

Kujawska Szkoła Wyższa we Włocławku
Wydział Nauk o Zdrowiu



Kierunek studiów: FIZJOTERAPIA

DZIENNIK PRAKTYK ZAWODOWYCH

.....
Imię i nazwisko studenta (praktykanta)

.....
Nr albumu



Praktyka fizjoterapeutyczna

– moduł

.....*

*należy wybrać jedną, spośród poniższych modułów

- 1) fizjoterapia w ortopedii i traumatologii;
- 2) fizjoterapia w reumatologii;
- 3) fizjoterapia w neurologii i neurochirurgii;
- 4) fizjoterapia w wieku rozwojowym;
- 5) fizjoterapia w kardiologii i kardiochirurgii;
- 6) fizjoterapia w pulmonologii;
- 7) fizjoterapia w chirurgii;
- 8) fizjoterapia w ginekologii i położnictwie;
- 9) fizjoterapia w pediatrii;
- 10) fizjoterapia w geriatricy;
- 11) fizjoterapia w psychiatrii;
- 12) fizjoterapia w onkologii i medycynie paliatywnej.

NAZWA ZAKŁADU PRACY:

.....

Pieczęć

Rok studiów: Rok akademicki:

Wymiar praktyki: **godzin***

Zakładowy opiekun praktyk

Wydziałowy opiekun praktyk:

.....

*480h w semestrze IX i 480h w semestrze X, należy wpisać ilość godzin przeznaczonych na wybrany przez studenta moduł



cel kształcenia:

- wdrożenie i doskonalenie umiejętności zdobytych w trakcie trwania studiów,
- wykształcenie umiejętności zastosowania zdobytej wiedzy w realnych warunkach pracy,
- nabycie umiejętności poprawnego przeprowadzania procedur diagnostyki funkcjonalnej niezbędnych do wykonywania zawodu fizjoterapeuty,
- nabycie umiejętności właściwego doboru zabiegów fizjoterapeutycznych do rozpoznania klinicznego oraz klinicznej oceny stanu zdrowia pacjenta,
- wykonywanie zabiegów fizjoterapeutycznych w oparciu o diagnozę kliniczną oraz ocenę funkcjonalną pacjenta we współpracy z innymi osobami wykonującymi zawód medyczny,
- nabycie umiejętności planowania procesu usprawniania i kontrolowania jego efektywności,
- nabycie umiejętności prawidłowego prowadzenia dokumentacji medycznej w zakresie fizjoterapii,
- wyrobienie i utrwalenie pozytywnych nawyków zawodowych oraz postawy społecznej niezbędnych w pracy fizjoterapeuty,
- nabycie umiejętności pracy w zespole terapeutycznym,
- nabycie umiejętności organizacyjnych oraz wiedzy teoretycznej i praktycznej niezbędnych do samodzielnego tworzenia warsztatu pracy fizjoterapeuty,
- wyrobienie nawyku samokształcenia koniecznego w pracy fizjoterapeuty,
- nawiązywanie kontaktów pomocnych w poszukiwaniu i kształtowaniu pracy zawodowej.

efekty kształcenia:

Z zakresu umiejętności

P_U1

Umie stosować zaawansowane techniki efektywnego komunikowania się z pacjentem lub grupą pacjentów w procesie postępowania profilaktycznego i fizjoterapeutycznego, potrafi dostosować formę przekazu do partnera interakcji,

umie zmotywować pacjenta, rozpoznawać jego różne stany emocjonalne i rozładowywać napięcie,

posiada zaawansowane umiejętności obsługi sprzętu i specjalistycznej aparatury diagnostyczno-pomiarowej w celu oceny funkcjonalnej pacjenta, niezbędnej w procesie fizjoterapii,

wykazuje się umiejętnościami praktycznymi realizacji założeń planu fizjoterapeutycznego zgodnie z procesem i metodyką nauczania ruchów w odniesieniu do dostępnych warunków oraz zgodnie z obowiązującymi normami,

potrafi współpracować w zespołach terapeutycznych; pełnić rolę przywódczą w zespołach realizujących zadania zawodowe,

posiada umiejętności krytycznej analizy prowadzonego procesu usprawniania, identyfikowania błędów i zaniedbań w praktyce fizjoterapeutycznej na każdym etapie oraz wprowadzania działań naprawczych,

stosuje wiedzę teoretyczną w praktyce fizjoterapeutycznej w bezpośredniej pracy z pacjentem; jest praktycznie przygotowany do pełnienia roli zawodowej,

potrafi prowadzić dokumentację medyczną



Z zakresu kompetencji społecznych

K_01

potrafi dokonać samooceny poziomu swojej wiedzy i umiejętności zawodowych, zdaje sobie sprawę z konieczności uzupełniania ich przez całe życie i inspirowania procesu uczenia się innych osób;

utożsamia się z wartościami, celami i zasadami realizowanymi w praktyce fizjoterapeutycznej, odznacza się rozważą, dojrzałością i zaangażowaniem w projektowaniu, planowaniu i realizowaniu działań terapeutycznych,

okazuje dbałość o prestiż związany z wykonywaniem zawodu i przestrzega zasad etyki zawodowej; kieruje się właściwie pojętą solidarnością zawodową; widzi potrzebę przynależności do organizacji fizjoterapeutów,

jest gotowy go rozwiązywania złożonych problemów etycznych związanych z wykonywaniem zawodu fizjoterapeuty; dostrzega i formułuje problemy moralne i dylematy etyczne związane z własną i cudzą pracą; poszukuje optymalnych rozwiązań, postępując zgodnie z zasadami etyki,

wykazuje odpowiedzialność za własne przygotowanie do pracy, jest przygotowany do formułowania opinii dotyczące różnych aspektów działalności zawodowej

potrafi pracować w zespole rehabilitacyjnym, prawidłowo określając hierarchię swoich zadań, wiedząc jednocześnie kiedy zwrócić się do ekspertów, nie podejmuje działań, które przekraczają jego możliwości i kompetencje, w przypadku trudności z samodzielnym rozwiązaniem problemu zasięga opinii ekspertów,

realizuje zadania w sposób zapewniający bezpieczeństwo własne, otoczenia i współpracowników, przestrzega zasad BHP,

potrafi działać w warunkach niepewności i stresu,



Pacjent 1

Data.....

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

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 (ew. grupa pacjentów).....

Rodzaj wykonywanego zabiegu.....

Ocena funkcjonalna pacjenta

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

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 (ew. grupa pacjentów).....
Rodzaj wykonywanego zabiegu.....
Ocena funkcjonalna pacjenta

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

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 (ew. grupa pacjentów).....
Rodzaj wykonywanego zabiegu.....
Ocena funkcjonalna pacjenta

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

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 (ew. grupa pacjentów).....
Rodzaj wykonywanego zabiegu.....
Ocena funkcjonalna pacjenta

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

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 (ew. grupa pacjentów).....
Rodzaj wykonywanego zabiegu.....
Ocena funkcjonalna pacjenta

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

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 (ew. grupa pacjentów).....
Rodzaj wykonywanego zabiegu.....
Ocena funkcjonalna pacjenta

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

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)



OPINIA OPIEKUNA PRAKTYKI WG KRYTERIÓW OCENY STUDENTA NA PRAKTYCE

KRYTERIA OCENY	2 PKT	1 PKT	0 PKT
POSTAWA I ZACHOWANIE	poprawne	częściowo poprawne	niepoprawne
NAWIĄZANIE KONTAKTU Z PACJENTEM	poprawne samodzielne	i z pomocą	sprawia dużą trudność
UMIEJĘTNOŚĆ WSPÓŁPRACY Z CZŁONKAMI ZESPOŁU REHABILITACYJNEGO I TERAPEUT.	duża	przeciętna	mała
UMIEJĘTNOŚĆ PROWADZENIA I KORZYSTANIA Z DOKUMENTACJI	duża	przeciętna	mała
INTERPRETACJA WYNIKÓW BADAŃ	poprawna	częściowo poprawna	niepoprawna
DOBÓR METOD POSTĘPOWANIA 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 pieczęćka 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 Wrocławku

