**DZIENNIK** **PRAKTYKI ZAWODOWEJ
REALIZOWANEJ W RAMACH KSZTAŁCENIA
W ZAKRESIE FIZJOTERAPII PO II 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 WAKACYJNA ASYSTENCKA**

 **ZAKRES PRAKTYKI ZAWODOWEJ (150h – 5 ECTS)**

1. Umiejętność nawiązywania kontaktu z pacjentem.
2. Posługiwanie się terminologią fizjoterapeutyczną i ogólnomedyczną.
3. Znajomość podstawowych zasad rehabilitacji indywidualnej i zespołowej.
4. Umiejętność przygotowania pacjenta do zabiegu.
5. Umiejętność zakończenia zabiegu fizjoterapeutycznego.
6. Umiejętność wpisania efektów zabiegów do dokumentacji pacjenta.
7. Aktywny udział w pracy zespołu rehabilitacyjnego.
8. Asysta przy badaniu fizjoterapeutycznym pacjenta.
9. Asysta podczas terapii pacjenta z zakresu kinezyterapii i fizykoterapii.
10. Realizacja zadań w sposób odpowiedzialny.
11. Stosowanie zasad BHP obowiązujących w danej placówce.
12. Umiejętność akceptacji opinii członków zespołu.

**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)

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**  |
| Zapoznanie się z trybem i specyfiką pracy danego zakładu i pracy fizjoterapeuty |   |
| Zapoznanie się i stosowanie zasad bhp i p/poż. obowiązujących w danej placówce |   |
| Zapoznanie się z dokumentacją pracowni, gabinetu, oddziałów danej placówki. |   |
| Poznanie podstawowych zasad opieki pielęgnacyjnej i czynne w niej uczestniczenie poprzez pomoc w sprawowaniu opieki nad pacjentem. |   |
| Asystowanie swojemu opiekunowi przy wykonywanych przez niego zabiegach z zakresu kinezyterapii i fizykoterapii |   |
| Asysta przy badaniu fizjoterapeutycznym pacjenta |   |
| Utrwalanie nauczonego sposobu obserwacji pacjenta( zachowanie, sposób poruszania się, ocena emocjonalnego stanu pacjenta) |  |
| Realizacja powierzonych zadań w sposób odpowiedzialny. |  |
| Umiejętność nawiązywania osobistego kontaktu z osobami niepełnosprawnymi w kontekście przyszłej pracy zawodowej i społecznej |  |
| Wykonuje polecenia opiekuna praktyk, sumiennie prowadzi powierzoną dokumentację, wykazuje dbałość o powierzony sprzęt i pacjentów, |  |

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