



64-100 Leszno, ul. Adama Mickiewicza 5; NIP 697-19-81-908

INSTYTUT ZDROWIA I KULTURY FIZYCZNEJ

Kierunek: Fizjoterapia

DZIENNIK PRAKTYK STUDENCKICH

Praktyka z fizjoterapii klinicznej, fizykoterapii i masażu cz.II

Nazwisko i imię studentanr albumu.....

Rok....., semestr.....,

Studia: jednolite magisterskie; Tryb: stacjonarne

Rok akademicki: 2023/24

Termin realizacji praktyki:.....

Termin oddania dziennika praktyk: 12.02.2024

Miejsce odbywania praktyki.....

(Nazwa instytucji, zakładu pracy - pieczętka)

Zakładowy opiekun praktyki.....

Kierunkowy opiekun praktyk: dr Justyna Adamczyk
Akademia Nauk Stosowanych w Lesznie im. J.A. Komeńskiego
Instytut Zdrowia i Kultury Fizycznej, 64-100 Leszno, ul. Mickiewicza 5
pokój 406, justyna.adamczyk@ansleszno.pl

Biuro praktyk: pokój 131;
email: praktyki@ansleszno.pl tel. 65/5296069

OŚWIADCZENIA STUDENTA

1. Poświadczam posiadanie szczepienia WZW typu B

.....
(data i podpis studenta)

2. Poświadczam posiadanie aktualnej książeczki dla celów sanitarno – epidemiologicznych na praktykach studenckich dla kierunku Fizjoterapia.

.....
(data i podpis studenta)

3. Poświadczam posiadanie ubezpieczenia OC i NNW i ekspozycji zawodowej na praktykach studenckich dla kierunku Fizjoterapia.

.....
(data i podpis studenta)

4. Poświadczam, iż zapoznałem się z uczelnianym i kierunkowym regulaminem praktyk.

.....
(data i podpis studenta)

Własnoręczny podpis studenta:.....

Nr indeksu.....PESEL.....

Praktyka z fizjoterapii klinicznej, fizykoterapii i masażu cz. II

Czas trwania: 50 godzin dydaktycznych

MIEJSCE PRAKTYKI: Praktyka kliniczna dotyczy wyboru jednego zakres tematycznego:

- fizjoterapia kliniczna dzieci: fizjoterapia w pediatrii i/lub fizjoterapia w neurologii dziecięcej
- fizjoterapia kliniczna osób dorosłych i starszych: wybór wskazanych oddziałów szpitalnych w zakresie dysfunkcji narządu ruchu i chorób wewnętrznych,
- fizykoterapia i masaż

CELE PRAKTYKI:

Celem praktyki jest doskonalenie umiejętności oraz praktyczne wykorzystanie wiadomości teoretycznych zdobytych na wykładach i ćwiczeniach.

ZAKRES PROGRAMOWY PRAKTYKI:

1. Zapoznanie się z obowiązującymi regulaminami i przepisami BHP w zakresie fizjoterapii klinicznej oraz w pracowni fizykoterapii, masażu.
2. Prowadzenie dokumentacji medycznej w zakresie fizjoterapii klinicznej oraz w pracowni fizykoterapii, masażu.
3. Przeprowadzanie wywiadów z pacjentami.
4. Poznanie urządzeń wykorzystywanych w pracowni fizykoterapii, pracowni masażu oraz fizjoterapii klinicznej.
5. Przeprowadzanie badania dla potrzeb postępowania fizjoterapeutycznego, ocena stanu pacjenta (oceny postawy ciała i chodu, pomiary siły mięśniowej i zakresów ruchomości stawów, szczegółowa diagnostyka funkcjonalna).
6. Zapoznanie się z metodami fizjoterapeutycznymi wykorzystywanymi w danej placówce.
7. Prawidłowe dobieranie parametrów zabiegowych.
8. Samodzielne wykonywanie zabiegów fizykoterapeutycznych (ciepłolecznictwa, zimnolecznictwa, światłolecznictwa, elektroterapii, magnetoterapii, terapii ultradźwiękami) pod nadzorem dyplomowanego fizjoterapeuty.
9. Prawidłowe dobieranie technik masażu klasycznego do jednostki chorobowej.
10. Wykonywanie zabiegów masażu klasycznego.
11. Wykonywanie zabiegów fizjoterapeutycznych odpowiednio dobranych do określonych jednostek chorobowych pod nadzorem fizjoterapeuty
12. Zapoznanie się z zasadami pracy fizjoterapeuty w ramach zespołu rehabilitacyjnego tzn. lekarzem, psychologiem, logopedą, pielęgniarką.

SKALA I KRYTERIA OCEN ZA PRAKTYKĘ Z FIZJOTERAPII KLINICZNEJ, FIZYKOTERAPII I MASAŻU

Skala ocen:

- Bardzo dobry (5,0)
- Dobry plus (4,5)
- Dobry (4,0)
- Dostateczny plus (3,5)
- Dostateczny (3,0)
- Niedostateczny (2,0)

LISTA OBECNOŚCI NA PRAKTYCE Z FIZJOTERAPII KLINICZNEJ FIZYKOTERAPII I MASAŻU cz.II

Dzień praktyki	Data	Ilość przepracowanych godzin (godziny dydaktyczne)	Podpis opiekuna (pieczętka)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Σ przepracowanych godzin

REALIZOWANY PLAN PRAKTYKI Z FIZJOTERAPII KLINICZNEJ, FIZYKOTERAPII I MASAŻU cz. II

Opis czynności, zadań które student wykonuje na praktyce - szczegółowy opis 10 przypadków – jednostka chorobowa, ICD-10, ICF, choroby współistniejące, krótki wywiad, objawy choroby, testy, prowadzona terapia, zabiegi, (stan pacjenta przed terapią, po terapii)

.....
Podpis opiekuna
(pieczęć)

REALIZOWANY PLAN PRAKTYKI Z FIZJOTERAPII KLINICZNEJ, FIZYKOTERAPII I MASAŻU cz. II

Opis czynności, zadań które student wykonuje na praktyce - szczegółowy opis 10 przypadków – jednostka chorobowa, ICD-10, ICF, choroby współistniejące, krótki wywiad, objawy choroby, testy, prowadzona terapia, zabiegi, (stan pacjenta przed terapią, po terapii)

.....
Podpis opiekuna
(pieczętka)

REALIZOWANY PLAN PRAKTYKI Z FIZJOTERAPII KLINICZNEJ, FIZYKOTERAPII I MASAŻU cz. II

Opis czynności, zadań które student wykonuje na praktyce - szczegółowy opis 10 przypadków – jednostka chorobowa, ICD-10, ICF, choroby współistniejące, krótki wywiad, objawy choroby, testy, prowadzona terapia, zabiegi, (stan pacjenta przed terapią, po terapii)

.....
Podpis opiekuna
(pieczętka)

REALIZOWANY PLAN PRAKTYKI Z FIZJOTERAPII KLINICZNEJ, FIZYKOTERAPII I MASAŻU cz. II

Opis czynności, zadań które student wykonuje na praktyce - szczegółowy opis 10 przypadków – jednostka chorobowa, ICD-10, ICF, choroby współistniejące, krótki wywiad, objawy choroby, testy, prowadzona terapia, zabiegi, (stan pacjenta przed terapią, po terapii)

.....
Podpis opiekuna
(pieczęć)

Ocena uzyskania zamierzonych efektów uczenia się

POTWIERDZENIE EFEKTÓW UCZENIA SIĘ

Osiągnięcie efektów kształcenia w zakresie wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych podczas realizacji całej praktyki – ocena wg przyjętych kryteriów oceny. **Warunkiem zaliczenia praktyki jest uzyskanie oceny pozytywnej z każdego efektu kształcenia.**

	WIEDZA W zakresie wiedzy student/ka zna i rozumie:	OCENA (2, 3, 4, 5)
SJKFIZ.F.W1	zjawiska fizyczne zachodzące w organizmie człowieka pod wpływem czynników zewnętrznych;	
SJKFIZ.F.W2	teoretyczne, metodyczne i praktyczne podstawy kinezyterapii i terapii manualnej, specjalnych metod fizjoterapii, ergonomii oraz fizykoterapii i masażu leczniczego;	
SJKFIZ.F.W6	podstawy edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia oraz profilaktyki z uwzględnieniem zjawiska niepełnosprawności;	
SJKFIZ.F.W9	zasady etyczne obowiązujące w pracy z pacjentem;	
SJKFIZ.F.W11	standardy fizjoterapeutyczne;	
SJKFIZ.F.U5	dobierać wyroby medyczne stosownie do rodzaju dysfunkcji i potrzeb pacjenta na każdym etapie rehabilitacji;	
SJKFIZ.F.U6	Zastosować wyroby medyczne oraz poinstruować pacjenta jak z nich korzystać	
SJKFIZ.F.U7	Wykorzystywać i obsługiwać aparaturę, sprzęt do fizykoterapii i sprzęt do badań funkcjonalnych oraz przygotować stanowiskopracy	
SJKFIZ.F.U8	pracować w zespole interdyscyplinarnym zapewniającym ciągłość opieki nad pacjentem oraz komunikować się z innymi członkami zespołu, z pacjentem i jego rodziną;	
SJKFIZ.F.U9	wprowadzić dane i uzyskane informacje oraz opis efektów zabiegów i działań terapeutycznych do dokumentacji pacjenta;	
SJKFIZ.F.U14	aktywnie uczestniczyć w pracach zespołu terapeutycznego	
SJKFIZ.F.U16	stosować się do zasad deontologii zawodowej, w tym do zasad etyki zawodowej fizjoterapeuty;	
SJKFIZ.F.U17	przestrzegać praw pacjenta;	
SJKFIZ.F.U18	nawiązać relację z pacjentem i współpracownikami opartą na wzajemnym zaufaniu i szacunku.	

Opinia o studencie.....

.....
.....
.....
.....

.....

Pieczątka i podpis Zakładowego opiekuna praktyk

DRUK DLA UCZELNI:

OCENA ZAKŁADOWEGO OPIEKUNA PRAKTYK

Nazwisko i imię studenta/studentkiNumer albumu.....

nazwa i adres placówki – pieczęć placówki

.....
.....

Czas trwania praktyki (podać termin od –do).....

Ocena za praktykę zawodową (Z).....

(ocena w skali od 2 do 5)

.....

Pieczęć i podpis zakładowego opiekuna praktyk

PROTOKÓŁ ZALICZENIA PRAKTYKI

Realizacja praktyki zawodowej (terminowość, dokumentacja, sprawozdanie z praktyki)

Ocena za realizację praktyki (U).....

(ocena w skali od 2 do 5)

Ocena realizacji mini zadań zawodowych (S).....

OCENA KOŃCOWA ZA PRAKTYKĘ ZAWODOWĄ:

0,45 x Z + 0,30 x S + 0,25 x U =

.....

data i podpis instytutowego opiekuna praktyk

DRUK DLA UCZELNI

Instytut.....

Nazwisko i imię studenta/studentkiNumer albumu.....

Kierunek studiów.....

Studia: jednolite magisterskie

Studia: stacjonarne

Termin praktyki.....

Miejsce odbywania praktyki.....

**SPRAWOZDANIE STUDENTA/STUDENKTI Z PRAKTYKI Z
FIZJOTERAPII KLINICZNEJ, FIZYKOTERAPII I MASAŻU
cz. II (50 GODZIN)**

**W CAŁOŚCI ZREALIZOWAŁEM/-am/ PROGRAM PRAKTYKI Z
FIZJOTERAPII KLINICZNEJ, FIZYKOTERAPII I MASAŻU WRAZ Z
EFEKTAMI KSZTAŁCENIA: TAK* / NIE***

**właściwe zaznaczyć*

**Samoocena studenta w zakresie nabytych umiejętności, kompetencji oraz
osiągniętych efektów uczenia się.....**

.....

.....

Data i czytelny podpis studenta/-ki

