

 **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, dokumentacjaz 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:**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)