocnik/ prorektor ds. jakości kształcenia/ rektor lub inna osoba przez niego wyznaczona:

Zapoznałem/łam się z Kartą pracy dyplomowej i potwierdzam (TAK/NIE*) możliwość realizacji przedłożonego projektu z wykorzystaniem infrastruktury uczelni/infrastruktury podmiotu zewnętrznego*

Czy praca jest możliwa do zrealizowania w Warszawskiej Akademii Medyczno-Technicznej Nauk Stosowanych?	TAK/NIE*
Czy cel pracy jest sprecyzowany i określa akceptowalny poziom jakości praktycznego zadania dyplomowego?	TAK/NIE*
Czy zaproponowany plan pracy jest zgodny z metodologią?	TAK/NIE*
Czy realizacja pracy przyczyni się do praktycznego rozwoju kierunku?	TAK/NIE*

* niepotrzebne skreślić

Zatwierdzam pracę do realizacji.	TAK/NIE*
Uwagi końcowe:	

WERYFIKACJA I ZATWIERDZENIE PROTOKOŁU BADANIA²

REALIZOWANEGO NA STUDIACH II STOPNIA

CZĘŚĆ C – ZATWIERDZENIE PROTOKOŁU BADANIA

Wypełnia pełnomocnik/ prorektor ds. jakości kształcenia/ rektor lub inna osoba przez niego wyznaczona:

Zapoznałem/łam się z protokołem badania i potwierdzam (TAK/NIE*) możliwość realizacji przedłożonego projektu badania jako części praktycznej pracy dyplomowej II stopnia

Wypełnia pełnomocnik/ prorektor ds. jakości kształcenia/ rektor lub inna osoba przez niego wyznaczona:

Zapoznałem/łam się z protokołem badania i zalecam wprowadzenie korekt przed jego akceptacją

² *praca o charakterze eksperymentalnym lub badawczym, dla której złożono protokół badania zgodnie z załącznikiem nr 1 do KARTY PRACY DYPLOMOWEJ*

* niepotrzebne skreślić

**KARTA PRACY DYPLOMOWEJ
REALIZOWANEJ NA STUDIACH II STOPNIA**

**Struktura protokołu badania [badanie eksperymentalne/ badawcze – praca
laboratoryjna]**

1. Temat i numer albumu, dane studenta/studentki i promotora(ów)
2. Tytuł protokołu
3. Cel badania
4. Materiał i metody badawcze
 - Charakterystyka materiału badanego
 - Charakterystyka metod badawczych
5. Charakterystyka aparatury/ odczynników wykorzystywanych w badaniu

ZAŁĄCZNIK NR 1 do
KARTA PRACY DYPLOMOWEJ
REALIZOWANEJ NA STUDIACH II STOPNIA

Struktura protokołu badania [badanie z udziałem pacjenta/ klienta – ocena stanu odżywienia, ocena sposobu żywienia, studium przypadku z interwencją żywieniową]

1. Numer albumu, dane dyplomantki i promotora(ów)
2. Tytuł protokołu
3. Cel badania
4. Materiał i metody badawcze
 - Charakterystyka pacjenta/klienta/ grupy klientów (liczebność, wiek, płeć, inne kryteria włączające i/lub wyłączające)
 - Charakterystyka metod badawczych
6. Charakterystyka aparatury wykorzystywanej w badaniu (jeśli jest używana, np. analizator BIA)
9. Deklaracja poinformowania pacjenta/klienta o zakresie badania, bezpieczeństwie itp. podpisana własnoręcznie przez pacjenta/klienta (jeśli są konieczne). Jeśli pacjent ma wykonaną analizę składu masy ciała z wykorzystaniem analizy BIA – konieczne podpisanie zgody (w załączeniu).
8. Dodatkowe zalecenia i informacje (jeśli są konieczne)

* niepotrzebne skreślić

ZGODA NA BADANIE ANALIZY SKŁADU CIAŁA METODĄ BIOIMPEDANCJI ELEKTRYCZNEJ

Analiza Bioimpedancji Elektrycznej (ang. BIA - Bioelectrical Impedance Analysis) jest powszechnie stosowaną metodą oceny parametrów składu ciała takich jak: procentowa zawartość tkanki tłuszczowej, beztłuszczowa masa ciała, zawartość wody całkowitej (TBW).

Dzięki zastosowaniu w trakcie badania różnych częstotliwości prądu, możliwe jest uzyskanie precyzyjnych, powtarzalnych wyników wykorzystywanych w projektach naukowych.

Wytwarzany podczas pomiarów prąd elektryczny o niskim natężeniu jest przewodzony przez ciało i może uszkodzić pracę urządzeń wewnętrznych; chociaż nie ma doniesień o wypadkach tego typu, nie można całkowicie wykluczyć wpływu indukowanego pola elektrycznego obecnego podczas pomiarów.

Pomiarów NIE należy wykonywać u osób:

- ze wszczepionym defibrylatorem lub rozrusznikiem serca,
- chorych na epilepsję,
- pacjentów z niedowładem połowicznym,
- osób ze zmniejszonym przepływem tkankowym (np. po rozległych urazach, oparzeniach, w przebiegu wstrząsu)
- kobiet ciężarnych

Oświadczenie

.....

(miejscowość, data)

.....

Imię i Nazwisko

Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z powyższymi informacjami, oraz w dniu badania(data), jestem zdolny/zdolna do badania metodą bioimpedancji (BIA) i nie ma żadnych udokumentowanych przeciwwskazań do przeprowadzenia badania powyższą metodą.

.....

(czytelny podpis)