

 **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. **PRAKTYKA Z FIZJOTERAPII KLINICZNEJ, FIZYKOTERAPII I MASAŻU**

…………………………………………………………………….

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 z fizjoterapii klinicznej, fizykoterapii i masażu**

studia stacjonarne: jednolite magisterskie – w trakcie VIII semestru/ praktyka semestralna

**Liczba godzin praktyki: 100 godz.**

Czas trwania: 12 dni roboczych po 8 godz. dydaktycznych dziennie+1 dzień roboczy po 4h dydaktyczne

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

|  |  |
| --- | --- |
| LP | TEMATYKA: |
| 1.  | Zapoznanie z placówką - oddziałem szpitalnym, pracownią fizykoterapii - zasadami jej funkcjonowania, profilem działalności i przepisami BHP. Zapoznanie się z dostępnym w placówce sprzętem rehabilitacyjnym, aparaturą do zabiegów fizykoterapeutycznych (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 | Dobór i praktyczna realizacja w warunkach klinicznych, pod nadzorem opiekuna praktyk, zabiegów kinezyterapeutycznych z zakresu: ćwiczenia bierne właściwe, - ćwiczenia bierne redresyjne, wyciągi redresyjne kończyn, ćwiczenia wspomagane, samowspomagane, ćwiczenia czynno-bierne, ćwiczenia czynne w odciążeniu kończyn górnych, dolnych i kręgosłupa, ćwiczenia czynne w odciążeniu z oporem kończyn górnych i dolnych, ćwiczenia izometryczne, ćwiczenia synergistyczne, ćwiczenia ogólnousprawniające indywidualne i grupowe, ćwiczenia równoważne i koordynacyjne, ćwiczenia rozluźniające, ćwiczenia relaksacyjne, ćwiczenia oddechowe, elementy metod terapeutycznych (PIR , PNF, NDT-Bobath, McKenzie), podstawowe techniki masażu.  |
| 3 | Pomoc podczas nauki i doskonalenia chodu przy pomocy balkonika, kul lub innego sprzętu pomocniczego.  |
| 4 | Pomoc choremu „w drodze” na zabiegi fizjoterapeutyczne ( za zgodą opiekuna praktyk). |
| 5 | Dobór i praktyczna realizacja pod nadzorem opiekuna praktyk zabiegów fizykoterapeutycznych z zakresu: * termoterapia: ciepłolecznictwo (okłady cieplne, zabiegi parafinowe), krioterapia
* światłolecznictwo: promieniowanie podczerwone i widzialne,

promieniowanie nadfioletowe, biostymulacja laserowa* elektroterapia prąd galwaniczny, prądy impulsowe niskiej częstotliwości,

prądy impulsowe średniej częstotliwości * impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości
* pola wielkiej częstotliwości diatermia krótkofalowa, impulsowe pole magnetyczne wielkiej częstotliwości, diatermia mikrofalowa
* ultradźwięki
* masaż klasyczny i przyrządowy
* hydroterapia i balneoterapia.
 |

 \*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, 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. | rozumie zjawiska fizyczne zachodzącew organizmie człowieka pod wpływem czynników zewnętrznych.  | **FZ\_ F.W.01**  | praca pisemna |  |  |  |
| 2. | zna metody oceny stanu układu ruchu człowieka służące do wyjaśnienia zaburzeń struktury i funkcji tego układu oraz do potrzeb fizjoterapii w dysfunkcjach układu ruchu i w chorobach wewnętrznych | **FZ\_ F.W.03**  | wypowiedź ustna |  |  |  |
| 3. | zna metody opisu i interpretacji podstawowych jednostek i zespołów chorobowych w stopniu umożliwiającym racjonalne stosowanie środków fizjoterapii i planowanie fizjoterapii  | **FZ\_ F.W.05**  | dokumentacja praktyki |  |  |  |
|  |  |  |  | W ZAKRESIE UMIEJĘTNOŚCI |
| 1. | potrafi pracować w zespole interdyscyplinarnym zapewniającym ciągłość opieki nad pacjentem oraz komunikować się z innymi członkami zespołu, z pacjentem i jego rodziną | **FZ\_F.U.08**  | wykonanie zadania  |  |  |  |
| 2. | potrafi stosować się do zasad deontologii zawodowej, w tym do zasad etyki zawodowej fizjoterapeuty |  **FZ\_F.U.16**  | dokumentacjapraktyki |  |  |  |
|  |  |  |  | W ZAKRESIE KOMP.  SPOŁECZNYCH |
| 1. | jest gotów do przyjęcia odpowiedzialności związanej z decyzjami podejmowanymi w ramach działalności zawodowej, w tym w kategoriach bezpieczeństwa własnego i innych osób  | **FZ\_G.K.09**  | 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 metod oceny stanu układu ruchu człowieka do potrzeb fizjoterapii w dysfunkcjach układu ruchu i w chorobach wewnętrznych Mimo pomocy ma trudności z prezentowaniem wiadomości i interpretacji podstawowych informacji dotyczących jednostek i zespołów chorobowych w stopniu umożliwiającym racjonalne stosowanie środków fizjoterapii, rozwiązywanie problemów nawet o małym stopniu trudności. |
| 1 pkt | - w stopniu dostatecznym posiada wiedzę dotyczącą metod oceny stanu układu ruchu człowieka w dysfunkcjach układu ruchu i w chorobach wewnętrznych Wymaga wyjaśnień i pomocy przy prezentowaniu wiadomości i rozwiązywaniu problemów. |
| 2 pkt | - posiada wiedzę dotyczącą metod oceny stanu układu ruchu człowieka do potrzeb fizjoterapii w dysfunkcjach układu ruchu i w chorobach wewnętrznych Wymaga ukierunkowania ale poprawnie uzasadnia swoje opinie. |
| 3 pkt | - bardzo dobrze zna metody oceny stanu układu ruchu człowieka do potrzeb fizjoterapii w dysfunkcjach układu ruchu i w chorobach wewnętrznych Poprawnie uzasadnia swoje opinie;  |

|  |  |
| --- | --- |
| Liczba punktów | W kategorii umiejętności |
| 0 pkt | - mimo wskazówek i pomocy nie potrafi potrafi pracować w zespole interdyscyplinarnym zapewniającym ciągłość opieki nad pacjentem oraz komunikować się z innymi członkami zespołu, z pacjentem i jego rodziną. Nawet z pomocą nie umie wykonywać zabiegów z zakresu kinezyterapii i terapii manualnej, fizykoterapii i masażu. Mimo ukierunkowania mało sprawnie wykonuje powierzone zadania i organizuje własną pracę. Nie jest świadomy zasad etyki zawodowej fizjoterapeuty. |
| 1 pkt |  - z pomocą potrafi pracować w zespole interdyscyplinarnym zapewniającym ciągłość opieki nad pacjentem oraz komunikować się z innymi członkami zespołu, z pacjentem i jego rodziną. Mimo wskazówek ma trudności przy wykonywaniu zabiegów z zakresu kinezyterapii i terapii manualnej, fizykoterapii i masażu Nawet po ukierunkowaniu mało sprawnie wykonuje powierzone zadania i organizuje własną pracę, ma problem z właściwym prowadzeniem dokumentacji medycznej pacjenta Nie jest w pełni świadomy zasad etyki zawodowej fizjoterapeuty. |
| 2 pkt |  - ukierunkowany potrafi pracować w zespole interdyscyplinarnym zapewniającym ciągłość opieki nad pacjentem oraz komunikować się z innymi członkami zespołu, z pacjentem i jego rodziną.. Wymaga wskazówek przy wykonywaniu zabiegów z zakresu kinezyterapii i terapii manualnej, fizykoterapii i masażu. Nie ma problemu z właściwym prowadzeniem dokumentacji medycznej pacjenta. Stosuje zasady etyki zawodowej w zawodzie fizjoterapeuty. |
| 3 pkt | - potrafi pracować w zespole interdyscyplinarnym zapewniającym ciągłość opieki nad pacjentem oraz komunikować się z innymi członkami zespołu, z pacjentem i jego rodziną. Prawidłowo i samodzielnie wykonuje zabiegi z zakresu kinezyterapii i terapii manualnej, fizykoterapii i masażu. Nie ma problemu z właściwym prowadzeniem dokumentacji medycznej pacjenta Samodzielnie i pewnie wykonuje powierzone zadania , rozumie i stosuje stosuje zasady etyki zawodowej fizjoterapeuty. ; |

|  |  |
| --- | --- |
| Liczba punktów | W kategorii kompetencji społecznych |
| 0 pkt | .- mimo uwag nie wykazuje gotowości do przyjęcia odpowiedzialności związanej z decyzjami podejmowanymi w ramach działalności zawodowej, w tym w kategoriach bezpieczeństwa własnego i innych osób; |
| 1 pkt | - wymaga przypominania o gotów do przyjęcia odpowiedzialności związanej z decyzjami podejmowanymi w ramach działalności zawodowej, w tym w kategoriach bezpieczeństwa własnego i innych osób; |
| 2 pkt | - w sposób dobry prezentuje postawę gotowości do przyjęcia odpowiedzialności związanej z decyzjami podejmowanymi w ramach działalności zawodowej, w tym w kategoriach bezpieczeństwa własnego i innych osób. |
| 3 pkt | - wzorowo prezentuje postawę gotowości do przyjęcia odpowiedzialności związanej z decyzjami podejmowanymi w ramach działalności zawodowej, w tym w kategoriach bezpieczeństwa własnego i innych osób . |

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:**

5,0 ≥ 92 % **bardzo dobry** bdb
92% > 4,5 ≥ 84 **dobry plus** db+
84% > 4,0 ≥ 76% **dobry** db
76% > 3,5 ≥ 68 % **dostateczny plus** dst+
68% > 3,0 ≥ 60 % **dostateczny** dst
60% > 2,0 **niedostateczny** ndst

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)