**DZIENNIK** **PRAKTYKI ZAWODOWEJ
REALIZOWANEJ W RAMACH KSZTAŁCENIA
W ZAKRESIE FIZJOTERAPII PO V SEMESTRZE**

UNIWERSYTET KALISKI

im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego

Wydział Medyczny i 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 Z FIZJOTERAPII KLINICZNEJ, FIZYKOTERAPII I MASAŻU**

 **ZAKRES PRAKTYKI ZAWODOWEJ (100h – 4 ECTS)**

1. Fizjoterapia kliniczna - 60 godzin
(dotyczy oddziałów ortopedii, chirurgii, ginekologii i położnictwa)
2. Fizykoterapia - 20 godzin
3. Masaż - 20 godzin

**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 – Fizjoterapia kliniczna 60h** | **Podpis opiekuna**  |
| Potrafi wykorzystać zdobytą wiedzę teoretyczną i praktyczną z zakresu narządu ruchu w zakresie niezbędnym dla oceny fizjoterapeutycznej pacjenta.  | OrtopediaChirurgiaGinekologia |
| Potrafi przeprowadzić badanie podmiotowe i przedmiotowe pacjenta oraz zaplanować fizjoterapię w poszczególnych jednostkach chorobowych. |  OrtopediaChirurgiaGinekologia |
| Potrafi przeprowadzić podstawowe zabiegi fizjoterapeutyczne w poszczególnych jednostkach chorobowych. | OrtopediaChirurgiaGinekologia |
| Potrafi uzupełniać dokumentację fizjoterapeutyczną. | OrtopediaChirurgiaGinekologia |
| Potrafi pracować w zespole terapeutycznym oraz współpracować z innymi specjalistami w procesie leczniczym i rehabilitacyjnym. | OrtopediaChirurgiaGinekologia |

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

Wykaz zaliczonych umiejętności określonych w programie praktyki zawodowej

|  |  |
| --- | --- |
| **Wykaz umiejętności – Fizykoterapia 20h** | **Podpis opiekuna**  |
| Potrafi przeprowadzić badanie podmiotowe i przedmiotowe pacjenta na potrzeby fizjoterapii. |   |
| Potrafi zaplanować, weryfikować, modyfikować program terapii z użyciem zabiegów fizykalnych w wybranych jednostkach chorobowych. |   |
| Potrafi zaplanować rodzaj zabiegu fizykalnego adekwatnie do stanu zdrowia pacjenta i jednostki chorobowej:  − dobór parametrów zabiegów fizykalnych w warunkach klinicznych,− kontrolowanie przebiegu zabiegów fizykalnych,− ocena reakcji organizmu w odpowiedzi na różne zabiegi fizykalne.  |   |
| Potrafi pod nadzorem personelu wykonać zabiegi z zakresu medycyny fizykalnej. |   |
| Potrafi przygotować pacjenta do zabiegów fizjoterapeutycznych. |   |
| Zna wskazania i przeciwwskazania do poszczególnych rodzajów zabiegów. |  |

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

Wykaz zaliczonych umiejętności określonych w programie praktyki zawodowej

|  |  |
| --- | --- |
| **Wykaz umiejętności – Masaż 20h** | **Podpis opiekuna**  |
| Posiada wiedzę dotyczącą doboru metod masażu i ich skuteczności w leczeniu wybranych jednostek chorobowych. |   |
| Potrafi wykonać zabieg masażu klasycznego jak/i z wykorzystaniem aparatury i urządzeń pomocniczych organizując warsztat pracy masażysty zgodnie z wymogami ergonomii, przestrzegając zasad etyki zawodowej w trakcie realizacji powierzonych zadań.  |   |
| Potrafi dobierać techniki masażu w zależności od wskazań, aktualnego stanu zdrowia, potrzeb i możliwości pacjenta, biorąc odpowiedzialność za ich zdrowie i bezpieczeństwo. |   |
| Potrafi przygotować pacjenta do zabiegu, wykonać poszczególne techniki masażu klasycznego obserwować reakcje pacjenta, zna zasady dawkowania masażu klasycznego(siła bodźca, czas zabiegu). |   |

..…..……..……..……..…………..…………………. (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:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….......

Oświadczenie

Wyrażam zgodę na przedłużenie dobowego czasu wymiaru praktyki do 12 godzin dydaktycznych.

………………………………………………..

 Data i podpis praktykanta