



Akademia WSB

**DZIENNIK  
PRAKTYK STUDENCKICH**

**PRAKTYKA  
W ZAKRESIE FIZJOTERAPII  
KLINICZNEJ - II**

**FIZJOTERAPIA  
STUDIA MAGISTERSKIE, SEM. VIII**

.....  
TRYB STUDIÓW

.....  
IMIĘ I NAZWISKO STUDENTA, NUMER INDEKSU

.....  
PIECZEĆ UCZELNI

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

## OŚWIADCZENIE STUDENTA

1. Oświadczam, iż :
  - a. posiadam aktualne ubezpieczenie OC i NNW,
  - b. zostałem poinformowany, iż ponoszę koszty związane z zapewnieniem środków ochrony indywidualnej,
  - c. 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 :
  - a. ustalonego przez organizatora praktyki porządku i dyscypliny pracy,
  - b. zasad BHP i p/poż.,
  - c. zasad zachowania tajemnicy służbowej i państwowej oraz ochrony informacji uzyskanych w trakcie odbywania praktyki,
  - d. zasad odbywania praktyki określonych przez Uczelnię.

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis studenta

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

.....  
data

.....  
prowadzący instruktaż

**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 klinicznej odbywają się na oddziałach klinicznych. 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 tworzenia, wdrażania i modyfikowania programów usprawniających pacjentów w każdym wieku oraz z różnymi rodzajami dysfunkcji,
- 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 jest świadomy własnych ograniczeń, potrafi określić swoje braki i wątpliwości, potrafi zwrócić się z prośbą o radę do osób z większym doświadczeniem,
- 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 tworzenia, wdrażania i modyfikowania programów usprawniających pacjentów w każdym wieku oraz z różnymi rodzajami dysfunkcji,
- 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 niepełnosprawności	schorzenia,	charakterystyka wykonywanych zabiegów, ćwiczeń	uwagi, spostrzeżenia, opinie studenta

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

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

**DZIEŃ 3**

data..... ilość zrealizowanych godzin.....

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

**DZIEŃ 4**

data..... ilość zrealizowanych godzin.....

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

**DZIEŃ 5**

data..... ilość zrealizowanych godzin.....

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

**DZIEŃ 6**

data..... ilość zrealizowanych godzin.....

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

**DZIEŃ 7**

data..... ilość zrealizowanych godzin.....

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

**DZIEŃ 8**

data..... ilość zrealizowanych godzin.....

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



**DZIEŃ 9**

data..... ilość zrealizowanych godzin.....

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

**DZIEŃ 10**

data..... ilość zrealizowanych godzin.....

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

**DZIEŃ 11**

data..... ilość zrealizowanych godzin.....

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

**DZIEŃ 12**

data..... ilość zrealizowanych godzin.....

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

**DZIEŃ 13**

data..... ilość zrealizowanych godzin.....

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

**DZIEŃ 14**

data..... ilość zrealizowanych godzin.....

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

**DZIEŃ 15**

data..... ilość zrealizowanych godzin.....

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

**DZIEŃ 16**

data..... ilość zrealizowanych godzin.....

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

**DZIEŃ 17**

data..... ilość zrealizowanych godzin.....

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

**DZIEŃ 18**

data..... ilość zrealizowanych godzin.....

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

**DZIEŃ 19**

data..... ilość zrealizowanych godzin.....

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

**DZIEŃ 20**

data..... ilość zrealizowanych godzin.....

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

**DZIEŃ 21**

data..... ilość zrealizowanych godzin.....

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

**DZIEŃ 22**

data..... ilość zrealizowanych godzin.....

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

**DZIEŃ 23**

data..... ilość zrealizowanych godzin.....

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

**DZIEŃ 24**

data..... ilość zrealizowanych godzin.....

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



**DZIEŃ 25**

data..... ilość zrealizowanych godzin.....

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

**DZIEŃ 26**

data..... ilość zrealizowanych godzin.....

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

## INDYWIDUALNA KARTA ZALICZENIA PRAKTYKI STUDENCKIEJ

<b>PRAKTYKA W ZAKRESIE FIZJOTERAPII KLINICZNEJ - II</b>	<b>175 godzin</b>
---	-------------------

Nazwa i adres placówki.....  
 .....  
 Termin odbywania praktyki studenckiej .....

EFEKTY KSZTAŁCENIA	OCENA*
<b>Umiejętności:</b> Student: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ocena umiejętności tworzenia, wdrażania i modyfikowania programów usprawniających pacjentów w każdym wieku oraz z różnymi rodzajami dysfunkcji,</li> <li>• obserwacja umiejętności obsługi sprzętu i specjalistycznej aparatury diagnostyczno-pomiarowej w celu oceny funkcjonalnej pacjenta, niezbędnej w procesie fizjoterapii,</li> <li>• ocena umiejętności praktycznych realizacji założeń planu fizjoterapeutycznego zgodnie z procesem i metodyką nauczania ruchów w odniesieniu do dostępnych warunków oraz zgodnie z obowiązującymi normami,</li> <li>• ocena poziomu wykorzystania wiedzy teoretycznej w praktyce fizjoterapeutycznej w bezpośredniej pracy z pacjentem,</li> <li>• obserwacja praktycznego przygotowania do pełnienia roli zawodowej.</li> </ul>	2.0 3.0 3.5 4 4.5 5
<b>Kompetencje społeczne:</b> Student: <ul style="list-style-type: none"> <li>• obserwacja świadomości wiedzy z wielu dyscyplin naukowych, pluralizmu teoretyczno-metodologicznego w nauce, wartości krytycznej oceny doniesień naukowych,</li> <li>• 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,</li> <li>• sprawdzenie poczucia odpowiedzialności za własne przygotowanie do pracy, podejmowane decyzje i prowadzone działania oraz ich skutki,</li> <li>• ocena przygotowania do formułowania opinii dotyczące różnych aspektów działalności zawodowej.</li> </ul>	2.0 3.0 3.5 4 4.5 5
<b>OCENA KOŃCOWA (średnia z powyższych trzech ocen)</b>	

\*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 inicjatywą i wzorowym zaangażowaniem,
- 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 instruktążem 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 instruktążem 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*