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- PRAKTYKA SEMESTRALNA

Praktyka z zakresu fizykoterapii- 100 godzin

Praktyka z zakresu masażu- 60 godzin

Fizjoterapia kliniczna w dysfunkcjach układu ruchu w ortopedii, traumatologii i medycynie sportowej, w neurologii i neurochirurgii, w reumatologii- 150 godzin

Fizjoterapia kliniczna w chorobach wewnętrznych w pulmonologii, kardiologii, geriatrii i pediatrii- 200 godzin

NAZWA ZAKŁADU PRACY:

……

Pieczęć

Rok studiów: …… Rok akademicki: ……

Wymiar praktyki: **510 godzin**

X semestr – **510 godzin**

Zakładowy opiekun praktyk ……

Wydziałowy 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 uczenia się:

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;

U_04. Potrafi przeprowadzić badania i zinterpretować ich wyniki oraz przeprowadzić testy funkcjonalne niezbędne do doboru środków fizjoterapii, wykonywania zabiegów i stosowania podstawowych metod terapeutycznych;

U_05. Potrafi wykonywać zabiegi z zakresu kinezyterapii, fizykoterapii i masażu.

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.

K_02. Jest gotów do prezentowania postawy promującej zdrowy styl życia, propagowania i aktywnego kreowania zdrowego stylu życia i promocji zdrowia w trakcie działań związanych z wykonywaniem zawodu i określania poziomu sprawności niezbędnego do wykonywania zawodu fizjoterapeuty;

K_03. Przestrzega praw pacjenta i zasad etyki zawodowej.

ZAKRES CZYNNOŚCI I WYKAZ NABYTYCH UMIEJETNOŚCI

Student:

- Poznaje specyfikę i organizację pracy placówki służby zdrowia- miejsce i rola fizjoterapii w ochronie zdrowia.
- Zapoznaje się z dokumentacją prowadzoną w placówce służby zdrowia oraz nabywa umiejętność 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 umiejętność 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 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 i kinezyterapii.
- Doskonali umiejętność wykonania masażu klasycznego grzbietu i karku, kończyn górnych dolnych i klatki piersiowej.
- Doskonali umiejętności z zakresu wykonywania zabiegów fizjoterapeutycznych u pacjentów z różnymi jednostkami chorobowymi.
- Doskonali umiejętności pionizacji, nauki chodzenia pacjentów, wykonywania kinezyterapii u pacjentów leżących i chodzących.
- Zapoznaje się ze sprzętem terapeutycznym wykorzystywanym, w danej placówce, do pracy z pacjentem.
- Nabywa umiejętność kontaktu z pacjentami z poszanowaniem ich praw.
- Nabywa umiejętność współpracy z personelem należącym do zespołu terapeutycznego.

CHARAKTERYSTYKA PLACÓWKI

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

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

Pacjent 1

Data……
Pacjent/rozpoznanie……
Wykonujący zabieg.....
Ocena funkcjonalna pacjenta
……
……
……
……
……
……
……
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)

Pacjent 2

Data……
Pacjent/rozpoznanie……
Wykonujący zabieg.....
Ocena funkcjonalna pacjenta
……
……
……
……
……
……
……
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)

Pacjent 3

Data……
Pacjent/rozpoznanie……
Wykonujący zabieg.....
Ocena funkcjonalna pacjenta
……
……
……
……
……
……
……
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)

Pacjent 4

Data……
Pacjent/rozpoznanie……
Wykonujący zabieg.....
Ocena funkcjonalna pacjenta
……
……
……
……
……
……
……
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)

Pacjent 5

Data……
Pacjent/rozpoznanie……
Wykonujący zabieg.....
Ocena funkcjonalna pacjenta
……
……
……
……
……
……
……
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)

Pacjent 6

Data……
Pacjent/rozpoznanie……
Wykonujący zabieg.....
Ocena funkcjonalna pacjenta
……
……
……
……
……
……
……
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)

Pacjent 7

Data……
Pacjent/rozpoznanie……
Wykonujący zabieg.....
Ocena funkcjonalna pacjenta
……
……
……
……
……
……
……
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 z fizjoterapii klinicznej, fizykoterapii i masażu- praktyka semestralna

KRYTERIA OCENY	2 PKT	1 PKT	0 PKT
POSTAWA I ZACHOWANIE	poprawne	częściowo poprawne	niepoprawne
NAWIĄZANIE KONTAKTU Z PACJENTEM	poprawne i samodzielne	z pomocą	sprawia dużą trudność
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

Łączna liczba punktów…….. Data……

Ocena Podpis i pieczątka opiekuna **……**

Legenda:

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

ZALICZENIE PRAKTYKI:

……
Miejscowość, data

……
Podpis opiekuna praktyk zawodowych
WNoZ KSW we Włocławku

l.p	data	Ilość godzin	Podpis opiekuna

Razem			