

**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

2.2.2. **WAKACYJNA PRAKTYKA PROFILOWANA - WYBIERALNA**

…………………………………………………………………….

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**

**Praktyka wakacyjna profilowana - wybieralna**

Studia stacjonarne: jednolite magisterskie – po VIII semestrze

**Liczba godzin praktyki: 200 godz. dydaktycznych**

**PRAKTYKA WAKACYJNA PROFILOWANA-WYBIERALNA:**

obozy sportu adaptowanego/obozy aktywnej rehabilitacji, turnusy rehabilitacyjne (szpital sanatoryjny), oddział ortopedii,   
oddział neurochirurgii, oddział rehabilitacji, Domy Pomocy Społecznej, poradnie rehabilitacji leczniczej (kinezyterapia, fizykoterapia)

Czas trwania: ≈**25 DNI po 8 godzin dydaktycznych dziennie**

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | **TEMATYKA** |
| 1. | Zapoznanie z placówką - zasadami jej funkcjonowania, profilem działalności i przepisami BHP.  Objaśnienie i nauka prowadzenia dokumentacji medycznej obowiązującej w placówce.  Analiza zleceń lekarskich pod kątem planowania sposobu usprawniania doboru metod, środków. |
| 2 | Praktyczna realizacja pod nadzorem opiekuna praktyk:   * dobór zaopatrzenia ortopedycznego stosownie do rodzaju dysfunkcji i potrzeb pacjenta na każdym etapie rehabilitacji * zastosowanie oraz wyjaśnienie pacjentowi potrzeby i sposobu korzystania z pomocy ortopedycznych * praktyczne wykorzystanie umiejętności w zakresie specjalistycznych form ruchowych sportowych, rekreacyjnych, zdrowotnych * praktyczne wykorzystanie umiejętności w zakresie adaptowanej aktywności fizycznej i sportu osób niepełnosprawnych w zakresie programowania, doboru, uczenia różnych form zajęć rekreacyjnych i sportowych |
| 3 | Kształtowanie właściwych postaw związanych z:   * budowaniem właściwych relacji z pacjentem, z rodziną pacjenta, współpracownikami z zespołu rehabilitacyjnego * zaangażowaniem na rzecz społeczeństwa, w tym społeczności lokalnej |

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

\*\*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 UCZENIA ORAZ KRYTERIÓW OCENY DLA POSZCZEGÓLNYCH PRAKTYK ZAWODOWYCH**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Student: | Kod efektu dla kierunku studiów | Sposób weryfikacji efektu uczenia się | Liczba punktów  (0 - 3 ) | Data | Podpis |
| W ZAKRESIE WIEDZY | | |
| 1. | Zna zasady postępowania fizjoterapeutycznego oparte na dowodach naukowych (evidence based medicine/physiotherapy); | **FZ\_F.W.10** | wypowiedź ustna, dokumentacja praktyki |  |  |  |
| 2. | Zna standardy fizjoterapeutyczne | **FZ\_F.W.11** | wypowiedź ustna, dokumentacja praktyki |  |  |  |
| 2. | Zna podstawowe zagadnienia dotyczące zależności psychosomatycznych i metod z zakresu budowania świadomości ciała | **FZ\_F.W.15** | wypowiedź ustna, dokumentacja praktyki |  |  |  |
|  |  |  |  | W ZAKRESIE UMIEJĘTNOŚCI | | |
| 1. | Potrafi tworzyć, weryfikować i modyfikować programy usprawniania osób z różnymi dysfunkcjami układu ruchu i innych narządów oraz układów, stosownie do ich stanu klinicznego  i funkcjonalnego, oraz celów kompleksowej rehabilitacji | **FZ\_F.U.03** | obserwacja aktywności studenta, dokumentacja  z praktyki |  |  |  |
| 2. | Potrafi aktywnie uczestniczyć w pracach zespołu terapeutycznego | **FZ\_F.U.14** | obserwacja zachowań |  |  |  |
| 3. | Potrafi przestrzegać praw pacjenta | **FZ\_F.U.17** | obserwacja zachowań |  |  |  |
|  |  |  |  | W ZAKRESIE KOMPETENCJI SPOŁECZNYCH | | |
| 1. | Jest gotów do formułowania opinii dotyczących różnych aspektów działalności zawodowej | **FZ\_G.K.08** | 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 postępowania fizjoterapeutycznego opartego na dowodach naukowych. Mimo pomocy ma trudności z prezentowaniem wiadomości dotyczących standardów postępowania terapeutycznego, nie zna podstawowych zagadnień dotyczących zależności psychosomatycznych i metod z zakresu budowania świadomości ciała |
| 1 pkt | - w stopniu dostatecznym zna metody dotyczące postępowania fizjoterapeutycznego opartego na dowodach naukowych. Wymaga wyjaśnień i pomocy przy prezentowaniu wiadomości dotyczących standardów postępowania terapeutycznego. W stopniu dostatecznym zna podstawowe zagadnień dotyczących zależności psychosomatycznych i metod z zakresu budowania świadomości ciała. |
| 2 pkt | - zna metody dotyczące postępowania fizjoterapeutycznego opartego na dowodach naukowych. Wymaga ukierunkowania, ale poprawnie uzasadnia swoje opinie w zakresie standardów postępowania fizjoterapeutycznego. |
| 3 pkt | - bardzo dobrze zna metody dotyczące postępowania fizjoterapeutycznego opartego na dowodach naukowych. Bardzo dobrze orientuje się w zagadnieniach dotyczących zależności psychosomatycznych i metod z zakresu budowania świadomości ciała. Poprawnie uzasadnia swoje opinie. |

|  |  |
| --- | --- |
| Liczba punktów | W kategorii umiejętności |
| 0 pkt | - mimo wskazówek i pomocy nie potrafi tworzyć, weryfikować i modyfikować programów usprawniania osób z różnymi dysfunkcjami układu ruchu i innych narządów oraz układów, stosownie do ich stanu klinicznego i funkcjonalnego, oraz celów kompleksowej rehabilitacji. Nie przestrzega praw pacjenta oraz nie umie pracować aktywnie wraz z zespołem terapeutycznym. |
| 1 pkt | - z pomocą potrafi potrafi potrafi tworzyć, weryfikować i modyfikować programów usprawniania osób z różnymi dysfunkcjami układu ruchu i innych narządów oraz układów, stosownie do ich stanu klinicznego i funkcjonalnego, oraz celów kompleksowej rehabilitacji. Nawet po ukierunkowaniu mało sprawnie wykonuje powierzone zadania i organizuje własną pracę. Nie jest w pełni świadomy praw pacjenta oraz w małym stopniu wykazuje zaangażowanie w pracę zespołu terapeutycznego |
| 2 pkt | - ukierunkowany potrafi potrafi tworzyć, weryfikować i modyfikować programy usprawniania osób z różnymi dysfunkcjami układu ruchu i innych narządów oraz układów, stosownie do ich stanu klinicznego i funkcjonalnego oraz celów kompleksowej rehabilitacji. Po naprowadzeniu prawidłowo wykonuje powierzone zadania i angażuje się w pracę zespołu terapetycznego. |
| 3 pkt | - potrafi sprawniepotrafi tworzyć, weryfikować i modyfikować programy usprawniania osób z różnymi dysfunkcjami układu ruchu i innych narządów oraz układów, stosownie do ich stanu klinicznego i funkcjonalnego oraz celów kompleksowej rehabilitacji. Nie ma problemu z przestrzeganiem praw pacjenta. Samodzielnie i pewnie wykonuje powierzone zadania, angażuje się w pracę zespołu terapetycznego. |

|  |  |
| --- | --- |
| Liczba punktów | W kategorii kompetencji społecznych |
| 0 pkt | .- mimo uwag nie wykazuje gotowości do formułowania opinii dotyczących różnych aspektów działalności zawodowej |
| 1 pkt | - wymaga przypominania o roli, jaką fizjoterapeuta pełni w formułowaniu opinii dotyczących różnych aspektów działalności zawodowej |
| 2 pkt | - w sposób dobry prezentuje gotowość do formułowania opinii dotyczących różnych aspektów działalności zawodowej |
| 3 pkt | - wzorowo prezentuje postawę gotowości do formułowania opinii dotyczących różnych aspektów działalności 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)