Kujawska Szkoła Wyższa
we Włocławku
Wydział Nauk o Zdrowiu

Kierunek studiów: FIZJOTERAPIA

DZIENNIK PRAKTYK ZAWODOWYCH

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

.....
Nr albumu

PRAKTYKA FIZJOTERAPEUTYCZNA

WAKACYJNA PRAKTYKA Z KINEZYTERAPII

NAZWA ZAKŁADU PRACY:

.....

Pieczęć

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

Wymiar praktyki: **300 godzin / 11 ECTS**
IV semestr

Zakładowy opiekun praktyk .....

Wydziałowy opiekun praktyk: ....

---

cel kształcenia:

nabycie praktycznych umiejętności poprawnego i samodzielnego wykonywania zabiegów kinezyterapeutycznych

efekty uczenia się:

- **w zakresie wiedzy student:**

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 metody opisu i interpretacji podstawowych jednostek i zespołów chorobowych w stopniu umożliwiającym racjonalne stosowanie środków fizjoterapii i planowanie fizjoterapii;

- **w zakresie umiejętności student:**

U_01. Potrafi przeprowadzić badania i zinterpretować ich wyniki oraz przeprowadzić testy funkcjonalne niezbędne do doboru środków fizjoterapii, wykonywania zabiegów i stosowania podstawowych metod terapeutycznych;
U_02. 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_03. Potrafi pracować w zespole i przyjmować odpowiedzialność za udział w podejmowaniu decyzji; potrafi aktywnie uczestniczyć w pracach zespołu terapeutycznego;
U_04. Potrafi wykorzystywać i obsługiwać aparaturę i sprzęt do fizjoterapii, sprzęt do badań funkcjonalnych oraz przygotować stanowisko pracy;
U_05 Potrafi nawiązać relację z pacjentem i współpracownikami opartą na wzajemnym zaufaniu i szacunku.

- **w zakresie kompetencji społecznych student:**

K_01. Jest gotów do nawiązania i utrzymania pełnego szacunku kontaktu z pacjentem, a także okazywania zrozumienia dla różnic światopoglądowych i kulturowych;

ZAKRES CZYNNOŚCI I WYKAZ NABYTYCH UMIEJĘTNOŚCI

- Doskonali umiejętność badania pacjenta dla potrzeb kinezyterapii.
- Doskonali umiejętność pomiaru: zakresu ruchu, długości, obwodów i siły mięśniowej.
- Ocenia postawę ciała i chód pacjentów.
- Nabywa umiejętność doboru odpowiedniego sprzętu do wykonania zabiegów z zakresu kinezyterapii.
- Doskonali umiejętność prowadzenia ćwiczeń indywidualnych i zespołowych wg systematyki ćwiczeń.
- Tworzy i prowadzi dokumentację pacjenta dotyczącą wykonywanych zabiegów kinezyterapeutycznych.
- Zapoznaje się z metodami fizjoterapeutycznymi.

CHARAKTERYSTYKA PLACÓWKI

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

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

OBSERWACJA PROWADZONYCH ZABIEGÓW KINEZYTERAPEUTYCZNYCH

(asysta, 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 KINEZYTERAPEUTYCZNYCH

(asysta, 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)

SAMODZIELNE PROWADZENIE POSTĘPOWANIA LECZNICZEGO (OPIS PRZYPADKU)

Pacjent 1

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)

SAMODZIELNE PROWADZENIE POSTĘPOWANIA LECZNICZEGO (OPIS PRZYPADKU)

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)

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

Wakacyjna praktyka z kinezyterapii

KRYTERIA OCENY	2 PKT	1 PKT	0 PKT
POSTAWA I ZACHOWANIE	poprawna	częściowo poprawna	niepoprawna
NAWIĄZANIE KONTAKTU Z PACJENTEM	poprawne i samodzielne	z pomocą	sprawia dużą trudność
SAMODZIELNOŚĆ PRZY WYKONYWANIU ZABIEGÓW	Pełni samodzielnie	Częściowo samodzielne	ograniczona
UMIEJĘTNOŚĆ WSPÓŁPRACY Z CZŁONKAMI ZESPOŁU REHABILITACYJNEGO I TERAPEUT.	duża	przeciętna	mała
UMIEJĘTNOŚĆ PROWADZENIA 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……. ocena ……Data.....

Legenda:

16-15 bardzo dobry; 14-13 dobry; 12-11 dostateczny; 10-0 niedostateczny

ZALICZENIE PRAKTYKI:

…… ……..

Miejscowość, data

Podpis opiekuna praktyk zawodowych WNoZ KSW we Włocławku

LISTA OBECNOŚCI

L.p	data	Ilość godzin	Podpis opiekuna
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.			
Razem			