

**Katedra Fizjoterapii**

**ul. Mickiewicza 8**

**33-100 Tarnów**

# DZIENNIK PRAKTYKI ZAWODOWEJ

# REALIZOWANEJ W RAMACH KSZTAŁCENIA

# W ZAKRESIE FIZJOTERAPII

# Cykl kształcenia: ………………………

5-letnie jednolite studia magisterskie

**Kierunek: Fizjoterapia**

………………………………

Nr albumu

…………………………………………………………………………….

(Imię i nazwisko studenta)

…………………………………………

Imię i nazwisko kierownika Katedry Fizjoterapii

…………………………………….

(Pieczęć jednostki organizacyjnej Uczelni)

Pan (i)

……………………………………………………………………………………..

(imię i nazwisko)

……………………………….

(numer albumu)

Posiadający / posiadająca numer PESEL 1)……………………………………….

………………………………

(Pieczęć i podpis Dziekana Wydziału)

1) W przypadku braku numeru PESEL należy podać cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz kraj jego wydania.

**SPIS TREŚCI.**

1. Organizacja praktyk zawodowych na kierunku fizjoterapia....................................................5

2.Wykaz praktyk zawodowych…………………………............................................................6

2.1. Praktyka asystencka ......................……………………………………………….............6

2.2.1. Wakacyjna praktyka z kinezyterapii...........................................................……..…..

2.2.2. Praktyka z fizjoterapii klinicznej, fizykoterapii i masażu ..............…............................

2.3. Wakacyjna praktyka profilowana – wybieralna.....................…………………………….

2.4. Praktyka z fizjoterapii klinicznej, fizykoterapii i masażu ………………………………...

2.5. Wakacyjna praktyka profilowana – wybieralna……….……………..........................…...

2.6. Praktyka z fizjoterapii klinicznej, fizykoterapii i masażu …….…......................…............

**1. ORGANIZACJA PRAKTYK ZAWODOWYCH NA KIERUNKU FIZJOTERAPIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.P. | Czas realizacji i nazwa praktyki | Liczba godzin | Punkty ECTS |
| 1. | 3 semestr /po I roku/  Praktyka asystencka | 150 | 5 ECTS |
| 2. | 5 semestr /po II roku/  Wakacyjna praktyka z kinezyterapii | 300 | 11 ECTS |
| 3. | 5 semestr /po II roku/  Praktyka z fizjoterapii klinicznej, fizykoterapii i masażu | 100 | 4 ECTS |
| 4. | 7 semestr /po III roku/  Wakacyjna praktyka profilowana - wybieralna | 200 | 7 ECTS |
| 5. | 8 semestr /praktyka semestralna/  Praktyka z fizjoterapii klinicznej, fizykoterapii i masażu | 100 | 4 ECTS |
| 6. | 9 semestr /po IV roku/  Wakacyjna praktyka profilowana - wybieralna | 200 | 7 ECTS |
| 7. | 10 semestr /praktyka semestralna/  Praktyka z fizjoterapii klinicznej, fizykoterapii i masażu | 510 | 20 ECTS |
| **ŁĄCZNIE** | | **1560** | **58 ECTS** |

2. WYKAZ PRAKTYK ZAWODOWYCH

2.2.1. **WAKACYJNA PRAKTYKA Z KINEZYTERAPII**

…………………………………………………………………….

Imię i nazwisko kierownika Katedry Fizjoterapii

…………………………………….

(Pieczęć jednostki organizacyjnej Uczelni)

Pan (i)

…………………………………………………………………………………………………...

Posiadający / posiadająca numer PESEL 2)……………………………………………………...

Miejsce odbywania praktyki.........................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………..........................................................................................................................................................

(Nazwa i adres placówki)

Termin praktyki.....................................................................................................

……………………………………. ………..……………………

(Imię i nazwisko uczelnianego (Imię i nazwisko zakładowego

opiekuna praktyk zawodowych) opiekuna praktyk zawodowych)

………………………………………

(Pieczęć placówki)

2) W przypadku braku numeru PESEL należy podać cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz kraj jego wydania.

**PROGRAM PRAKTYKI ZAWODOWEJ**

**Wakacyjna praktyka z kinezyterapii**

studia stacjonarne: jednolite magisterskie – V semestr, po II roku

**Liczba godzin praktyki: 300 godz.**

Czas trwania: 37 dni roboczych po 8 godz. dydaktycznych dziennie, 1 dzień roboczy po 4 godziny dydaktyczne

**/ 1 godz. dydaktyczna = 45 minut /, 8h dydaktycznych=6 h zegarowych**

|  |  |
| --- | --- |
| LP | TEMATYKA |
| 1. | Zapoznanie z placówką - pracownią kinezyterapii - zasadami jej funkcjonowania, profilem działalności i przepisami BHP.  Zapoznanie się z dostępnym w placówce sprzętem rehabilitacyjnym, nauka praktycznej obsługi aparatury.  Objaśnienie i nauka prowadzenia dokumentacji medycznej obowiązującej w placówce.  Analiza zleceń lekarskich pod kątem planowania sposobu usprawniania i doboru metod.  Zwrócenie uwagi na budowanie właściwych relacji z pacjentem, z rodziną pacjenta, współpracownikami z zespołu rehabilitacyjnego.  Informowanie studentów o konieczności ciągłego doskonalenia zawodowego. |
| 2. | Ćwiczenia bierne właściwe, ćwiczenia czynno-bierne, ćwiczenia bierne redresyjne, wyciągi redresyjne kończyn, ćwiczenia bierne, czynno-bierne |
| 3. | Ćwiczenia wspomagane, samowspomagane |
| 4. | Ćwiczenia czynne w odciążeniu kończyn górnych, dolnych i kręgosłupa, ćwiczenia czynne w odciążeniu z oporem kończyn górnych i dolnych. |
| 5. | Ćwiczenia izometryczne, ćwiczenia synergistyczne. |
| 6. | Ćwiczenia ogólnousprawniające indywidualne i grupowe. |
| 7. | Ćwiczenia równoważne i koordynacyjne, ćwiczenia rozluźniające, relaksacyjne, oddechowe. |
| 8. | Elementy metod terapeutycznych (PIR , PNF, NDT-Bobath, McKenzie). |
| 9. | Pomoc podczas nauki i doskonalenia chodu przy pomocy balkonika, kul lub innego sprzętu pomocniczego. |
| 13 | Podstawowe techniki masażu jako przygotowanie do zabiegów. |

\*Opiekunem praktyki może być magister fizjoterapii lub rehabilitacji ruchowej z przynajmniej 5-letnim stażem pracy

\*\*Realizacja praktyk zgodnie z ustawowym czasem pracy fizjoterapeuty zgodnie z Ustawą z 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2021. 711 z póź zm.) określony w Dziale III czas pracy pracowników opieki zdrowotnej. oraz Ustawą z dnia 25 września 2015 o zawodzie fizjoterapeuty (Dz. U. 2021.553)

\*\*\* Powyższy szczegółowy program praktyki zawodowej może być dostosowany do specyfiki danej placówki rehabilitacyjnej.

**Część I**

Wykaz czynności praktycznych wykonywanych przez praktykanta

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data** | **Rozpoznanie / jednostka chorobowa dotycząca pacjenta (grupy pacjentów)** | **Wykonywane czynności**  **(cel i rodzaj wykonywanych procedur terapeutycznych)** | **Czas wykonywania procedur/ dawka** | **Nabyte efekty kształcenia** |
|  |  |  |  |  |

………………………………………………

(Pieczęć oraz podpis zakładowego opiekuna praktyki)

Wykaz czynności praktycznych wykonywanych przez praktykanta

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data** | **Rozpoznanie / jednostka chorobowa dotycząca pacjenta (grupy pacjentów)** | **Wykonywane czynności**  **(cel i rodzaj wykonywanych procedur terapeutycznych)** | **Czas wykonywania procedur/ dawka** | **Nabyte efekty kształcenia** |
|  |  |  |  |  |

………………………………………………

(Pieczęć oraz podpis zakładowego opiekuna praktyki)

Wykaz czynności praktycznych wykonywanych przez praktykanta

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data** | **Rozpoznanie / jednostka chorobowa dotycząca pacjenta (grupy pacjentów)** | **Wykonywane czynności**  **(cel i rodzaj wykonywanych procedur terapeutycznych)** | **Czas wykonywania procedur/ dawka** | **Nabyte efekty kształcenia** |
|  |  |  |  |  |

………………………………………………

(Pieczęć oraz podpis zakładowego opiekuna praktyki)

Wykaz czynności praktycznych wykonywanych przez praktykanta

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data** | **Rozpoznanie / jednostka chorobowa dotycząca pacjenta (grupy pacjentów)** | **Wykonywane czynności**  **(cel i rodzaj wykonywanych procedur terapeutycznych)** | **Czas wykonywania procedur/ dawka** | **Nabyte efekty kształcenia** |
|  |  |  |  |  |

………………………………………………

(Pieczęć oraz podpis zakładowego opiekuna praktyki)

Wykaz czynności praktycznych wykonywanych przez praktykanta

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data** | **Rozpoznanie / jednostka chorobowa dotycząca pacjenta (grupy pacjentów)** | **Wykonywane czynności**  **(cel i rodzaj wykonywanych procedur terapeutycznych)** | **Czas wykonywania procedur/ dawka** | **Nabyte efekty kształcenia** |
|  |  |  |  |  |

………………………………………………

(Pieczęć oraz podpis zakładowego opiekuna praktyki)

Wykaz czynności praktycznych wykonywanych przez praktykanta

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data** | **Rozpoznanie / jednostka chorobowa dotycząca pacjenta (grupy pacjentów)** | **Wykonywane czynności**  **(cel i rodzaj wykonywanych procedur terapeutycznych)** | **Czas wykonywania procedur/ dawka** | **Nabyte efekty kształcenia** |
|  |  |  |  |  |

………………………………………………

(Pieczęć oraz podpis zakładowego opiekuna praktyki)

**Część II**

**WYKAZ EFEKTÓW KSZTAŁCENIA ORAZ KRYTERIÓW OCENY DLA POSZCZEGÓLNYCH PRAKTYK ZAWODOWYCH**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Student, który zaliczył zajęcia zna  i rozumie/ potrafi/ jest gotów | Kod efektu dla kierunku studiów | Sposób weryfikacji efektu uczenia się | Liczba punktów  (0 - 3 ) | Data | Podpis |
| W ZAKRESIE WIEDZY | | |
| 1. | Zna i rozumie: teoretyczne, metodyczne i praktyczne podstawy kinezyterapii i terapii manualnej; | **FZ\_F.W.02** | wypowiedź ustna |  |  |  |
| 2. | Zna zasady doboru różnych form adaptowanej aktywności fizycznej oraz dyscyplin sportowych osób  z niepełnosprawnościami w rehabilitacji kompleksowej i podtrzymywaniu sprawności osób ze specjalnymi potrzebami | **FZ\_F.W.07** | wypowiedź ustna |  |  |  |
| 3. | Zna zasady etyczne obowiązujące w pracy z pacjentem | **FZ\_F.W09** | wypowiedź ustna |  |  |  |
|  |  |  |  | W ZAKRESIE UMIEJĘTNOŚCI | | |
| 1. | Potrafi: przeprowadzić badania i zinterpretować ich wyniki oraz przeprowadzić testy funkcjonalne niezbędne do doboru środków fizjoterapii, wykonywania zabiegów i stosowania podstawowych metod terapeutycznych | **FZ\_F.U.01** | obserwacja aktywności studenta, dokumentacja  z praktyki |  |  |  |
| 2. | Potrafi samodzielnie wykonywać zabiegi  z zakresu kinezyterapii, terapii manualnej | **FZ\_F.U.02** | obserwacja aktywności studenta, dokumentacja  z praktyki |  |  |  |
| 3. | Potrafi samodzielnie wykonywać powierzone zadania i właściwie organizować własną pracę oraz brać za nią odpowiedzialność | **FZ\_F.U.12** | obserwacja aktywności studenta, dokumentacja  z praktyki |  |  |  |
|  |  |  |  | W ZAKRESIE KOMPETENCJI SPOŁECZNYCH | | |
| 1. | Jest gotów do prezentowania postawy promującej zdrowy styl życia, propagowania i aktywnego kreowania zdrowego stylu życia, promocji zdrowia w trakcie działań związanych z wykonywaniem zawodu i określenia poziomu sprawności niezbędnego do wykonywania zawodu fizjoterapeuty | **FZ\_G.K03** | obserwacja zachowań |  |  |  |
| 2. | Jest gotów do przestrzegania praw pacjenta i zasad etyki zawodowej. | **FZ\_G.K.04** | obserwacja zachowań |  |  |  |
| **ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW W ZAKRESIE: WIEDZY, UMIEJĘTNOŚCI I KOMPETENCJI SPOŁECZNYCH** | | | |  |  |  |

KRYTERIA OCENY WIEDZY, UMIEJĘTNOŚCI I KOMPETENCJI SPOŁECZNYCH.

|  |  |
| --- | --- |
| Liczba punktów | W kategorii wiedzy |
| 0 pkt | - nie posiada dostatecznej wiedzy dotyczącej teoretycznych, metodycznych i praktycznych podstawy kinezyterapii i terapii manualnej. Nie opanował w odpowiednim stopniu zasad doboru różnych form adaptowanej aktywności fizycznej oraz dyscyplin sportowych osób z niepełnosprawnościami w rehabilitacji kompleksowej i podtrzymywaniu sprawności osób ze specjalnymi potrzebami. Nie zna zasad etyczne obowiązujące w pracy z pacjentem. Mimo pomocy ma trudności z prezentowaniem wiadomości z podstaw kinezyterapii i terapii manualnej i rozwiązywaniem problemów nawet o małym stopniu trudności; |
| 1 pkt | - w stopniu dostatecznym zna teoretyczne, metodyczne i praktyczne podstawy kinezyterapii i terapii manualnej. Na poziomie dostatecznym opanował zasady doboru różnych form adaptowanej aktywności fizycznej oraz dyscyplin sportowych osób z niepełnosprawnościami w rehabilitacji kompleksowej i podtrzymywaniu sprawności osób ze specjalnymi potrzebami. Słabo zna zasady etyczne obowiązujące w pracy z pacjentem. Wymaga wyjaśnień i pomocy przy prezentowaniu wiadomości i rozwiązywaniu problemów; |
| 2 pkt | - zna .teoretyczne, metodyczne i praktyczne podstawy kinezyterapii, terapii manualnej. W stopniu dobrym opanował zasady doboru różnych form adaptowanej aktywności fizycznej oraz dyscyplin sportowych osób z niepełnosprawnościami w rehabilitacji kompleksowej i podtrzymywaniu sprawności osób ze specjalnymi potrzebami. Zna zasady etyczne obowiązujące w pracy z pacjentem; Wymaga ukierunkowania ale poprawnie uzasadnia swoje opinie; |
| 3 pkt | - bardzo dobrze zna. teoretyczne, metodyczne i praktyczne podstawy kinezyterapii, terapii manualnej. Opanował zasady doboru różnych form adaptowanej aktywności fizycznej oraz dyscyplin sportowych osób z niepełnosprawnościami w rehabilitacji kompleksowej i podtrzymywaniu sprawności osób ze specjalnymi potrzebami. Zna zasady etyczne obowiązujące w pracy z pacjentem; Poprawnie uzasadnia swoje opinie; |

|  |  |
| --- | --- |
| Liczba punktów | W kategorii umiejętności |
| 0 pkt | - mimo wskazówek i pomocy nie potrafi przeprowadzić badań i zinterpretować ich wyników oraz przeprowadzić testów funkcjonalnych niezbędnych do doboru środków fizjoterapii, wykonywania zabiegów i stosowania podstawowych metod terapeutycznych. Nawet z pomocą nie umie wykonywać zabiegów z zakresu kinezyterapii i terapii manualnej. Mimo ukierunkowania mało sprawnie wykonuje powierzone zadania i organizuje własną pracę. Nie jest świadomy odpowiedzialności za własną prac;. |
| 1 pkt | - z pomocą potrafi przeprowadzić badania i zinterpretować ich wyniki oraz przeprowadzić testy funkcjonalne niezbędne do doboru środków fizjoterapii, wykonywania zabiegów i stosowania podstawowych metod terapeutycznych. Mimo wskazówek ma trudności przy wykonywaniu zabiegów z zakresu kinezyterapii i terapii manualnej. Nawet po ukierunkowaniu mało sprawnie wykonuje powierzone zadania i organizuje własną pracę. Nie jest w pełni świadomy odpowiedzialności za własną pracę; |
| 2 pkt | - ukierunkowany potrafi przeprowadzić badania i zinterpretować ich wyniki oraz przeprowadzić testy funkcjonalne niezbędne do doboru środków fizjoterapii, wykonywania zabiegów i stosowania podstawowych metod terapeutycznych. Wymaga wskazówek przy wykonywaniu zabiegów z zakresu kinezyterapii i terapii manualnej. Po naprowadzeniu prawidłowo wykonuje powierzone zadania i właściwie organizuje własną pracę biorąc za nią odpowiedzialność, |
| 3 pkt | - potrafi sprawnie przeprowadzić badania i zinterpretować ich wyniki oraz przeprowadzić testy funkcjonalne niezbędne do doboru środków fizjoterapii, wykonywania zabiegów i stosowania podstawowych metod terapeutycznych. Prawidłowo i samodzielnie wykonuje zabiegi z zakresu kinezyterapii i terapii manualnej. Samodzielnie i pewnie wykonuje powierzone zadania i właściwie organizuje własną pracę biorąc za nią odpowiedzialność; |

|  |  |
| --- | --- |
| Liczba punktów | W kategorii kompetencji społecznych |
| 0 pkt | .- mimo uwag nie wykazuje postawy promującej zdrowie i zdrowy stylu życia w trakcie działań związanych z wykonywaniem zawodu fizjoterapeuty. Nie świadomy konieczności zachowania określonego poziomu sprawności niezbędnego do wykonywania zawodu fizjoterapeuty. Nie przestrzega praw pacjenta i zasad etyki zawodowej; |
| 1 pkt | - wymaga przypominania o konieczności promocji zdrowia i zdrowego stylu życia w trakcie działań związanych z wykonywaniem zawodu fizjoterapeuty. Nie w pełni świadomy konieczności zachowania określonego poziomu sprawności niezbędnego do wykonywania zawodu fizjoterapeuty. Ma problemy z przestrzeganiem praw pacjenta i zasad etyki zawodowej; |
| 2 pkt | - w sposób dobry prezentuje postawę promującą zdrowy styl życia i promocję zdrowia w trakcie działań związanych z wykonywaniem zawodu fizjoterapeuty. Wymaga uwag dotyczących konieczności zachowania określonego poziomu sprawności niezbędnego do wykonywania zawodu fizjoterapeuty. Bez zarzutu przestrzega praw pacjenta i zasad etyki zawodowej.- |
| 3 pkt | - wzorowo prezentuje postawę promującą zdrowy styl życia i promocję zdrowia w trakcie działań związanych z wykonywaniem zawodu fizjoterapeuty. Jest świadomy określonego poziomu sprawności niezbędnego do wykonywania zawodu fizjoterapeuty. Przestrzega praw pacjenta i zasad etyki zawodowej; |

Liczba opuszczonych godzin (usprawiedliwione / nieusprawiedliwione)..................................

Uwagi dotyczące praktyki zawodowej.......................................................................................

..................................................................................................................................................…

………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………...

Podstawą zaliczenia praktyki jest uzyskanie co najmniej 1 punktu za realizację każdego efektu kształcenia. Jeżeli student otrzyma 0 punktów za realizowany efekt nie zalicza go i tym samym nie zalicza praktyk.

**Kryteria oceny:  
bardzo dobry (bdb);** 5,0 ≥ 90 %   
**dobry plus (+db);** 90% > 4,5 ≥ 85 %  
**dobry (db);** 85% > 4,0 ≥ 80 %  
 **dostateczny plus (+dst);** 80% > 3,5 ≥ 70 %   
**dostateczny (dst);** 70% > 3,0 ≥ 60 %   
**niedostateczny (ndst).** 60% > 2,0

Zaliczenie / brak zaliczenia (niepotrzebne skreślić) na ocenę...................................................

Data............................. ………………………………………………

(Pieczęć oraz podpis zakładowego opiekuna praktyki)

**Część III**

Rozstrzygnięcie w sprawie skrócenia praktyki zawodowej oraz informacja o jego przekazaniu do kierownika jednostki organizacyjnej uczelni.

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………

(Pieczęć oraz podpis uczelnianego opiekuna praktyki)

**Część IV**

Informacja o skróceniu praktyki zawodowej

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………

(Pieczęć oraz podpis uczelnianego opiekuna praktyki)

**Część V**

**…………………………………………… ……………………………………………**

(Pieczęć jednostki organizacyjnej Uczelni) (Pieczęć placówki)

Pan (i)

…………………………………………………………………………………………………..

Posiadający / posiadająca numer PESEL 3)……………………………………….

Zaliczył(a) praktykę zawodową realizowaną w okresie: od …………………………………….. do……………………………………………………...

w podmiocie leczniczym ………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………...………………………………………………………………………………………………….………………………………………...…………………………………………………………

(nazwa i adres placówki)

na ocenę………………………………………………….

Tarnów, dnia……………. ………………………………..

(Pieczęć oraz podpis

zakładowego opiekuna praktyki)

3) W przypadku braku numeru PESEL należy podać cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz kraj jego wydania.

**Część VI**

**PODSUMOWANIE PRAKTYKI**

**OCENA KOŃCOWA Z PRAKTYKI SKŁADA SIĘ Z OCEN CZĄSTKOWYCH:**

1. Oceny studenta / studentki wystawionej przez zakładowego opiekuna praktyki   
   (stanowi 50% oceny końcowej)
2. Oceny studenta / studentki wystawiona przez uczelnianego opiekuna praktyki (stanowi 25% oceny końcowej)
3. Samooceny studenta / studentki (stanowi 25% oceny końcowej)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj oceny: | Ocena |
| 1. | Ocena studenta / studentki wystawiona przez zakładowego opiekuna praktyki |  |
| 2. | Ocena studenta / studentki wystawiona przez uczelnianego opiekuna praktyki |  |
| 3. | Samoocena studenta / studentki |  |

**Ocena końcowa**: ………………………………..

Tarnów, dnia……………… ………………………………..

(Pieczęć oraz podpis

uczelnianego opiekuna praktyki)