

Kujawska Szkoła Wyższa we Włocławku

Wydział Nauk o Zdrowiu

Kierunek studiów: FIZJOTERAPIA

DZIENNIK PRAKTYK ZAWODOWYCH

……………………………………………………………………………………………………………………

Imię i nazwisko studenta (praktykanta)

……………………………

Nr albumu

PRAKTYKA Z FIZJOTERAPII KLINICZNEJ, FIZYKOTERAPII I MASAŻU

NAZWA ZAKŁADU PRACY:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Pieczęć

Rok studiów: ………………….. Rok akademicki: …………………..

Wymiar praktyki: **100 godzin**

II semestr – **100** **godzin**

Zakładowy opiekun praktyk ……………………………………………………….

Instytutowy opiekun praktyk: …………………………………………….. ………

*cel kształcenia*:

Organizowanie stanowiska pracy w sposób bezpieczny i zgodny z przepisami BHP.

Doskonalenie umiejętności praktycznego wykonywania zabiegów z zakresu fizykoterapii, obsługi aparatów, zbierania wywiadu chorobowego od pacjenta oraz zapoznanie studentów z dokumentacją medyczną/ fizykoterapeutyczną (kartą zabiegów).

Zapoznanie studentów z bezpośrednimi i długotrwałymi efektami zabiegów z zakresu fizykoterapii i masażu oraz z zasadami opieki nad pacjentem w czasie trwania zabiegów fizykalnych i masażu oraz po ich zakończeniu.

Dalsze doskonalenie umiejętności wykonania zabiegów fizykoterapeutycznych przez studentów zgodnie z obowiązująca metodyką i tokiem fizykalnym.

*efekty kształcenia:*

**z zakresu wiedzy**

W\_01. Zna i rozumie teoretyczne, metodyczne i praktyczne podstawy kinezyterapii i terapii manualnej, specjalnych metod fizjoterapii, ergonomii oraz fizykoterapii i masażu leczniczego;

W\_02. Zna i rozumie metody oceny zaburzeń strukturalnych i funkcjonalnych wywołanych chorobą lub urazem oraz podstawowe reakcje człowieka na chorobę i ból w zakresie niezbędnym dla fizjoterapii;

W\_03. Zna i rozumie zasady etyki zawodowej fizjoterapeuty; zna i rozumie zasady odpowiedzialności zawodowej fizjoterapeuty.

**Z zakresu umiejętności**

U\_01. Potrafi pracować w zespole interdyscyplinarnym zapewniającym ciągłość opieki nad pacjentem oraz komunikować się z innymi członkami zespołu, z pacjentem i jego rodziną; Potrafi wprowadzić dane i uzyskane informacje oraz opis efektów zabiegów i działań terapeutycznych do dokumentacji pacjenta;

U\_02. Potrafi wykorzystywać i obsługiwać aparaturę, sprzęt do fizjoterapii i sprzęt do badań funkcjonalnych oraz przygotować stanowisko pracy;

U\_03 Potrafi nawiązać relację z pacjentem i współpracownikami opartą na wzajemnym zaufaniu i szacunku. Potrafi przestrzegać praw pacjenta;

**Z zakresu kompetencji społecznych**

K\_01. Jest gotów do przyjęcia odpowiedzialności związanej z decyzjami podejmowanymi w ramach działalności zawodowej, w tym w kategoriach bezpieczeństwa własnego i innych osób.

ZAKRES CZYNNOŚCI I WYKAZ NABYTYCH UMIEJETNOŚCI

Student:

* Poznaje specyfikę̨ i organizację pracy placówki służby zdrowia- miejsce i rola fizjoterapii w ochronie zdrowia.
* Zapoznaje się̨ z dokumentacją prowadzoną w placówce służby zdrowia oraz nabywa umiejętność́ dokumentowania procesu fizjoterapii w postaci rożnych form zapisu.
* Samodzielnie przeprowadza wywiad chorobowy z pacjentem.
* Ocenia stan kliniczny pacjenta przed i po zastosowaniu zabiegów fizykalnych.
* Nabywa umiejętność́ pomocy pacjentowi w wykonywaniu czynności dnia codziennego.
* Doskonali umiejętność wykonania zabiegów z zakresu ciepłolecznictwa i krioterapii w zależności od wskazań leczniczych.
* Doskonali umiejętność wykonania zabiegów z zakresu światłolecznictwa z uwzględnieniem doboru odpowiedniej odległości lampy od naświetlanej powierzchni, kąta padania promieni i odpowiedniej pozycji pacjenta w zależności od wskazań leczniczych.
* Doskonali umiejętność wykonania zabiegów z zakresu z zakresu elektroterapii z uwzględnieniem doboru odpowiednich parametrów prądu, rodzaju elektrod oraz ich ułożenia i odpowiedniej pozycji pacjenta w zależności od wskazań leczniczych.
* Doskonali umiejętność wykonania zabiegów laseroterapii z uwzględnieniem doboru odpowiedniej długości wiązki laserowej, mocy promieniowania, dawki energii, techniki zabiegu i odpowiedniej pozycji pacjenta w zależności od wskazań leczniczych.
* Doskonali umiejętność przeprowadzenie badania przedmiotowego pacjenta dla potrzeb masażu.
* Doskonali umiejętność wykonania masażu klasycznego grzbietu i karku, kończyn górnych dolnych i klatki piersiowej
* Zapoznaje się̨ ze sprzętem terapeutycznym wykorzystywanym, w danej placówce, do pracy z pacjentem
* Nabywa umiejętność́ kontaktu z pacjentami z poszanowaniem ich praw.
* Nabywa umiejętność́ współpracy z personelem należącym do zespołu terapeutycznego.

.

**CHARAKTERYSTYKA PLACÓWKI**

(realizowane zadania, profil leczniczy, sposób funkcjonowania, organizacja pracy, zadania, prowadzona dokumentacja**)**

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

**OBSERWACJA PROWADZONYCH ZABIEGÓW FIZYKOTERAPEUTYCZNYCH I MASAŻU**

(prowadzenie zabiegu pod nadzorem opiekuna praktyk z ramienia zakładu pracy)

Pacjent 1

Data.......................................................................................................................................

Pacjent/rozpoznanie (ew. grupa pacjentów )......................................................................

Wykonujący zabieg...............................................................................................................

Rodzaj wykonywanego zabiegu...........................................................................................

Cel i zadanie wykonywanego zabiegu.................................................................................

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

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

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

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

Zastosowany sprzęt, metoda terapeutyczna.......................................................................

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

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

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

Szczegółowy opis zabiegu i postępowania terapeutycznego:

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

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

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

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

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

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

Uwagi, spostrzeżenia i zalecenia opiekuna praktyk z ramienia Zakładu pracy:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Wnioski z omówienia zajęć (redaguje je student po przeprowadzonych zajęciach):

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Podpis opiekuna praktyk w placówce (instytucji)

**OBSERWACJA PROWADZONYCH ZABIEGÓW FIZYKOTERAPEUTYCZNYCH I MASAŻU**

( prowadzenie zabiegu pod nadzorem opiekuna praktyk z ramienia zakładu pracy)

Pacjent 2

Data.................................................................................................................................

Pacjent/rozpoznanie ( ew. grupa pacjentów ).................................................................

Rodzaj wykonywanego zabiegu.......................................................................................

Cel i zadanie wykonywanego zabiegu..............................................................................

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

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

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

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

Zastosowany sprzęt, metoda terapeutyczna.........................................................................

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

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

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

Szczegółowy opis zabiegu i postępowania terapeutycznego:

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

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

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

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

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

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

Uwagi, spostrzeżenia i zalecenia opiekuna praktyk z ramienia Zakładu pracy:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Wnioski z omówienia zajęć (redaguje je student po przeprowadzonych zajęciach):

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Podpis opiekuna praktyk w placówce (instytucji)

**OBSERWACJA PROWADZONYCH ZABIEGÓW FIZYKOTERAPEUTYCZNYCH I MASAŻU**

(prowadzenie zabiegu pod nadzorem opiekuna praktyk z ramienia zakładu pracy)

Pacjent 3

Data.................................................................................................................................

Pacjent/rozpoznanie ( ew. grupa pacjentów ).................................................................

Rodzaj wykonywanego zabiegu.......................................................................................

Cel i zadanie wykonywanego zabiegu..............................................................................

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

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

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

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

Zastosowany sprzęt, metoda terapeutyczna.........................................................................

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

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

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

Szczegółowy opis zabiegu i postępowania terapeutycznego:

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

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

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

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

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

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

Uwagi, spostrzeżenia i zalecenia opiekuna praktyk z ramienia Zakładu pracy:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Wnioski z omówienia zajęć (redaguje je student po przeprowadzonych zajęciach):

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Podpis opiekuna praktyk w placówce (instytucji)

**OCENA WŁASNEGO FUNKCJONOWANIA W TOKU WYPEŁNIANYCH ZADAŃ FIZJOTERAPEUTYCZNYCH**

**(*mocne i słabe strony – wypełnia student*)**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

**OBSERWACJA POSTAWY STUDENTA DOKONANA PRZEZ OPIEKUNA PRAKTYK W PLACÓWCE**

**( *wypełnia opiekun praktyk z ramienia zakładu pracy*)**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

***OPINIA OPIEKUNA PRAKTYKI WG KRYTERIÓW OCENY STUDENTA NA PRAKTYCE***

***Praktyka asystencka***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| KRYTERIA OCENY | 2 PKT | 1 PKT | 0 PKT |
| POSTAWA I ZACHOWANIE | poprawne | częściowo poprawne | niepoprawne |
| NAWIĄZANIE KONTAKTU Z PACJENTEM | poprawne i samodzielne | z pomocą̨ | sprawia dużą̨ trudność́ |
| UMIEJĘTNOŚĆ WSPÓŁPRACY Z CZŁONKAMI ZESPOŁU REHABILITACYJNEGO I TERAPEUT. | duża | przeciętna | mała |
| UMIEJĘTNOŚĆPROWADZENIA I KORZYSTANIA Z DOKUMENTACJI | duża | przeciętna | mała |
| INTERPRETACJA WYNIKÓW BADAŃ | poprawna | częściowa poprawna | niepoprawna |
| DOBÓR METOD POSTEPOWANIA ADEKWATNY DO STANU KLINICZNEGO PACJENTA | właściwy | częściowo właściwy | niewłaściwy |
| SPRAWNOŚĆ STUDENTA PODCZAS WYKONYWANIA POWIERZONYCH ZADAŃ | dobra | dostateczna | niedostateczna |

*Ł*ą*czna liczba punktów…………….. Data............................................*

*Ocena Podpis i piecz*ą*tka opiekuna .............................................*

***Legenda:***

14-13 bardzo dobry; 12-11 dobry; 10-9 dostateczny; 8-0 niedostateczny

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| l.p | data | Ilość godzin | Podpis opiekuna |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Razem | |  |  |