



Fizjoterapia Jednolite Studia Magisterskie

Dziennik Praktyk

IV ROK

Nazwisko i imię studenta.....

Rok, specjalność i tryb studiów.....

Nazwa i adres placówki (pieczętka placówki)

.....

.....

.....

tel.....

Kierownik/dyrektor placówki (pieczętka)

.....

Opiekun praktyk (pieczętka)

.....

Termin praktyki.....

Poznań

Plan praktyk w IV roku studiów

Praktyka w pracowni fizykoterapii i masażu, semestr VII, 200 godzin, 8 ECTS.

Program praktyki

1. **Miejsce odbywania praktyk:** zakład fizykoterapii (Ośrodek Rehabilitacji Diennej)
2. **Opiekun Praktyk:** tylko magister fizjoterapii
3. **Ilość godzin praktyk:** 200 godzin do zrealizowania w ciągu 6 tygodni (8 godzin lekcyjnych dziennie)
4. **Cel praktyki:**
 - a. Poznanie struktury zakładu opieki zdrowotnej, jej organizacji i zasad funkcjonowania
 - b. Poznanie zasad przyjęć pacjentów na leczenie i rehabilitację
 - c. Nauka planowania pracy i organizacji stanowiska pracy
 - d. Poznanie zasad współpracy w zespole rehabilitacyjnym
 - e. Poznanie dokumentacji, sposobu jej prowadzenia oraz archiwizacji–historia choroby, karty zabiegowe, sprawozdania
 - f. doskonalenie umiejętności diagnostyki pacjentów oraz doboru odpowiednich zabiegów
 - g. poszerzenie wiedzy zdobytej na studiach i rozwijanie umiejętności jej wykorzystania,
 - h. poszerzenie wiedzy i umiejętności z zakresy fizykoterapii,
 - i. samodzielne prowadzenie zabiegów fizjoterapeutycznych pod nadzorem opiekuna
 - j. kształtowanie konkretnych umiejętności zawodowych związanych bezpośrednio z miejscem odbywania praktyki,
 - k. doskonalenie umiejętności posługiwania się językiem obcym w sytuacjach zawodowych,
 - l. nabycie umiejętności prowadzenia negocjacji,
 - m. przygotowanie studenta do samodzielnego wykonywania zadań,
 - n. stworzenie warunków do aktywizacji zawodowej studenta.
5. **Program praktyki:**
 - a. Poznanie placówki, w której student realizować będzie praktykę
 - b. Zapoznanie się ze sprzętem do fizykoterapii w danej placówce (znajomość modeli i możliwości aparatury fizykoterapeutycznej).
 - c. Obserwacja a następnie metodyczne wykonanie zabiegów fizykalnych w zróżnicowanych jednostkach chorobowych przy wykorzystaniu różnych czynników fizykalnych (pod nadzorem opiekuna praktyk).
 - d. doskonalenie umiejętności w zakresie wykonywania zabiegów krioterapii, ciepłolecznictwa, parafinoterapii,
 - e. doskonalenie umiejętności w zakresie wykonywania zabiegów fototerapii: światło widzialne, światło spolaryzowane, promieniowanie podczerwone, promieniowanie laserowe,
 - f. doskonalenie umiejętności wykonywania zabiegów w zakresie elektrolecznictwa: galwanizacja, jonoforeza, prądy diadynamiczne, prądy interferencyjne, prądy interferencyjne, prądy Tens, prądy Kotza,
 - g. doskonalenie umiejętności w zakresie elektrodagnostyki i elektrostymulacji,
 - h. doskonalenie umiejętności w zakresie wykonywania zabiegów polem elektromagnetycznym wielkiej częstotliwości i polem magnetycznym małej częstotliwości,
 - i. doskonalenie umiejętności w zakresie wykonywania terapii ultradźwiękami.
 - j. Szkolenie BHP i PPOŻ na danym stanowisku pracy fizjoterapeuty.
6. **Prowadzenie dziennika praktyk:**
 - a. 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
 - b. Opis zadań realizowanych każdego dnia powinien zostać sprawdzony i podpisany przez opiekuna praktyk (wymagana pieczęć).
 - c. Zeszyt praktyk powinien być opisany następująco: imię i nazwisko studenta, rok, tryb studiów, imię i nazwisko dyrektora (pieczęć) lub kierownika placówki (pieczęć) oraz opiekuna praktyk (pieczęć), termin praktyk.

7. **Zakończenie praktyk:**

- a. Opiekun praktyk zobowiązany jest do wystawienia końcowej oceny pracy, postawy, zaangażowania studenta na praktyce.
- b. Dziennik praktyk należy dostarczyć do Wydziału Nauk Medycznych zgodnie z harmonogramem odbywania praktyk wraz ze zgodą na odbycie praktyk w danej placówce, opinią opiekuna praktyk, sprawozdaniem z praktyki zawodowej.

8. **Zaliczenie praktyk:**

- a. Pełnomocnik do spraw praktyk zawodowych wystawia ogólną ocenę z praktyk na podstawie opinii wydanej o studencie przez opiekuna praktyk, oceny częściowej 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			
F_W11	Prezentuje zaawansowany stopień znajomości i zrozumienia założeń środków, form i metod terapeutycznych, ma wiedzę związaną z ich właściwym doбором oraz stosowaniem u pacjentów w różnym wieku oraz z różnymi dysfunkcjami		
F_W11	Zna w stopniu zaawansowanym i rozumie mechanizmy działania oraz możliwe skutki uboczne zabiegów z zakresu fizjoterapii		
F_W13	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		
F_W15	Zna metody opisu i interpretacji podstawowych objawów jednostek chorobowych w stopniu umożliwiającym racjonalne stosowanie środków fizjoterapii i programowanie procesu fizjoterapii		
F_W14	Posiada usystematyzowaną wiedzę z zakresu diagnostyki fizjoterapeutycznej, właściwego planowania, wykonania i ewaluacji programów fizjoterapii		
W zakresie umiejętności			
F_U1	Posiada zaawansowane umiejętności manualne pozwalające na wykonanie technik fizjoterapeutycznych. Wykazuje się umiejętnościami wykonania technik z zakresu metod specjalnych		
F_U2	Wykazuje się specjalistycznymi umiejętnościami w zakresie wykonywania zabiegów fizjoterapeutycznych u pacjentów w różnym wieku z różnymi rodzajami dysfunkcji		

F_U3	Potrafi posługiwać się odpowiednio dobranym oraz zaawansowanym technicznie sprzętem w prowadzeniu fizjoterapii		
F_U9	Posiada zaawansowane umiejętności obsługi sprzętu i specjalistycznej aparatury diagnostyczno-pomiarowej w celu oceny funkcjonalnej pacjenta, niezbędnej w procesie fizjoterapii		
F_U12	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		
F_U16	Stosuje wiedzę teoretyczną w praktyce fizjoterapeutycznej w bezpośredniej pracy z pacjentem; jest praktycznie przygotowany do pełnienia roli zawodowej		
W zakresie kompetencji społecznych			
F_K01	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		
F_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		
F_K04	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		
F_K05	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;			
<p>Zapoznanie studenta z bhp na danym stanowisku do wykonywania zabiegów fizykoterapeutycznych i masażu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stanowisko elektrolecznictwa; • Stanowisko do światłolecznictwa; • Stanowisko do laseroterapii; • Stanowisko do magnesoterapii i magnetostymulacji; • Stanowisko do parafinoterapii; • Stanowisko do krioterapii, zimnolecznictwa; • Stanowisko do wodolecznictwa; • Stanowisko do sonoterapii; • Stanowisko do innych zabiegów fizykoterapeutycznych; • Stanowisko do masażu. 			
<p>Zapoznanie studenta ze sprzętem do fizykoterapii:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 			

<p>Zapoznanie studenta ze wskazaniami i przeciwwskazaniami do wykonywania poszczególnych zabiegów fizykoterapeutycznych:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. 			
<p>Obserwacja lub wykonywanie zabiegów fizykoterapeutycznych:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elektrolecznictwo <p>Pacjent: Jednostka chorobowa: Rodzaje zabiegu: Dawkowanie: Czas zabiegu: Ułożenie elektrod (katoda, anoda):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laseroterapia: <p>Pacjent: Jednostka chorobowa: Rodzaje zabiegu: Dawkowanie: Czas zabiegu: Pole naświetlania</p>			

<ul style="list-style-type: none"> • Magnetoterapia lub magnetostymulacja: <p>Pacjent: Jednostka chorobowa: Rodzaj pracy : Dawkowanie: Czas zabiegu: Miejsce zabiegu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sonoterapia: <p>Pacjent: Jednostka chorobowa: Rodzaj pracy : Dawkowanie: Czas zabiegu: Miejsce zabiegu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wodolecznictwo <p>Pacjent: Jednostka chorobowa: Rodzaj zabiegu: Temperatura wody: Czas zabiegu: Okolica zabiegowa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Parafinoterapia: <p>Pacjent: Jednostka chorobowa: Rodzaj zabiegu : Temperatura zabiegu: Czas zabiegu: Miejsce zabiegu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Krioterapia lub zimnolecznictwo <p>Pacjent: Jednostka chorobowa: Rodzaj zabiegu : Dawkowanie (temperatura): Czas zabiegu: Miejsce zabiegu:</p>			
---	--	--	--

<ul style="list-style-type: none">• Inny zabieg fizykoterapeutyczny: <p>Pacjent: Jednostka chorobowa: Rodzaj zabiegu : Dawkowanie: Czas zabiegu: Miejsce zabiegu:</p>			
Inne zadania realizowane na praktykach			

--	--	--	--

Świadectwo odbycia praktyk studenckich - karta informacyjna dla ANSM
(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 Nauk Medycznych Akademii Nauk Stosowanych 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)