

DZIENNIK

PRAKTYK STUDENCKICH

**PRAKTYKA**

**W ZAKRESIE FIZJOTERAPII KLINICZNEJ - I**

FIZJOTERAPIA

STUDIA MAGISTERSKIE, SEM. VI

**…………………………………………………………….……………………………**

TRYB STUDIÓW

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

IMIĘ I NAZWISKO STUDENTA, NUMER INDEKSU

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

PIECZĘĆ UCZELNI PODPIS I PIECZĄTKA PEŁNOMOCNIKA REKTORA DS. PRAKTYK NA KIERUNKU FIZJOTERAPIA

OŚWIADCZENIE STUDENTA

1. Oświadczam, iż :
	1. posiadam aktualne ubezpieczenie OC i NNW,
	2. zostałem poinformowany, iż ponoszę koszty związane z zapewnieniem środków ochrony indywidualnej,
	3. zostałem poinformowany, iż w każdym momencie odbywania praktyki mam obowiązek posiadania dokumentu potwierdzającego ubezpieczenie oraz okazanie go na prośbę Opiekuna Praktyk.
2. Zapoznałem się z regulaminem praktyk.
3. Zobowiązuję się do odbycia praktyk zgodnie z programem, a ponadto do przestrzegania :
	1. ustalonego przez organizatora praktyki porządku i dyscypliny pracy,
	2. zasad BHP i p/poż.,
	3. zasad zachowania tajemnicy służbowej i państwowej oraz ochrony informacji uzyskanych w trakcie odbywania praktyki,
	4. zasad odbywania praktyki określonych przez Uczelnię.

………………………………… ……………………………………………

 miejscowość, data podpis studenta

**Student odbył szkolenie BHP na terenie placówki i został objęty instruktażem stanowiskowym**

…………………….. ………………………………….

 data prowadzący instruktaż

|  |  |
| --- | --- |
| **PRAKTYKA W ZAKRESIE****FIZJOTERAPII KLINICZNEJ – I** | **175 godzin** |

**Cel główny:**

Celem praktyki jest doskonalenie umiejętności wykonywania zabiegów usprawniających, współpracy z pacjentem i zespołem rehabilitacyjnym.

W ramach praktyki student dokonuje samodzielnego wyboru placówki klinicznej, w której chce realizować program z zastrzeżeniem, że praktyki w zakresie fizjoterapii klinicznejodbywają się na oddziałach klinicznych: pulmonologicznym, kardiologicznym, ortopedycznym, reumatologicznym, internistycznym, neurologicznym, onkologicznym. W obrębie praktyki student buduje postawy samodzielności i operatywności w podejmowaniu decyzji związanych z diagnozowaniem, programowaniem, realizacją i ewaluacją procesu usprawniania pacjentów w różnych jednostkach klinicznych.

**Efekty kształcenia:**

**Umiejętności:**

Student:

* wykazuje się specjalistycznymi umiejętnościami w zakresie wykonywania zabiegów fizjoterapeutycznych u pacjentów w różnym wieku z różnymi rodzajami dysfunkcji,
* prawidłowo dobiera metody usprawniania,
* posiada zaawansowane umiejętności obsługi sprzętu i specjalistycznej aparatury diagnostyczno-pomiarowej w celu oceny funkcjonalnej pacjenta, niezbędnej w procesie fizjoterapii,
* wykazuje się umiejętnościami praktycznymi realizacji założeń planu fizjoterapeutycznego zgodnie z procesem i metodyką nauczania ruchów w odniesieniu do dostępnych warunków oraz zgodnie z obowiązującymi normami,
* stosuje wiedzę teoretyczną w praktyce fizjoterapeutycznej w bezpośredniej pracy z pacjentem,
* jest praktycznie przygotowany do pełnienia roli zawodowej.

**Kompetencje społeczne:**

Student:

* jest świadomy konieczności posiadania wiedzy z wielu dyscyplin naukowych, pluralizmu teoretyczno-metodologicznego w nauce, wartości krytycznej oceny doniesień naukowych,
* okazuje tolerancję dla postaw i zachowań wynikających z odmiennych uwarunkowań społecznych i kulturowych oraz ma świadomość wpływu sytuacji życiowych pacjentów na ich stan zdrowia,
* w relacjach osobowych kieruje się wartościami humanistycznymi,
* wykazuje odpowiedzialność za własne przygotowanie do pracy, podejmowane decyzje i prowadzone działania oraz ich skutki,
* jest przygotowany do formułowania opinii dotyczące różnych aspektów działalności zawodowej.

**Sposoby weryfikacji efektów kształcenia:**

**Umiejętności:**

* ocena umiejętności wykonywania zabiegów fizjoterapeutycznych u pacjentów w różnym wieku z różnymi rodzajami dysfunkcji prawidłowo dobiera metody usprawniania,
* ocena prawidłowego doboru metody usprawniania,
* obserwacja umiejętności obsługi sprzętu i specjalistycznej aparatury diagnostyczno-pomiarowej w celu oceny funkcjonalnej pacjenta, niezbędnej w procesie fizjoterapii,
* ocena umiejętności praktycznych realizacji założeń planu fizjoterapeutycznego zgodnie z procesem i metodyką nauczania ruchów w odniesieniu do dostępnych warunków oraz zgodnie z obowiązującymi normami,
* ocena poziomu wykorzystania wiedzy teoretycznej w praktyce fizjoterapeutycznej w bezpośredniej pracy z pacjentem,
* obserwacja praktycznego przygotowania do pełnienia roli zawodowej.

**Kompetencje społeczne:**

* obserwacja świadomości wiedzy z wielu dyscyplin naukowych, pluralizmu teoretyczno-metodologicznego w nauce, wartości krytycznej oceny doniesień naukowych,
* ocena poziomu tolerancji dla postaw i zachowań wynikających z odmiennych uwarunkowań społecznych i kulturowych oraz ma świadomości wpływu sytuacji życiowych pacjentów na ich stan zdrowia z uwzględnieniem wartości humanistycznych,
* sprawdzenie poczucia odpowiedzialności za własne przygotowanie do pracy, podejmowane decyzje i prowadzone działania oraz ich skutki,
* ocena przygotowania do formułowania opinii dotyczące różnych aspektów działalności zawodowej.

**DZIENNY PRZEBIEG PRAKTYKI** (uzupełnia student)

**DZIEŃ 1** data………………………. ilość zrealizowanych godzin……………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| oddział/gabinet | rodzaj schorzenia, niepełnosprawności | charakterystyka wykonywanych zabiegów, ćwiczeń | uwagi, spostrzeżenia, opinie studenta |
|  |  |  |  |

**DZIEŃ 2** data………………………. ilość zrealizowanych godzin……………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| oddział/gabinet | rodzaj schorzenia, niepełnosprawności | charakterystyka wykonywanych zabiegów, ćwiczeń | uwagi, spostrzeżenia, opinie studenta |
|  |  |  |  |

**DZIEŃ 3** data………………………. ilość zrealizowanych godzin……………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| oddział/gabinet | rodzaj schorzenia, niepełnosprawności | charakterystyka wykonywanych zabiegów, ćwiczeń | uwagi, spostrzeżenia, opinie studenta |
|  |  |  |  |

**DZIEŃ 4** data………………………. ilość zrealizowanych godzin……………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| oddział/gabinet | rodzaj schorzenia, niepełnosprawności | charakterystyka wykonywanych zabiegów, ćwiczeń | uwagi, spostrzeżenia, opinie studenta |
|  |  |  |  |

**DZIEŃ 5** data………………………. ilość zrealizowanych godzin……………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| oddział/gabinet | rodzaj schorzenia, niepełnosprawności | charakterystyka wykonywanych zabiegów, ćwiczeń | uwagi, spostrzeżenia, opinie studenta |
|  |  |  |  |

**DZIEŃ 6** data………………………. ilość zrealizowanych godzin……………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| oddział/gabinet | rodzaj schorzenia, niepełnosprawności | charakterystyka wykonywanych zabiegów, ćwiczeń | uwagi, spostrzeżenia, opinie studenta |
|  |  |  |  |

**DZIEŃ 7** data………………………. ilość zrealizowanych godzin……………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| oddział/gabinet | rodzaj schorzenia, niepełnosprawności | charakterystyka wykonywanych zabiegów, ćwiczeń | uwagi, spostrzeżenia, opinie studenta |
|  |  |  |  |

**DZIEŃ 8** data………………………. ilość zrealizowanych godzin……………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| oddział/gabinet | rodzaj schorzenia, niepełnosprawności | charakterystyka wykonywanych zabiegów, ćwiczeń | uwagi, spostrzeżenia, opinie studenta |
|  |  |  |  |

**DZIEŃ 9** data………………………. ilość zrealizowanych godzin……………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| oddział/gabinet | rodzaj schorzenia, niepełnosprawności | charakterystyka wykonywanych zabiegów, ćwiczeń | uwagi, spostrzeżenia, opinie studenta |
|  |  |  |  |

**DZIEŃ 10** data………………………. ilość zrealizowanych godzin……………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| oddział/gabinet | rodzaj schorzenia, niepełnosprawności | charakterystyka wykonywanych zabiegów, ćwiczeń | uwagi, spostrzeżenia, opinie studenta |
|  |  |  |  |

**DZIEŃ 11** data………………………. ilość zrealizowanych godzin……………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| oddział/gabinet | rodzaj schorzenia, niepełnosprawności | charakterystyka wykonywanych zabiegów, ćwiczeń | uwagi, spostrzeżenia, opinie studenta |
|  |  |  |  |

**DZIEŃ 12** data………………………. ilość zrealizowanych godzin……………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| oddział/gabinet | rodzaj schorzenia, niepełnosprawności | charakterystyka wykonywanych zabiegów, ćwiczeń | uwagi, spostrzeżenia, opinie studenta |
|  |  |  |  |

**DZIEŃ 13** data………………………. ilość zrealizowanych godzin……………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| oddział/gabinet | rodzaj schorzenia, niepełnosprawności | charakterystyka wykonywanych zabiegów, ćwiczeń | uwagi, spostrzeżenia, opinie studenta |
|  |  |  |  |

**DZIEŃ 14** data………………………. ilość zrealizowanych godzin……………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| oddział/gabinet | rodzaj schorzenia, niepełnosprawności | charakterystyka wykonywanych zabiegów, ćwiczeń | uwagi, spostrzeżenia, opinie studenta |
|  |  |  |  |

**DZIEŃ 15** data………………………. ilość zrealizowanych godzin……………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| oddział/gabinet | rodzaj schorzenia, niepełnosprawności | charakterystyka wykonywanych zabiegów, ćwiczeń | uwagi, spostrzeżenia, opinie studenta |
|  |  |  |  |

**DZIEŃ 16** data………………………. ilość zrealizowanych godzin……………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| oddział/gabinet | rodzaj schorzenia, niepełnosprawności | charakterystyka wykonywanych zabiegów, ćwiczeń | uwagi, spostrzeżenia, opinie studenta |
|  |  |  |  |

**DZIEŃ 17** data………………………. ilość zrealizowanych godzin……………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| oddział/gabinet | rodzaj schorzenia, niepełnosprawności | charakterystyka wykonywanych zabiegów, ćwiczeń | uwagi, spostrzeżenia, opinie studenta |
|  |  |  |  |

**DZIEŃ 18** data………………………. ilość zrealizowanych godzin……………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| oddział/gabinet | rodzaj schorzenia, niepełnosprawności | charakterystyka wykonywanych zabiegów, ćwiczeń | uwagi, spostrzeżenia, opinie studenta |
|  |  |  |  |

**DZIEŃ 19** data………………………. ilość zrealizowanych godzin……………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| oddział/gabinet | rodzaj schorzenia, niepełnosprawności | charakterystyka wykonywanych zabiegów, ćwiczeń | uwagi, spostrzeżenia, opinie studenta |
|  |  |  |  |

**DZIEŃ 20** data………………………. ilość zrealizowanych godzin……………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| oddział/gabinet | rodzaj schorzenia, niepełnosprawności | charakterystyka wykonywanych zabiegów, ćwiczeń | uwagi, spostrzeżenia, opinie studenta |
|  |  |  |  |

**DZIEŃ 21** data………………………. ilość zrealizowanych godzin……………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| oddział/gabinet | rodzaj schorzenia, niepełnosprawności | charakterystyka wykonywanych zabiegów, ćwiczeń | uwagi, spostrzeżenia, opinie studenta |
|  |  |  |  |

**DZIEŃ 22** data………………………. ilość zrealizowanych godzin……………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| oddział/gabinet | rodzaj schorzenia, niepełnosprawności | charakterystyka wykonywanych zabiegów, ćwiczeń | uwagi, spostrzeżenia, opinie studenta |
|  |  |  |  |

**DZIEŃ 23** data………………………. ilość zrealizowanych godzin……………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| oddział/gabinet | rodzaj schorzenia, niepełnosprawności | charakterystyka wykonywanych zabiegów, ćwiczeń | uwagi, spostrzeżenia, opinie studenta |
|  |  |  |  |

**DZIEŃ 24** data………………………. ilość zrealizowanych godzin……………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| oddział/gabinet | rodzaj schorzenia, niepełnosprawności | charakterystyka wykonywanych zabiegów, ćwiczeń | uwagi, spostrzeżenia, opinie studenta |
|  |  |  |  |

**DZIEŃ 25** data………………………. ilość zrealizowanych godzin……………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| oddział/gabinet | rodzaj schorzenia, niepełnosprawności | charakterystyka wykonywanych zabiegów, ćwiczeń | uwagi, spostrzeżenia, opinie studenta |
|  |  |  |  |

**DZIEŃ 26** data………………………. ilość zrealizowanych godzin……………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| oddział/gabinet | rodzaj schorzenia, niepełnosprawności | charakterystyka wykonywanych zabiegów, ćwiczeń | uwagi, spostrzeżenia, opinie studenta |
|  |  |  |  |

**INDYWIDUALNA KARTA ZALICZENIA PRAKTYKI STUDENCKIEJ**

|  |  |
| --- | --- |
| **PRAKTYKA W ZAKRESIE****FIZJOTERAPII KLINICZNEJ - I** | **175 godzin** |

Nazwa i adres placówki…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Termin odbywania praktyki studenckiej ………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| **EFEKTY KSZTAŁCENIA** | **OCENA\*** |
| **Umiejętności:**Student:* wykazuje się specjalistycznymi umiejętnościami w zakresie wykonywania zabiegów fizjoterapeutycznych u pacjentów w różnym wieku z różnymi rodzajami dysfunkcji,
* prawidłowo dobiera metody usprawniania,
* posiada zaawansowane umiejętności obsługi sprzętu i specjalistycznej aparatury diagnostyczno-pomiarowej w celu oceny funkcjonalnej pacjenta, niezbędnej w procesie fizjoterapii,
* wykazuje się umiejętnościami praktycznymi realizacji założeń planu fizjoterapeutycznego zgodnie z procesem i metodyką nauczania ruchów w odniesieniu do dostępnych warunków oraz zgodnie z obowiązującymi normami,
* stosuje wiedzę teoretyczną w praktyce fizjoterapeutycznej w bezpośredniej pracy z pacjentem,
* jest praktycznie przygotowany do pełnienia roli zawodowej.
 | 2.03.03.544.55 |
| **Kompetencje społeczne:**Student:* jest świadomy konieczności posiadania wiedzy z wielu dyscyplin naukowych, pluralizmu teoretyczno-metodologicznego w nauce, wartości krytycznej oceny doniesień naukowych,
* okazuje tolerancję dla postaw i zachowań wynikających z odmiennych uwarunkowań społecznych i kulturowych oraz ma świadomość wpływu sytuacji życiowych pacjentów na ich stan zdrowia,
* w relacjach osobowych kieruje się wartościami humanistycznymi,
* wykazuje odpowiedzialność za własne przygotowanie do pracy, podejmowane decyzje i prowadzone działania oraz ich skutki,
* jest przygotowany do formułowania opinii dotyczące różnych aspektów działalności zawodowej.
 | 2.03.03.544.55 |
| **OCENA KOŃCOWA (średnia z powyższych trzech ocen)** |  |

\*proszę zaznaczyć jedną z powyższych

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

 DATA PODPIS I PIECZĄTKA OPIEKUNA PRAKTYK STUDENCKICH W PLACÓWCE

**Potwierdzenie odbytej praktyki studenckiej i jej zaliczenie**

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

 DATA PODPIS I PIECZĄTKA PEŁNOMOCNIKA REKTORA DS. PRAKTYK NA KIERUNKU FIZJOTERAPIA

**W** **celu doskonalenia praktyk studenckich, prosimy o pozostawienie sugestii:**

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

**KRYTERIA ZALICZENIA PRAKTYK NA KIERUNKU FIZJOTERAPIA**

**W AKADEMII WSB W DĄBROWIE GÓRNICZEJ**

**Ocenę 5.0 (bardzo dobry)**

* *otrzymuje student, który podczas praktyk:*
* wykazuje wzorową postawę etyczną i wzorowe zachowanie względem pacjentów, członków zespołu terapeutycznego oraz koleżanek i kolegów,
* w sposób pełny i rzeczowy dokonuje analizy dokumentacji medycznej, adekwatnie do stanu zdrowia pacjenta
* sprawnie ustala plan postępowania rehabilitacyjnego z uwzględnieniem modyfikacji działania w stanach i sytuacjach nietypowych,
* wzorowo, samodzielnie i sprawnie realizuje zaplanowane zadania przez zakładowego opiekuna praktyk
* w pracy podejmuje działania określone i wskazane przez opiekuna oraz wykazuje się własną incjatywą i wzorowym zaangazowaniem,
* prezentuje wysoki poziom wiedzy merytorycznej,
* cechuje się kreatywnością w działaniu i łatwością w nawiązywaniu kontaktów, jest komunikatywny.

# **Ocenę 4.0 (dobry)**

* *otrzymuje student, który podczas praktyk:*
* wykazuje właściwą postawę etyczną i właściwe zachowanie względem pacjentów, członków zespołu terapeutycznego oraz koleżanek i kolegów,
* nie w pełni rozpoznaje problemy pacjentów oraz dokonuje analizy dokumentacji medycznej,
* w ustalaniu planu postępowania rehabilitacyjnego kieruje się standardowymi i odnoszącymi się do typowych sytuacji sposobami działania,
* prawidłowo, samodzielnie i sprawnie realizuje zaplanowane zadania przez zakładowego opiekuna praktyk
* prezentuje zadowalający poziom wiedzy teoretycznej,
* w pracy podejmuje działania określone i wskazane przez opiekuna.

**Ocenę 3.0 (dostateczny)**

* *otrzymuje student, który podczas praktyk:*
* wykazuje odpowiednią postawę etyczną i odpowiednie zachowanie względem pacjentów, członków zespołu terapeutycznego oraz koleżanek i kolegów,
* rozpoznaje problemy pacjentów, dokonuje analizy dokumentacji medycznej po ukierunkowaniu przez opiekuna praktyki,
* ustala plan postępowania i opieki przy pomocy opiekuna,
* zlecone zabiegi i czynności fizjoterapeutyczne wykonuje poprawnie tylko we współpracy i z instruktażem opiekuna,
* posiada niewielki zasób wiedzy i wykazuje się małą sprawnością manualną,
* jest zainteresowany pogłębieniem wiadomości i podnoszeniem sprawności swojego działania,
* w pracy ogranicza się wyłącznie do realizacji poleceń opiekuna.

**Ocenę 2.0 (niedostateczny)**

* *otrzymuje student, który podczas praktyk:*
* wykazuje nieodpowiednią postawę etyczną względem pacjentów, a jego zachowanie względem innych osób budzi poważne zastrzeżenia,
* nie spostrzega problemów pacjentów i ich zapotrzebowania na zabiegi fizjoterapeutyczne,
* nie ustala planu postępowania i opieki i nie potrafi przeprowadzić zabiegów fizjoterapeutycznych, ogranicza się wyłącznie do realizacji poleceń,
* zlecone zabiegi i czynności fizjoterapeutyczne, wykonuje niepoprawnie nawet we współpracy i z instruktażem opiekuna,
* posiada niewielki zasób wiedzy i wykazuje się zbyt małą sprawnością manualną,
* nie jest zainteresowany pogłębieniem wiadomości i podnoszeniem sprawności swojego działania,
* w pracy ogranicza się wyłącznie do realizacji poleceń opiekuna i wykonuje je z niechęcią.

*Uwaga: oceny połówkowe uzyskuje student w przypadku spełnienia częściowo kryteriów odnoszących się do ocen całkowitych*