**DZIENNIK**

**PRAKTYKI ZAWODOWEJ REALIZOWANEJ W RAMACH KSZTAŁCENIA W ZAKRESIE FIZJOTERAPII
W TRAKCIE IX i X SEMESTRU**

AKADEMIA KALISKA

im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego

Wydział Nauk o Zdrowiu

kierunek studiów: Fizjoterapia



..................................................................................

(własnoręczny podpis praktykanta)

………………………………………………………………..

Imię i nazwisko kierownika jednostki organizacyjnej uczelni

…………………………………………… (pieczęć, nadruk lub naklejka zawierające nazwę, adres oraz NIP jednostki organizacyjnej uczelni)

Pan(i)

...........................................................................................................................................................

(imię i nazwisko praktykanta)

Posiadający/posiadająca numer PESEL…………………….……………………………………

…………………………………………

(data rozpoczęcia praktyki zawodowej)

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

(imię i nazwisko opiekuna)

………………………………………………………………

(pieczątka, nadruk lub naklejka zawierające imię i nazwisko oraz oznaczenie funkcji kierownika jednostki organizacyjnej uczelni oraz jego własnoręczny podpis)

**ZAKRES PRAKTYKI ZAWODOWEJ- 960 godzin (41 ECTS)**

 **(6-miesięczna praktyka fizjoterapeutyczna)**

**SEMESTR IX - 640h godzin (25 ECTS)**

 1) fizjoterapia w ortopedii (100h);

 2) fizjoterapia w reumatologii (50h);

 3) fizjoterapia w kardiologii i kardiochirurgii (110h)
 4) fizjoterapia w chirurgii (50h)
 5) fizjoterapia w geriatrii (50h)
 6) fizjoterapia w wieku rozwojowym(130h);
 7) fizjoterapia w ginekologii i położnictwie (50h);
 8) fizjoterapia w psychiatrii (50h);
 9) fizjoterapia w onkologii i medycynie paliatywnej(50h).

**SEMESTR X – 320 godzin (16 ECTS)**

10) fizjoterapia w pulmonologii (80h);
11) fizjoterapia w neurologii i neurochirurgii (130h);

12) fizjoterapia w pediatrii (70h);

13) fizjoterapia traumatologii i medycynie sportowe (40h)

**Część I**

Wykaz czynności praktycznych wykonywanych przez praktykanta

|  |  |
| --- | --- |
| **Data**  | **Wyszczególnienie zajęć – wykonywane czynności praktyczne i nabyte umiejętności**  |
|   |                               |

 ..…..……..……..……..…………..…………………. (pieczątka, nadruk lub naklejka zawierające imię i nazwisko oraz oznaczenie funkcji opiekuna, oraz jego własnoręczny podpis)

**Część II**

Wykaz zaliczonych umiejętności określonych w programie praktyki zawodowej

|  |  |
| --- | --- |
| **Wykaz umiejętności**  | **Podpis opiekuna**  |
| Umiejętność wykonywania badania podmiotowego i przedmiotowego na potrzeby fizjoterapii  |   |
| Umiejętność zaplanowania, weryfikowania, modyfikowania programu terapii z użyciem zabiegów fizykalnych w wybranych jednostkach chorobowych  |   |
| Umiejętność doboru rodzaju zabiegu fizykalnego (balneoterapeutycznego) adekwatnie do stanu zdrowia pacjenta: −dobór parametrów zabiegów fizykalnych w warunkach klinicznych − kontrolowanie przebiegu zabiegów fizykalnych − ocena reakcji organizmu w odpowiedzi na różne zabiegi fizykalne  |   |
| Wykonanie zabiegów fizykalnych − zabiegi cieplne miejscowe i ogólne (zabieg sauny), miejscowe zabiegi schładzania i krioterapii, kąpiele i półkąpiele, natryski, masaż wirowy kończyn górnych i dolnych, masaż podwodny, zabiegi z użyciem światła podczerwonego i nadfioletowego, laseroterapia, magnetoterapia, zabiegi z użyciem pól magnetycznych wielkiej częstotliwości, terapia ultradźwiękowa i fonoforeza, inhalacje; zabiegi elektroterapii z użyciem prądu stałego oraz prądów małej i średniej częstotliwości i inne  |   |
| Planowanie i wykonanie diagnostyki funkcjonalnej pacjentów z różnymi dysfunkcjami układu ruchu dla potrzeb kinezyterapii (badanie podmiotowe, przedmiotowe, podstawowe pomiary, sposoby oceny, testy funkcjonalne oraz testy specyficzne niezbędne dla programowania kinezyterapii)  |   |
| Kwalifikacja, planowanie i prowadzenie odpowiednie do stanu funkcjonalnego pacjenta ćwiczeń i technik z zakresu kinezyterapii, w oparciu o wyniki przeprowadzonej oceny funkcjonalnej  |   |
| Umiejętność wykonania masażu w wybranych jednostkach chorobowych i modyfikowania masażu w zależności od stanu i wieku pacjenta  |   |

|  |  |
| --- | --- |
| **Wykaz umiejętności**  | **Podpis opiekuna**  |
| Umiejętność zaprogramowania badania funkcjonalnego układu ruchu, narządów wewnętrznych oraz badań wydolnościowych niezbędnych dla stosowania odpowiednich metod specjalnych fizjoterapii  |   |
| Wykorzystanie w terapii zasad i technik z zakresu metod specjalnych fizjoterapii u osób z chorobami i dysfunkcjami dotyczącymi różnych narządów i układów – stosownie do ich stanu klinicznego i funkcjonalnego  |   |
| Umiejętność zaprogramowania treningu funkcjonalnego w fizjoterapii odpowiednio do stanu pacjenta, umiejętność instruowania chorych odnośnie do wykonywania ćwiczeń z zakresu metod specjalnych w domu  |   |
| Umiejętność programowania adaptowanej aktywności fizycznej w rehabilitacji kompleksowej i podtrzymywaniu sprawności osób ze specjalnymi potrzebami  |   |
| Dobór przedmiotów ortopedycznych do potrzeb osoby rehabilitowanej  |   |
| Udzielenie pacjentowi porady w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki niepełnosprawności, np. osteoporozy, otyłości itp.  |   |
| Umiejętność zastosowania w praktyce znajomości obowiązków pracowniczych i regulaminu pracy fizjoterapeuty  |   |
| Umiejętność zastosowania w praktyce znajomości praw pacjenta określonych w odrębnych przepisach  |   |
| Umiejętność prowadzenia dokumentacji medycznej, znajomość zasad jej dostępności i obiegu dokumentów  |   |
| Umiejętność określania kosztów działalności fizjoterapeutycznej  |   |

..…..……..……..……..…………..……… (pieczątka, nadruk lub naklejka zawierające imię i nazwisko oraz oznaczenie funkcji opiekuna, oraz jego własnoręczny podpis)

 **Zaliczenie praktyki przez zakładowego Opiekuna praktyk**

 ocena:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Uwagi:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

..…..……..……..……..…………..…………………. (pieczątka, nadruk lub naklejka zawierające imię i nazwisko oraz oznaczenie funkcji opiekuna, oraz jego własnoręczny podpis)

**Część III**

Rozstrzygnięcie w sprawie skrócenia praktyki zawodowej oraz informacja o jego przekazaniu do kierownika jednostki organizacyjnej uczelni

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

..…..……..……..……..…………..…………………. (pieczątka, nadruk lub naklejka zawierające imię i nazwisko oraz oznaczenie funkcji opiekuna, oraz jego własnoręczny podpis)

**Część IV**

Informacja o skróceniu praktyki zawodowej

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

..…..……..……..……..…………..…………………. (pieczątka, nadruk lub naklejka zawierające imię i nazwisko oraz oznaczenie funkcji opiekuna, oraz jego własnoręczny podpis)

**Część V**

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………………… | ………………………………………………… |
| (pieczęć, nadruk lub naklejka zawierająca nazwę, adres oraz NIP jednostki organizacyjnej uczelni) | (pieczęć, nadruk lub naklejka zawierająca nazwę, adres oraz NIP podmiotu leczniczego) |

Pan(i) .................................................................................................................................

(imię i nazwisko praktykanta)

posiadający/posiadająca numer PESEL…………………………………………………

zaliczył(a) praktykę zawodową realizowaną w okresie od …………… do………………

 w podmiocie leczniczym……………………………………………………………..….

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

…………………………………………………………………………………………….

(nazwa i adres podmiotu leczniczego)

 na ocenę ……………. .

 …………………………………….

(data, pieczątka, nadruk lub naklejka zawierające imię i nazwisko oraz oznaczenie funkcji opiekuna, oraz jego własnoręczny podpis)

 …………………………………….

(data, pieczątka, nadruk lub naklejka zawierające imię i nazwisko oraz oznaczenie funkcji kierownika jednostki organizacyjnej uczelni, oraz jego własnoręczny podpis)

 **KARTA OCENY PRAKTYKI ZAWODOWEJ**

Semestr -----------------------------------------------------------

Zakres praktyki (oddział) -----------------------------------------------------------

Ilość zrealizowanych godzin -----------------------------------------------------------

Termin praktyki ----------------------------------------------------------

**Zaliczenie praktyki przez Nauczyciela Akademickiego odpowiedzialnego za realizację praktyki zawodowej.**

Ocena:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data i podpis Nauczyciela Akademickiego

Uwagi:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_