

Kujawska Szkoła Wyższa
we Włocławku
Wydział Nauk o Zdrowiu



Kierunek studiów: FIZJOTERAPIA

DZIENNIK PRAKTYK ZAWODOWYCH

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

.....
Nr albumu



PRAKTYKA FIZJOTERAPEUTYCZNA - ASYSTENCKA

NAZWA ZAKŁADU PRACY:

.....

Pieczęć

Rok studiów: Rok akademicki:

Wymiar praktyki: **150 godzin / 5 pkt ECTS**

II semestr

Zakładowy opiekun praktyk

Wydziałowy opiekun praktyk:

cel kształcenia:

nabycie praktycznych umiejętności kontaktu z pacjentem i współpracy w interdyscyplinarnym zespole oraz prawidłowego prowadzenia dokumentacji

efekty uczenia się:

- **w zakresie wiedzy student:**

W_01. Zna i rozumie zjawiska fizyczne zachodzące w organizmie człowieka pod wpływem czynników zewnętrznych;

W_02. Zna i rozumie metody oceny stanu układu ruchu człowieka służące do wyjaśnienia zaburzeń struktury i funkcji tego układu oraz do potrzeb fizjoterapii w dysfunkcjach układu ruchu i w chorobach wewnętrznych;

W_03. Zna i rozumie zasady etyczne obowiązujące w pracy z pacjentem;

W_04. Zna i rozumie rolę fizjoterapeuty w procesie kompleksowej rehabilitacji i innych specjalistów w zespole terapeutycznym;

- **w zakresie umiejętności student:**

U_01. Potrafi pracować w zespole i przyjmować odpowiedzialność za udział w podejmowaniu decyzji;

U_02. Potrafi aktywnie uczestniczyć w pracach zespołu terapeutycznego;

U_03. Potrafi stosować się do zasad deontologii zawodowej, w tym do zasad etyki zawodowej fizjoterapeuty;

U_04. Potrafi nawiązać relację z pacjentem i współpracownikami opartą na wzajemnym zaufaniu i szacunku.

- **w zakresie kompetencji społecznych student:**

K_01. Jest gotów do dostrzegania i rozpoznawania własnych ograniczeń, dokonywania samooceny deficytów i potrzeb edukacyjnych



OBSERWACJA PROWADZONYCH ZABIEGÓW FIZYKOTERAPEUTYCZNYCH I 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 FIZYKOTERAPEUTYCZNYCH I 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)



OBSERWACJA PROWADZONYCH ZABIEGÓW FIZYKOTERAPEUTYCZNYCH I KINEZYTERAPEUTYCZNYCH

(asysta, 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)



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 pomocą	sprawia dużą trudność
UMIEJĘTNOŚĆ WSPÓŁPRACY Z CZŁONKAMI ZESPOŁU REHABILITACYJNEGO I TERAPEUTYCZNEGO	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 praktyki

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



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			