**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

**OŚWIADCZENIE STUDENTA**

1. Oświadczam, iż:
   1. zostałem/-am poinformowany/-a o możliwości dobrowolnego ubezpieczenia się od następstw nieszczęśliwych wypadków.
   2. zostałem/-am poinformowany/-a, iż ponoszę koszty związane z zapewnieniem środków ochrony indywidualnej,
2. Zapoznałem/-am się z regulaminem praktyk (dostępny na stronie https://wydzialmedyczny.wum.edu.pl/).
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*

**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)

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)

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)

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 dla potrzeb 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. |  |
| Znajomość wskazań i przeciwwskazań do poszczególnych rodzajów ćwiczeń i zasad kwalifikacji do poszczególnych rodzajów ćwiczeń. |  |
| Umiejętność analizy funkcjonalnej chodu oraz rozpoznania rodzaju chodu patologicznego. |  |
| Umiejętność pionizacji pacjenta na różnych etapach usprawniania; umiejętność nauki/reedukacji chodu – znajomość ćwiczeń przygotowujących do nauki chodu (ćwiczenia równoważne, koordynacyjne, asekuracja pacjenta). |  |
| Znajomość technik reedukacji nerwowo-mięśniowej – PNF (zastosowanie, wskazania, przeciwwskazania). |  |
| Umiejętność prowadzenia ćwiczeń zespołowych, ogólnousprawniających, ćwiczeń w wodzie, gimnastyki porannej. |  |
| Umiejętność opracowywania konspektów zajęć zespołowych dostosowanych ze względu na jednostkę chorobową, wiek, płeć, możliwości i umiejętności pacjenta. |  |
| Umiejętność prowadzenia dokumentacji medycznej dla potrzeb fizjoterapii. |  |

..…..……..……..……..…………..……………….. (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)

**Informacja Studenta wraz z oceną i opisem w skali od 2 do 5 placówki, w której Student realizował praktykę.**

Nazwa placówki …………………………………………………………………………………………. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Ocena…………………………………

Opis……………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………  
…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………  
 (Podpis Studenta)

**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:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….......