**DZIENNIK** **PRAKTYKI ZAWODOWEJ  
REALIZOWANEJ W RAMACH KSZTAŁCENIA  
W ZAKRESIE FIZJOTERAPII PO VII 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 - 80 godzin  
   dotyczy oddziałów:
   * neurologii i neurochirurgii,
   * kardiologii i kardiochirurgii
   * geriatrii,
   * pediatrii i neurologii dziecięcej.
2. Fizykoterapia i 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 80h** | **Podpis opiekuna** |
| Potrafi wykorzystać zdobytą wiedzę teoretyczną i praktyczną z zakresu narządu ruchu w zakresie niezbędnym dla oceny fizjoterapeutycznej pacjenta. | Kardiologia  Neurologia  Geriatria  Pediatria |
| Potrafi zaplanować fizjoterapię w poszczególnych jednostkach chorobowych narządu ruchu. | Kardiologia  Neurologia  Geriatria  Pediatria |
| Potrafi przeprowadzi podstawowe zabiegi fizjoterapeutyczne w poszczególnych jednostkach chorobowych. | Kardiologia  Neurologia  Geriatria  Pediatria |
| Potrafi uzupełniać dokumentację fizjoterapeutyczną. | Kardiologia  Neurologia  Geriatria  Pediatria |
| Potrafi pracować w zespole terapeutycznym oraz współpracować z innymi specjalistami w procesie leczniczym i rehabilitacyjnym. | Kardiologia  Neurologia  Geriatria  Pediatria |

…..……..……..……..…………..……………………

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Wykaz umiejętności – Fizykoterapia 10h** | **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 podczerwonego i nadfioletowego,  - laseroterapia,  - magnetoterapia,  - zabiegi z użyciem pola magnetycznego wielkiej częstotliwości,  - terapia ultradźwiękowa i fonoforeza,  - inhalacje,  - zabiegi elektroterapii z użyciem prądu stałego oraz prądów małej i średniej częstotliwości. |  |
| Umiejętność przygotowania pacjenta do poszczególnych zabiegów fizjoterapeutycznych. |  |
| Znajomość wskazań i przeciwwskazań do poszczególnych rodzajów ćwiczeń i zasady kwalifikacji do nich. |  |

…..……..……..……..…………..……………………

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Wykaz umiejętności – Masaż 10h** | **Podpis opiekuna** |
| Posiada wiedzę dotyczącą doboru metod masażu i ich skuteczności w leczeniu wybranych jednostek chorobowych. |  |
| Potrafi wykonać zabieg masażu ręcznego jak/ i z wykorzystaniem aparatury i urządzeń pomocniczych organizując warsztat pracy masażysty zgodnie z wymogami ergonomii i 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