**DZIENNIK**

**PRAKTYKI ZAWODOWEJ REALIZOWANEJ W RAMACH KSZTAŁCENIA W ZAKRESIE FIZJOTERAPII
PO VI SEMESTRZE STUDIÓW**

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)

 **PRAKTYAK A WAKACYJNA Z FIZYKOTERAPII I Z KINEZYTERAPII**

 **ZAKRES PRAKTYKI ZAWODOWEJ (120h – 4 ECTS)**

-praktyka z fizykoterapii - 80 godzin

-praktyka z kinezyterapii - 40 godzin

**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  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, miejscowe zabiegi schładzania i krioterapii, kąpiele i półkąpiele, natryski, masaż wirowy kończyn górnych i dolnych, masaż podwodny, zabiegi z użyciem światła IR i UV, laseroterapia, magnetoterapia, zabiegi z użyciem pola magnetycznego, terapia ultradźwiękowa i fonoforeza, inhalacje; zabiegi elektroterapii z użyciem prądu stałego oraz prądów małej i średniej częstotliwości i inne  |   |
|  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 |  |
| Znajomość wskazań i przeciwwskazań 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 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Wykaz umiejętności**  | **Podpis opiekuna**  |
| 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:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_