

**Fizjoterapia Jednolite Studia Magisterskie**

**Dziennik Praktyk**

**III ROK**

Nazwisko i imię studenta...........................................................................

Rok, specjalność i tryb studiów...........................................................................

Nazwa i adres placówki (pieczątka placówki)

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

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

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

tel...........................................

Kierownik/dyrektor placówki (pieczątka) ……………………………………….

……………………………………….

Opiekun praktyk (pieczątka) ……………………………………….

……………………………………….

Termin praktyki.................................................

**Poznań 2017/2018**

**Plan praktyk w III roku studiów**

**Praktyka w pracowni fizykoterapii i masażu, semestr V, 150 godzin, 5 ECTS.**

**Program praktyki**

1. **Miejsce odbywania praktyk**: zakład fizykoterapii (Ośrodek Rehabilitacji Dziennej)
2. **Opiekun Praktyk:** tylko magister fizjoterapii
3. **Ilość godzin praktyk:** 150 godzin do zrealizowania w ciągu 4 tygodnie (8 godzin lekcyjnych dziennie)
4. **Cel praktyki:**
5. Poznanie struktury zakładu opieki zdrowotnej, jej organizacji i zasad funkcjonowania
6. Poznanie zasad przyjęć pacjentów na leczenie i rehabilitację
7. Nauka planowania pracy i organizacji stanowiska pracy
8. Poznanie zasad współpracy w zespole rehabilitacyjnym
9. Poznanie dokumentacji, sposobu jej prowadzenia oraz archiwizacji–historia choroby, karty zabiegowe, sprawozdania
10. doskonalenie umiejętności diagnostyki pacjentów oraz doboru odpowiednich zabiegów
11. poszerzenie wiedzy zdobytej na studiach i rozwijanie umiejętności jej wykorzystania,
12. poszerzenie wiedzy i umiejętności z zakresy fizykoterapii,
13. samodzielne prowadzenie zabiegów fizjoterapeutycznych pod nadzorem opiekuna
14. kształtowanie konkretnych umiejętności zawodowych związanych bezpośrednio z miejscem odbywania praktyki,
15. doskonalenie umiejętności posługiwania się językiem obcym w sytuacjach zawodowych,
16. nabycie umiejętności prowadzenia negocjacji,
17. przygotowanie studenta do samodzielnego wykonywania zadań,
18. stworzenie warunków do aktywizacji zawodowej studenta.
19. **Program praktyki:**
20. Poznanie placówki, w której student realizować będzie praktykę
21. Zapoznanie się ze sprzętem do fizykoterapii w danej placówce (znajomość modeli i możliwości aparatury fizykoterapeutycznej).
22. Obserwacja a następnie metodyczne wykonanie zabiegów fizykalnych w zróżnicowanych jednostkach chorobowych przy wykorzystaniu różnych czynników fizykalnych (pod nadzorem opiekuna praktyk).
23. doskonalenie umiejętności w zakresie wykonywania zabiegów krioterapii, ciepłolecznictwa, parafinoterapii,
24. doskonalenie umiejętności w zakresie wykonywania zabiegów fototerapii: światło widzialne, światło spolaryzowane, promieniowanie podczerwone, promieniowanie laserowe,
25. doskonalenie umiejętności wykonywania zabiegów w zakresie elektrolecznictwa: galwanizacja, jonoforeza, prądy diadynamiczne, prądy interferencyjne, prądy interferencyjne, prądy Tens, prądy Kotza,
26. doskonalenie umiejętności w zakresie elektrodiagnostyki i elektrostymulacji,
27. doskonalenie umiejętności w zakresie wykonywania zabiegów polem elektromagnetycznym wielkiej częstotliwości i polem magnetycznym małej częstotliwości,
28. doskonalenie umiejętności w zakresie wykonywania terapii ultradźwiękami.
29. Szkolenie BHP i PPOŻ na danym stanowisku pracy fizjoterapeuty.
30. **Prowadzenie dziennika praktyk:**
31. W dzienniku praktyk należy zamieścić następujące informacje:
    * Inicjały pacjenta, wiek, rozpoznanie na podstawie karty pacjenta, rodzaj wykonywanego zabiegu (dokładne parametry zabiegu).
    * Przeciwwskazania do stosowanych zabiegów fizykoterapeutycznych.
    * BHP dla poszczególnych zabiegów fizykoterapeutycznych.
    * Opis procedury rejestracji pacjentów i prowadzenia dokumentacji medycznej.
    * Problemy terapeutyczne
    * Postępowanie fizykalne
32. Opis zadań realizowanych każdego dnia powinien zostać sprawdzony i podpisany przez opiekuna praktyk (wymagana pieczątka).
33. Zeszyt praktyk powinien być opisany następująco: imię i nazwisko studenta, rok, tryb studiów, imię i nazwisko dyrektora (pieczątka) lub kierownika placówki (pieczątka) oraz opiekuna praktyk (pieczątka), termin praktyk.
34. **Zakończenie praktyk**:
35. Opiekun praktyk zobowiązany jest do wystawienia końcowej oceny pracy, postawy, zaangażowania studenta na praktyce.
36. Dziennik praktyk należy dostarczyć do Wydziału Zdrowia Publicznego zgodnie z harmonogramem odbywania praktyk wraz ze zgodą na odbycie praktyk w danej placówce, opinią opiekuna praktyk, sprawozdaniem z praktyki zawodowej.
37. **Zaliczenie praktyk:**

a. Pełnomocnik do spraw praktyk zawodowych wystawia ogólną ocenę z praktyk na podstawie opinii wydanej o studencie przez opiekuna praktyk, oceny cząstkowej opiekuna praktyk, oceny własnej prowadzonego dziennika praktyk (zgodne i pełne wykonanie planu praktyki, rzetelne i estetyczne prowadzenie dziennika praktyk).

b. Warunkiem zaliczenia praktyk jest zdanie dziennika praktyk w terminie i zgodnie z wytycznymi po zakończeniu praktyk.

Obecność na praktykach

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Dzień praktyk | Data | Ilość godzin | Podpis opiekuna praktyk |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
| 11 |  |  |  |
| 12 |  |  |  |
| 13 |  |  |  |
| 14 |  |  |  |
| 15 |  |  |  |
| 16 |  |  |  |
| 17 |  |  |  |
| 18 |  |  |  |
| 19 |  |  |  |
| 20 |  |  |  |
| Suma odbytych godzin | | |  |

**OCENA STUDENTA W TRAKCIE ODBYWANIA PRAKTYKI**

|  |
| --- |
| **Kryteria oceny wykonania poszczególnych czynności** |
| **0 pkt.** – efekt nie został osiągnięty, brak lub niepoprawnie wykonanie zaplanowanych czynności |
| **1 pkt.** – efekt osiągnięty częściowo bądź nie w pełni prawidłowo, ale w stopniu satysfakcjonującym |
| **2 pkt.** – efekt osiągnięty w pełni, czynność wykonana prawidłowo |

**Szczegółowe efekty kształcenia realizowane w III roku, semestrze V**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Efekty kształcenia** | **W wyniku realizacji praktyki zawodowej student potrafi** | **Zaliczenie/ocena** | **Data/Podpis opiekuna praktyk zawodowych** |
| **W zakresie wiedzy** | | | |
| K\_W12 | Prezentuje zaawansowany stopień znajomości i zrozumienia założeń środków, form i metod terapeutycznych, ma wiedzę związaną z ich właściwym doborem oraz stosowaniem u pacjentów w różnym wieku oraz z różnymi dysfunkcjami |  |  |
| K\_W13 | Zna w stopniu zaawansowanym i rozumie mechanizmy działania oraz możliwe skutki uboczne zabiegów z zakresu fizjoterapii |  |  |
| K\_W15 | Wykazuje znajomość i rozumie, w zakresie właściwym dla programu kształcenia, działanie specjalistycznego sprzętu oraz aparatury stosowanej dla potrzeb fizjoterapii, zarówno dla celów diagnostycznych, jak i leczniczych |  |  |
| K\_W18 | Zna metody opisu i interpretacji podstawowych objawów jednostek chorobowych w stopniu umożliwiającym racjonalne stosowanie środków fizjoterapii i programowanie procesu fizjoterapii |  |  |
| K\_W19 | Posiada usystematyzowaną wiedzę z zakresu diagnostyki fizjoterapeutycznej, właściwego planowania, wykonania i ewaluacji programów fizjoterapii |  |  |
| **W zakresie umiejętności** | | | |
| K\_U06 | Posiada zaawansowane umiejętności manualne pozwalające na wykonanie technik fizjoterapeutycznych. Wykazuje się umiejętnościami wykonania technik z zakresu metod specjalnych |  |  |
| K\_U08 | Wykazuje się specjalistycznymi umiejętnościami w zakresie wykonywania zabiegów fizjoterapeutycznych u pacjentów w różnym wieku z różnymi rodzajami dysfunkcji |  |  |
| K\_U11 | Potrafi posługiwać się odpowiednio dobranym oraz zaawansowanym technicznie sprzętem w prowadzeniu fizjoterapii |  |  |
| K\_U12 | Posiada zaawansowane umiejętności obsługi sprzętu i specjalistycznej aparatury diagnostyczno-pomiarowej w celu oceny funkcjonalnej pacjenta, niezbędnej w procesie fizjoterapii |  |  |
| K\_U16 | 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 |  |  |
| K\_U20 | Stosuje wiedzę teoretyczną w praktyce fizjoterapeutycznej w bezpośredniej pracy z pacjentem; jest praktycznie przygotowany do pełnienia roli zawodowej |  |  |
| **W zakresie kompetencji społecznych** | | | |
| K\_K02 | 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; nie podejmuje działań, które przekraczają jego możliwości i kompetencje, w przypadku trudności z samodzielnym rozwiązaniem problemu zasięga opinii ekspertów |  |  |
| K\_K03 | Utożsamia się z wartościami, celami i zasadami realizowanymi w praktyce fizjoterapeutycznej, odznacza się rozwagą, dojrzałością i zaangażowaniem w projektowaniu, planowaniu i realizowaniu działań terapeutycznych |  |  |
| K\_K08 | Wykazuje odpowiedzialność za własne przygotowanie do pracy, podejmowane decyzje i prowadzone działania oraz ich skutki; jest przygotowany do formułowania opinii dotyczących różnych aspektów działalności zawodowej |  |  |
| K\_K09 | Realizuje zadania w sposób zapewniający bezpieczeństwo własne, otoczenia i współpracowników, przestrzega zasad bezpieczeństwa pracy, potrafi działać w warunkach niepewności i stresu, jest świadomy obowiązku niesienia pierwszej pomocy osobom poszkodowanym |  |  |

**Program praktyki**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zakres działań** | **data** | **Zaliczenie/**  **ocena** | **Podpis opiekuna praktyk zawodowych** |
| Zapoznanie studenta ze strukturą organizacyjną placówki medycznej (struktura personelu medycznego, organizacja pracy w ciągu dnia); |  |  |  |
| Zapoznanie studenta z dokumentacją medyczną ze szczególnym uwzględnieniem dokumentacji fizjoterapeutycznej i jej archiwizacji; |  |  |  |
| Zapoznanie studenta z bhp na danym stanowisku do wykonywania zabiegów fizykoterapeutycznych i masażu:   * Stanowisko elektrolecznictwa; * Stanowisko do światłolecznictwa; * Stanowisko do laseroterapii; * Stanowisko do magnesoterapii i magnetostymulacji; * Stanowisko do parafinoterapii; * Stanowisko do krioterpaii, zimnolecznictwa; * Stanowisko do wodolecznictwa; * Stanowisko do sonoterapii; * Stanowisko do innych zabiegów fizykoterapeutycznych; * Stanowisko do masażu. |  |  |  |
| Zapoznanie studenta ze sprzętem do fizykoterapii:   * Sprzęt do elektrolecznictwa (nazwa modelu, parametry techniczne, programy); * Sprzęt do światłolecznictwa (nazwa modelu, parametry techniczne, programy); * Stanowisko do laseroterapii (nazwa modelu, parametry techniczne, programy); * Stanowisko do magnetoterapii magnetostymulacji (nazwa modelu, parametry, programy); * Aparatura do parafinoterapii (nazwa modelu, parametry, programy); * Sprzęt do krioterapii, zimnolecznictwa (nazwa modelu, parametry, programy); * Sprzęt do wodolecznictwa (nazwa modelu, parametry techniczne, programy); * Sprzęt do sonoterapii (nazwa modelu, parametry techniczne, programy); * Sprzęt do innych zabiegów fizykoterapeutycznych |  |  |  |
| Zapoznanie studenta ze wskazaniami i przeciwwskazaniami do wykonywania poszczególnych zabiegów fizykoterapeutycznych:   * Sprzęt do elektrolecznictwa (nazwa modelu, parametry techniczne, programy); * Sprzęt do światłolecznictwa (nazwa modelu, parametry techniczne, programy); * Stanowisko do laseroterapii (nazwa modelu, parametry techniczne, programy); * Stanowisko do magnetoterapii magnetostymulacji (nazwa modelu, parametry, programy); * Aparatura do parafinoterapii (nazwa modelu, parametry, programy); * Sprzęt do krioterapii, zimnolecznictwa (nazwa modelu, parametry, programy); * Sprzęt do wodolecznictwa (nazwa modelu, parametry techniczne, programy); * Sprzęt do sonoterapii (nazwa modelu, parametry techniczne, programy); * Sprzęt do innych zabiegów fizykoterapeutycznych. |  |  |  |
| Obserwacja lub wykonywanie zabiegów fizykoterapeutycznych:   * Elektrolecznictwo   Pacjent:  Jednostka chorobowa:  Rodzaje zabiegu:  Dawkowanie:  Czas zabiegu:  Ułożenie elektrod (katoda, anoda):   * Laseroterapia:   Pacjent:  Jednostka chorobowa:  Rodzaje zabiegu:  Dawkowanie:  Czas zabiegu:  Pole naświetlania:   * Magnetoterapia lub magnetostymualacja:   Pacjent:  Jednostka chorobowa:  Rodzaj pracy :  Dawkowanie:  Czas zabiegu:  Miejsce zabiegu:   * Sonoterapia:   Pacjent:  Jednostka chorobowa:  Rodzaj pracy :  Dawkowanie:  Czas zabiegu:  Miejsce zabiegu:   * Wodolecznictwo   Pacjent:  Jednostka chorobowa:  Rodzaj zabiegu:  Temperatura wody:  Czas zabiegu:  Okolica zabiegowa:   * Parafinoterapia:   Pacjent:  Jednostka chorobowa:  Rodzaj zabiegu :  Temperatura zabiegu:  Czas zabiegu:  Miejsce zabiegu:   * Krioterapia lub zimnolecznictwo   Pacjent:  Jednostka chorobowa:  Rodzaj zabiegu :  Dawkowanie (temperatura):  Czas zabiegu:  Miejsce zabiegu:   * Inny zabieg fizykoterapeutyczny:   Pacjent:  Jednostka chorobowa:  Rodzaj zabiegu :  Dawkowanie:  Czas zabiegu:  Miejsce zabiegu: |  |  |  |
| Inne zadania realizowane na praktykach |  |  |  |

**Świadectwo odbycia praktyk studenckich - karta informacyjna dla WSPiA**

(należy złożyć przy zaliczaniu praktyk u pełnomocnika ds praktyk)

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa praktyki | **PRAKTYKA W PRACOWNII FIZYKOTERAPII I MASAŻU** |
| Imię i nazwisko studenta |  |
| Rok studiów, tryb, specjalność |  |
| Numer albumu |  |

Praktyki w roku akademickim …………………………………………….. odbyłam / em w :

…………………………………………………………………………………………………..

(nazwa instytucji oraz pieczęć)

Czas trwania praktyki: ……………………………

Opinia opiekuna praktyk:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Ocena studenta z praktyk zawodowych** (wyrażona stopniem): ............................................

………………………

(podpis i pieczęć opiekuna praktyk)

1. Zapoznałam/em się z Regulaminem Praktyk Wydziału Zdrowia Publicznego Wyższej Szkoły Pedagogiki i Administracji im. Mieszka I w Poznaniu.
2. Zobowiązana/y jestem do archiwizowania materiałów dotyczących praktyk po ich zaliczeniu, do końca trwania studiów i udostępnienia na życzenie Dziekanatu.
3. Na czas praktyk obowiązkowe jest ubezpieczenie OC i NW.

….…………………………………..

(podpis studenta)