**DZIENNIK**

**PRAKTYKI ZAWODOWEJ REALIZOWANEJ W RAMACH KSZTAŁCENIA W ZAKRESIE FIZJOTERAPII  
PO IV SEMESTRZE**

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)

**PRAKTYKA WAKACYJNA Z KINEZYTERAPII**

**ZAKRES PRAKTYKI ZAWODOWEJ (300h – 11 ECTS)**

1.Praktyczne wykorzystanie zdobytej wiedzy z zakresu badania narządu ruchu do oceny fizjoterapeutycznej pacjenta   
   
 2.Doskonalenie technik kinezyterapii poznanych na zajęciach teoretycznych i praktycznych  
  
 3.Zdobycie umiejętności obserwacji pacjentów w trakcie ćwiczeń oraz umiejętności wyciągania samodzielnych wniosków terapeutycznych

**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 przygotowania pacjenta do zabiegów fizjoterapeutycznych |  |
| Umiejętność wykonywania ćwiczeń :biernych, czynno -biernych, czynnych w odciążeniu, w odciążeniu z oporem, czynnych właściwych i z oporem, samowspomaganych, koncentrycznych, ekscentrycznych , PIR, stretching, reedukacji, ćwiczeń relaksacyjnych i rozluźniających . |  |
| Zna wskazania i przeciwwskazania do poszczególnych rodzajów ćwiczeń i zasady kwalifikacji |  |
| Potrafi ocenić chód, przeprowadzić analizę funkcjonalną, potrafi rozróżnić chód patologiczny |  |
| Potrafi przeprowadzić pionizację pacjenta na różnych etapach i naukę chodu – zna ćwiczenia przygotowujące do nauki chodu – równoważne, koordynacyjne, asekuracja, |  |
| Zna techniki reedukacji – PNF – praktyczne zastosowanie, wskazania i przeciwwskazania |  |
| Umiejętność prowadzenia ćwiczeń zespołowych – gimnastyki porannej, ogólnousprawniającej, ćwiczeń w wodzie |  |
| Umiejętność opracowywania konspektów ćwiczeń zespołowych do jednostek chorobowych – choroby podstawowej, chorób współistniejących, wieku, płci, potrzeb i możliwości pacjentów. |  |
| Umiejętność uzupełniania dokumentacji pacjenta |  |

**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:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_