



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

## **INSTYTUT ZDROWIA I KULTURY FIZYCZNEJ**

**Kierunek: Fizjoterapia**

### **DZIENNIK PRAKTYK STUDENCKICH**

**Wakacyjna praktyka z kinezyterapii**

Nazwisko i imię studenta .....nr albumu.....

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

Studia: jednolite magisterskie; Tryb: stacjonarne

Rok akademicki: 2023/2024

Termin realizacji praktyki:.....

Termin oddania dziennika praktyk: do 17.09.2024

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](mailto:justyna.adamczyk@ansleszno.pl)

**Biuro praktyk:** pokój 131;

email: [praktyki@ansleszno.pl](mailto: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.....

# Wakacyjna praktyka z kinezyterapii

**Czas trwania: 300 godzin dydaktycznych**

**MIEJSCE PRAKTYKI:** Kliniki, szpitale, sanatoria, ośrodki rehabilitacyjne, ośrodki dziennego pobytu, przychodnie rehabilitacyjne – posiadające wyposażenie kinezyterapii.

## **CELE PRAKTYKI:**

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

## **ZAKRES PROGRAMOWY PRAKTYKI:**

1. Praktyczna ocena stanu funkcjonalnego narządu ruchu ludzi chorych
  - pomiary goniometryczne, liniyjne
  - ocena siły mięśniowej
  - dynamometryczny pomiar siły mięśniowej
  - ocena chodu
2. Dobór odpowiednich rodzajów ćwiczeń w zależności od zmian patomechanicznych oraz zbadanego stanu czynnościowego narządu ruchu.
3. Doskonalenie techniki wykonywania ćwiczeń leczniczych
  - ćwiczenia bierne
  - ćwiczenia czynno-bierne
  - ćwiczenia wspomagane i samowspomagane
  - ćwiczenia w odciążeniu i w odciążeniu z oporem
  - ćwiczenia czynne i czynne z oporem
  - ćwiczenia izometryczne i synergistyczne
  - redresje i wyciągi
  - ćwiczenia oddechowe, rozluźniające
  - nauka chodu
4. Zapoznanie się ze sprzętem z kinezyterapii.
5. Właściwe i zgodne z przeznaczeniem wykorzystanie sprzętu kinezyterapeutycznego.
6. Nauka nawiązania kontaktu z chorym.
7. Zapoznanie się z dokumentacją medyczną i sposobem jej prowadzenia.
8. Zapoznanie się higieną stanowiska pracy i przepisami BHP.

## **SKALA I KRYTERIA OCEN ZA PRAKTYKĘ Z KINEZYTERAPII**

### **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 WAKACYJNEJ PRAKTYCE Z KINEZYTERAPII**

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			

21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			

$\Sigma$  przepracowanych godzin

**REALIZOWANY PLAN WAKACYJNEJ PRAKTYKI Z KINEZYTERAPII**

Opis czynności, zadań które student wykonuje na praktyce w pierwszym tygodniu praktyki  
(szczegółowy opis 5 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 WAKACYJNEJ PRAKTYKI Z KINEZYTERAPII**

Opis czynności, zadań które student wykonuje na praktyce w drugim tygodniu praktyki (szczegółowy opis 5 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 WAKACYJNEJ PRAKTYKI Z KINEZYTERAPII**

Opis czynności, zadań które student wykonuje na praktyce w trzecim tygodniu praktyki (szczegółowy opis 5 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 WAKACYJNEJ PRAKTYKI Z KINEZYTERAPII**

Opis czynności, zadań które student wykonuje na praktyce w czwartym tygodniu praktyki (szczegółowy opis 5 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 WAKACYJNEJ PRAKTYKI Z KINEZYTERAPII**

Opis czynności, zadań które student wykonuje na praktyce w piątym tygodniu praktyki (szczegółowy opis 5 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 WAKACYJNEJ PRAKTYKI Z KINEZYTERAPII**

Opis czynności, zadań które student wykonuje na praktyce w szóstym tygodniu praktyki (szczegółowy opis 5 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 WAKACYJNEJ PRAKTYKI Z KINEZYTERAPII**

Opis czynności, zadań które student wykonuje na praktyce w siódmym tygodniu praktyki (szczegółowy opis 5 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 WAKACYJNEJ PRAKTYKI Z KINEZYTERAPII**

Opis czynności, zadań które student wykonuje na praktyce w ósmym tygodniu praktyki (szczegółowy opis 5 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.**

	<b>WIEDZA</b> <b>W zakresie wiedzy student/ka zna i rozumie:</b>	<b>OCENA</b> <b>(2, 3, 4, 5)</b>
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.W3	metody oceny stanu układu ruchu człowieka służące do wyjaśnienia zaburzeń struktury i funkcji tego układu oraz potrzeb fizjoterapii w dysfunkcjach układu ruchu i chorobach wewnętrznych;	
SJKFIZ.F.W4	metody oceny zaburzeń strukturalnych i funkcjonalnych wywołanych chorobą lub urazem oraz podstawowe reakcje człowieka na chorobę i ból w zakresie niezbędnym dla fizjoterapii	
SJKFIZ.F.W6	Podstawy edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia oraz profilaktyki z uwzględnieniem zjawiska niepełnosprawności	
SJKFIZ.F.W13	Prawne etyczne i metodyczne aspekty prowadzenia badań klinicznych oraz rolę fizjoterapeuty w ich prowadzeniu	
SJKFIZ.F.W17	zasady etyki zawodowej fizjoterapeuty;	
SJKFIZ.F.W18	zasady odpowiedzialności zawodowej fizjoterapeuty.	
	<b>UMIEJĘTNOŚCI</b> <b>W zakresie umiejętności student/ka zna i rozumie:</b>	
SJKFIZ.F.U1	przeprowadzić badania i zinterpretować ich wyniki oraz przeprowadzić testy funkcjonalne niezbędne do doboru środków fizjoterapii, wykonywania zabiegów i stosowania podstawowych metod terapeutycznych;	
SJKFIZ.F.U2.	samodzielnie wykonać zabiegi z zakresu kinezyterapii, terapii manualnej, fizykoterapii i masażu leczniczego;	
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.U11	określić zakres swoich kompetencji zawodowych i współpracować z przedstawicielami innych zawodów medycznych;	

SJKFIZ.F.U12	samodzielnie wykonywać powierzone zadania i właściwie organizować własną pracę oraz brać za nią odpowiedzialność;	
SJKFIZ.F.U17	przestrzegać praw pacjenta;	
SJKFIZ.F.U18	nawiązać relację z pacjentem i współpracownikami opartą na wzajemnym zaufaniu i szacunku.	

Opinia o opinia o studencie.....

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

.....  
Pieczątko i podpis Zakładowego opiekuna praktyk

**DRUK DLA UCZELNI:**

**OCENA ZAKŁADOWEGO OPIEKUNA PRAKTYK**

Nazwisko i imię studenta/studentki .....Numer albumu.....

nazwa i adres placówki – pieczęćka placówki .....

.....  
.....

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

**Ocena za praktykę zawodową (Z).....**

(ocena w skali od 2 do 5)

.....

Pieczęćka i podpis opiekuna praktyk z placówki

**PROTOKÓŁ ZALICZENIA PRAKTYKI**

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

**Ocena za realizację praktyki (U).....**

(ocena w skali od 2 do 5) instytutowy opiekun praktyki

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

(ocena w skali od 2 do 5) instytutowy opiekun praktyki

**OCENA KOŃCOWA ZA PRAKTYKĘ ZAWODOWĄ:**

**0,45 x Z + 0,4 x S + 0,15 x U = .....**

.....

data i podpis instytutowego opiekuna praktyk



**DRUK DLA UCZELNI**

Instytut.....

Nazwisko i imię studenta/studentki .....Numer albumu.....

Kierunek studiów.....

Studia: jednolite magisterskie

Studia: stacjonarne

Termin praktyki.....

Miejsce odbywania praktyki.....

**SPRAWOZDANIE STUDENTA/STUDENTKI Z WAKACYJNEJ  
Z KINEZYTERAPII (300 GODZIN)**

**W CAŁOŚCI ZREALIZOWAŁEM/-am/ PROGRAM WAKCYJNEJ  
PRAKTYKI Z KINEZYTERAPII 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

## **ZAKOŃCZENIE PRAKTYKI**

- Opiekun praktyk w placówce zobowiązany jest do dokonania oceny stopnia osiągnięcia przez studenta zakładanych efektów kształcenia oraz wystawienia oceny końcowej z praktyki w karcie zaliczenia praktyki.
- Dziennik praktyk (trwała oprawa) należy dostarczyć do Biura Praktyk (pokój 131) w wyznaczonym terminie w celu rozliczenia wraz z następującymi dokumentami:
  - Karta zaliczenia praktyki (nie bindować w dzienniku)
  - Sprawozdanie studenta/studentki z praktyki (nie bindować w dzienniku)
  - Ankiety ewaluacyjne dotyczące praktyk zawodowych (wypełnia student oraz opiekun praktyki).

## **ZALICZENIE PRAKTYKI**

- Zaliczenia praktyk zawodowych w karcie zaliczeniowej dokonuje kierunkowy opiekun praktyk na podstawie zaliczenia wszystkich efektów kształcenia na ocenę pozytywną przez opiekuna praktyk, opinii wydanej o studencie, oceny własnej dotyczącej dokumentacji prowadzonego dziennika praktyk (wykonanie planu praktyki, rzetelne i estetyczne prowadzenie dziennika praktyk).
- Warunkiem zaliczenia praktyk jest terminowe dostarczenie dokumentacji związanej z organizacją praktyki (podpisane porozumienie o prowadzenie praktyki, potwierdzenie przyjęcia studenta na praktykę, kryteria doboru placówki/opiekuna praktyki) oraz zdanie dziennika praktyk w terminie wyznaczonym przez opiekuna praktyk.
- Niewywiązanie się z ustalonych terminów powoduje obniżenie oceny z praktyk.