

**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.......................................................

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

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

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

**2.1. PRAKTYKA ASYSTENCKA**

…………………………………………………………………….

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 asystencka**

studia stacjonarne: jednolite magisterskie – po II semestrze)

**Liczba godzin praktyki: 150 godz.**

Czas trwania: 18 dni roboczych po 8 godz. dydaktycznych dziennie + 1 dzień 6 godz. dydaktycznych

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

|  |  |
| --- | --- |
| L.p. | TEMATYKA |
| 1. | Zapoznanie z placówką, zasadami jej funkcjonowania, profilem działalności i przepisami BHP. |
| 2. | Zapoznanie się z dostępnym w placówce sprzętem rehabilitacyjnym, nauka praktycznej obsługi aparatury. |
| 3. | Objaśnienie i nauka prowadzenia dokumentacji medycznej obowiązującej w placówce,Analiza zleceń lekarskich pod kątem planowania sposobu usprawniania i doboru metod. |
| 4. | Rola fizjoterapeuty w procesie kompleksowej rehabilitacji i innych specjalistów w zespole terapeutycznym; |
| 5. | Zwrócenie uwagi na budowanie właściwych relacji z pacjentem, z rodziną pacjenta, współpracownikami z zespołu rehabilitacyjnego. |
| 6. | Przypomnienie zasad promocji zdrowia, jej zadań oraz roli fizjoterapeuty w propagowaniu zdrowego stylu życia. |
| 7. | Asystowanie i realizacja pod nadzorem opiekuna praktyk podstawowych ćwiczeń kinezyterapeutycznych z zakresu:- ćwiczenia bierne właściwe, czynno-bierne, wspomagane, samowspomagane- ćwiczenia bierne redresyjne, wyciągi (kończyn, kręgosłupa)- ćwiczenia czynne w odciążeniu- ćwiczenia czynne w odciążeniu z oporem |

\* Praktyka z kinezyterapii po I roku studiów może być realizowana w przychodniach i oddziałach rehabilitacji,
w których wykonywane są zabiegi z zakresu kinezyterapii przewidziane programem praktyk..
\*\*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 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. | rolę fizjoterapeuty w procesie kompleksowej rehabilitacji i innych specjalistów w zespole terapeutycznym;  | FZ\_F.W12  | zaliczenie ustne  |  |  |  |
| 2. | zasady promocji zdrowia, jej zadania oraz rolę fizjoterapeuty w propagowaniu zdrowego stylu życia  | FZ\_F.W14  | zaliczenie ustne  |  |  |  |
| 3. | zasady odpowiedzialności zawodowej fizjoterapeuty  | FZ\_F.W18  | zaliczenie ustne  |  |  |  |
|  |  |  |  | W ZAKRESIE UMIEJĘTNOŚCI |
| 1. | inicjować, organizować i realizować działania ukierunkowane na edukację zdrowotną, promocję zdrowia i profilaktykę niepełnosprawności;  | FZ\_F.U10  | obserwacja aktywności studenta |  |  |  |
| 2. | określić zakres swoich kompetencji zawodowych i współpracować z przedstawicielami innych zawodów medycznych;  |  FZ\_F.U11  | obserwacja aktywności studenta |  |  |  |
|  |  |  |  | W ZAKRESIE KOMP.  SPOŁECZNYCH |
| 1. | dostrzegania i rozpoznawania własnych ograniczeń, dokonywania samooceny deficytów i potrzeb edukacyjnych;  | FZ\_G.K5  | obserwacja |  |  |  |
| **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 zna i nie rozumie roli fizjoterapeuty w procesie kompleksowej rehabilitacji i innych specjalistów w zespole terapeutycznym oraz zasad odpowiedzialności zawodowej fizjoterapeuty. Nie zna zasad promocji zdrowia, jej zadań i roli fizjoterapeuty w propagowaniu zdrowego stylu życia  |
| 1 pkt | - w słabym stopniu zna i rozumie rolę fizjoterapeuty w procesie kompleksowej rehabilitacji i innych specjalistów w zespole terapeutycznym oraz zasady odpowiedzialności zawodowej fizjoterapeuty. Słabo zna i rozumie zasady promocji zdrowia, jej zadania i rolę fizjoterapeuty w propagowaniu zdrowego stylu życia;.  |
| 2 pkt | - w stopniu dobrym zna i rozumie rolę fizjoterapeuty w procesie kompleksowej rehabilitacji i innych specjalistów w zespole terapeutycznym oraz zasady odpowiedzialności zawodowej fizjoterapeuty. Ukierunkowany potrafi wymienić zasady i zadania promocji zdrowia i rolę fizjoterapeuty w propagowaniu zdrowego stylu życia;  |
| 3 pkt | t.- zna i rozumie rolę fizjoterapeuty w procesie kompleksowej rehabilitacji i innych specjalistów w zespole terapeutycznym oraz zasady odpowiedzialności zawodowej fizjoterapeuty. Zna zasady promocji zdrowia, jej zadania i rolę fizjoterapeuty w propagowaniu zdrowego stylu życi;.  |

|  |  |
| --- | --- |
| Liczba punktów | W kategorii umiejętności |
| 0 pkt | - mimo wskazówek nie potrafi inicjować, organizować i realizować działań ukierunkowanych na edukację zdrowotną, promocję zdrowia i profilaktykę niepełnosprawności, określić zakresu swoich kompetencji zawodowych i współpracować z przedstawicielami innych zawodów medycznych;  |
| 1 pkt | - wymaga pomocy i wskazówek przy organizacji i realizacji działań skierowanych na edukację zdrowotną, promocję zdrowia i profilaktykę niepełnosprawności, ma trudności z określeniem zakresu swoich kompetencji zawodowych i z współpracą z przedstawicielami innych zawodów medycznych; |
| 2 pkt | - ukierunkowany potrafi inicjować, organizować i realizować działania skierowane na edukację zdrowotną, promocję zdrowia i profilaktykę niepełnosprawności, nie w pełni potrafi określić zakres swoich kompetencji zawodowych i współpracować z przedstawicielami innych zawodów medycznych; |
| 3 pkt | - bardzo dobrze potrafi inicjować, organizować i realizować działania ukierunkowane na edukację zdrowotną, promocję zdrowia i profilaktykę niepełnosprawności, określić zakres swoich kompetencji zawodowych i współpracować z przedstawicielami innych zawodów medycznych; |

|  |  |
| --- | --- |
| Liczba punktów | W kategorii kompetencji społecznych |
| 0 pkt | - mimo uwag nie potrafi dostrzec i rozpoznać własnych ograniczeń, dokonać samooceny deficytów i potrzeb edukacyjnych;  |
| 1 pkt | - mimo uwag nie w pełni potrafi dostrzec i rozpoznać własne ograniczenia , dokonać samooceny deficytów i potrzeb edukacyjnych; |
| 2 pkt | - wymaga uświadomienia konieczności dostrzegania i rozpoznawania własnych ograniczeń, dokonywania samooceny deficytów i potrzeb edukacyjnych; |
| 3 pkt | - jest gotów do dostrzegania i rozpoznawania własnych ograniczeń, dokonywania samooceny deficytów i potrzeb edukacyjnych; |

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)