



Akademia WSB

DZIENNIK

PRAKTYKI ZAWODOWEJ REALIZOWANEJ W RAMACH KSZTAŁCENIA W ZAKRESIE FIZJOTERAPII

**PRAKTYKA Z FIZJOTERAPII KLINICZNEJ,
FIZYKOTERAPII I MASAŻU**

sem. V (100h dydaktycznych)

.....
(własnoręczny podpis praktykanta)

.....
(imię i nazwisko kierownika
jednostki organizacyjnej uczelni)

.....
(pieczęć, nadruk lub naklejka
zawierające nazwę, adres oraz NIP
jednostki organizacyjnej uczelni)

Pan(i)

.....
(imię i nazwisko praktykanta)

Posiadający/posiadająca numer PESEL *¹⁾

.....
(data rozpoczęcia praktyki zawodowej)

.....
(imię i nazwisko opiekuna)

.....
(pieczęć, nadruk lub naklejka
zawierające imię i nazwisko oraz
oznaczenie funkcji opiekuna,
oraz jego własnoręczny podpis)

*¹ W przypadku braku numeru PESEL należy podać cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz kraj jego wydania.

Część I

Wykaz czynności praktycznych wykonywanych przez praktykanta

| Data | Wyszczególnienie zajęć – wykonywane czynności praktyczne i nabyte umiejętności |
|-------------|---|
| | |

.....
(pieczętka i podpis opiekuna)

Wykaz czynności praktycznych wykonywanych przez praktykanta

| Data | Wyszczególnienie zajęć – wykonywane czynności praktyczne i nabyte umiejętności |
|-------------|---|
| | |

.....
(pieczętka i podpis opiekuna)

Część II

Wykaz zaliczonych umiejętności określonych w programie praktyki zawodowej

| Wykaz umiejętności | Podpis opiekuna |
|--|------------------------|
| Podstawowa umiejętność przeprowadzenia badań i zinterpretowania ich wyników oraz przeprowadzenia testów funkcjonalnych niezbędnych do doboru środków fizjoterapii, wykonywania zabiegów i stosowania podstawowych metod terapeutycznych; | |
| Umiejętność tworzenia programów usprawniania osób z różnymi dysfunkcjami układu ruchu i innych narządów oraz układów, stosownie do ich stanu klinicznego i funkcjonalnego, oraz celów kompleksowej rehabilitacji; | |
| Umiejętność metodycznych i praktycznych podstaw specjalnych metod fizjoterapii, ergonomii oraz fizykoterapii i masażu leczniczego; znajomość wskazań i przeciwwskazań do zabiegów; | |
| Podstawowa umiejętność wykonania zabiegów fizykalnych – zabiegi ciepłne miejscowe i ogólne (zabieg sauny), miejscowe zabiegi schładzania i krioterapii, kąpiele i półkąpiele, natryski, masaż wirowy kończyn górnych i dolnych, masaż podwodny, zabiegi z użyciem światła podczerwonego i nadfioletowego, laseroterapia, magnetoterapia, zabiegi z użyciem pól magnetycznych wielkiej częstotliwości, terapia ultradźwiękowa i fonoforeza, inhalacje; zabiegi elektroterapii z użyciem prądu stałego oraz prądów małej i średniej częstotliwości i inne; | |
| Umiejętność wykorzystywania i obsługiwania aparatury, sprzętu do fizjoterapii i sprzętu do badań funkcjonalnych oraz przygotowania stanowiska pracy; | |
| Umiejętność interpretacji zjawisk fizycznych zachodzących w organizmie człowieka pod wpływem czynników zewnętrznych; | |
| Umiejętność wykazania specjalistycznych umiejętności ruchowych z zakresu wybranych form aktywności fizycznej; | |
| Umiejętność samodzielnego wykonywania powierzonych zadań i właściwej organizacji własnej pracy oraz brania za nią odpowiedzialności; | |
| Umiejętność pracowania w zespole interdyscyplinarnym zapewniającym ciągłość opieki nad pacjentem oraz komunikowania się z innymi członkami zespołu, z pacjentem i jego rodziną; | |

.....
(pieczętka i podpis opiekuna)

Część IV
Informacja o skróceniu praktyki zawodowej

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

.....
(pieczętka i podpis opiekuna)

Część V

Opinia opiekuna praktyki zawodowej realizowanej w ramach kształcenia fizjoterapeutów

Nazwa uczelni i jednostki organizacyjnej uczelni: Akademia WSB w Dąbrowie Górniczej

Imię i nazwisko studenta:

Imię i nazwisko opiekuna praktyki:

Nazwa i adres podmiotu leczniczego:

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

1. Ocena przygotowania teoretycznego studenta do wykonywanej pracy

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

2. Ocena umiejętności praktycznych

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

3. Ocena kompetencji społecznych

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

Ocena końcowa (2.0; 3.0; 3,5; 4.0; 4.5; 5.0)

.....
(pieczętka i podpis opiekuna)

.....
(pieczęć, nadruk lub naklejka
zawierające nazwę, adres oraz NIP
jednostki organizacyjnej uczelni)

.....
(pieczęć, nadruk lub naklejka
zawierające nazwę, adres oraz NIP
podmiotu leczniczego)

Pan(i)

.....
(imię i nazwisko praktykanta)

posiadający/posiadająca numer PESEL *¹⁾

.....
zaliczył(a) praktykę zawodową realizowaną w okresie od do

w podmiocie leczniczym

.....
.....
.....
.....
(nazwa i adres podmiotu leczniczego)

.....
(data, pieczęć, nadruk lub naklejka
zawierające imię i nazwisko oraz
oznaczenie funkcji opiekuna,
oraz jego własnoręczny podpis)

.....
(data, pieczęć, nadruk lub naklejka
zawierające imię i nazwisko oraz
oznaczenie funkcji kierownika
jednostki organizacyjnej uczelni
oraz jego własnoręczny podpis)

KRYTERIA ZALICZENIA PRAKTYK NA KIERUNKU FIZJOTERAPIA

Ocenę 5.0 (bardzo dobry)

– otrzymuje student, który podczas praktyk:

- wykazuje wzorową postawę etyczną i wzorowe zachowanie względem pacjentów, członków zespołu terapeutycznego oraz koleżanek i kolegów,
- w sposób pełny i rzeczowy dokonuje analizy dokumentacji medycznej, adekwatnie do stanu zdrowia pacjenta
- sprawnie ustala plan postępowania rehabilitacyjnego z uwzględnieniem modyfikacji działania w stanach i sytuacjach nietypowych,
- wzorowo, samodzielnie i sprawnie realizuje zaplanowane zadania przez zakładowego opiekuna praktyk,
- w pracy podejmuje działania określone i wskazane przez opiekuna oraz wykazuje się własną inicjatywą i wzorowym zaangażowaniem,
- prezentuje wysoki poziom wiedzy merytorycznej,
- cechuje się kreatywnością w działaniu i łatwością w nawiązywaniu kontaktów, jest komunikatywny.

Ocenę 4.0 (dobry)

– otrzymuje student, który podczas praktyk:

- wykazuje właściwą postawę etyczną i właściwe zachowanie względem pacjentów, członków zespołu terapeutycznego oraz koleżanek i kolegów,
- nie w pełni rozpoznaje problemy pacjentów oraz dokonuje analizy dokumentacji medycznej,
- w ustalaniu planu postępowania rehabilitacyjnego kieruje się standardowymi i odnoszącymi się do typowych sytuacji sposobami działania,
- prawidłowo, samodzielnie i sprawnie realizuje zaplanowane zadania przez zakładowego opiekuna praktyk
- prezentuje zadowalający poziom wiedzy teoretycznej,
- w pracy podejmuje działania określone i wskazane przez opiekuna.

Ocenę 3.0 (dostateczny)

– otrzymuje student, który podczas praktyk:

- wykazuje odpowiednią postawę etyczną i odpowiednie zachowanie względem pacjentów, członków zespołu terapeutycznego oraz koleżanek i kolegów,
- rozpoznaje problemy pacjentów, dokonuje analizy dokumentacji medycznej po ukierunkowaniu przez opiekuna praktyki,
- ustala plan postępowania i opieki przy pomocy opiekuna,
- zlecone zabiegi i czynności fizjoterapeutyczne wykonuje poprawnie tylko we współpracy i z instruktążem opiekuna,
- posiada niewielki zasób wiedzy i wykazuje się małą sprawnością manualną,
- jest zainteresowany pogłębieniem wiadomości i podnoszeniem sprawności swojego działania,
- w pracy ogranicza się wyłącznie do realizacji poleceń opiekuna.

Ocenę 2.0 (niedostateczny)

– otrzymuje student, który podczas praktyk:

- wykazuje nieodpowiednią postawę etyczną względem pacjentów, a jego zachowanie względem innych osób budzi poważne zastrzeżenia,
- nie spostrzega problemów pacjentów i ich zapotrzebowania na zabiegi fizjoterapeutyczne,
- nie ustala planu postępowania i opieki i nie potrafi przeprowadzić zabiegów fizjoterapeutycznych, ogranicza się wyłącznie do realizacji poleceń,
- zlecone zabiegi i czynności fizjoterapeutyczne, wykonuje niepoprawnie nawet we współpracy i z instruktążem opiekuna,
- posiada niewielki zasób wiedzy i wykazuje się zbyt małą sprawnością manualną,
- nie jest zainteresowany pogłębieniem wiadomości i podnoszeniem sprawności swojego działania,
- w pracy ogranicza się wyłącznie do realizacji poleceń opiekuna i wykonuje je z niechęcią.

Uwaga: oceny połówkowe uzyskuje student w przypadku spełnienia częściowo kryteriów odnoszących się do ocen całkowitych.