**Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa**

**im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego**

**w Kaliszu**

****

**DZIENNIK PRAKTYKI ZAWODOWEJ**

**dla studentów studiów stacjonarnych i niestacjonarnych**

**Wydział Rehabilitacji i Sportu**

**62-800 Kalisz, ul. Kaszubska 13, tel. 62/76-79-574**

**kierunek studiów: FIZJOTERAPIA**

imię i nazwisko studenta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

numer albumu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

adres e-mail studenta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tryb studiów ( stacjonarny/niestacjonarny) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**KARTA ZALICZENIA PRAKTYKI ZAWODOWEJ**

**SEMESTR DRUGI**

**WYMIAR PRAKTYKI : 5 tygodni =200 godz. x 45 min= 150 godz.x60min**

MIEJSCE PRAKTYKI

Nazwa placówki medycznej \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nr telefonu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Opiekun praktyki (imię, nazwisko,

tytuł zawodowy/naukowy) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Termin praktyki \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis Opiekuna Praktyki

DANE STUDENTA

imię i nazwisko studenta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

numer albumu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

adres e-mail studenta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tryb studiów ( stacjonarny/niestacjonarny) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis studenta

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

stopień naukowy, imię i nazwisko Nauczyciela Akademickiego odpowiedzialnego za realizację praktyki zawodowej

data złożenia Dziennika Praktyki w Dziekanacie

Wydziału Rehabilitacji i Sportu

**Praktyka kliniczna ogólna – 1 tydzień ( 40 godzin)**

**Zakres praktyki:**

1/ Zapoznanie się z regulaminem zakładu (gabinetu), rozkładem pomieszczeń leczniczych, czasem pracy, organizacją pracy, dokumentacją medyczną.

2/ Organizacja zakładu, ruch chorych. Dokumentacja leczenia – książka ewidencji pacjentów, karty zleceń na zabiegi, druki odpowiedzi do lekarzy kierujących, dokumentacja sprawozdawczo – statystyczna.

3/ Zapoznanie się z aparaturą będącą na wyposażeniu zakładu ( gabinetu). Prawidłowa obsługa aparatury i urządzeń zabiegowych.

4/ Poznanie i sprawdzenie znajomości zasad BHP obowiązujących w zakładzie i na poszczególnych stanowiskach zabiegowych.

5/ Przygotowanie pacjenta do zabiegu fizjoterapeutycznego, obserwacja pacjentów w trakcie zabiegów.

**ZALICZENIE PRAKTYKI:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wiedza/Umiejętności/Kompetencje społeczne** | **Zaliczenie (podpis zaliczającego)** |
| 1.Zna miejsce fizjoterapii w strukturze służby zdrowia. Zna zasady kierowania pacjentów na zabiegi fizjoterapeutyczne. |  |
| 2. Zna zasady BHP na poszczególnych stanowiskach pracy fizjoterapeuty i potrafi się do nich stosować |  |
| 3. Zna zasady dokumentowania pracy fizjoterapeuty (rodzaje dokumentów, obieg dokumentów, sprawozdawczość) ; potrafi samodzielnie wypełnić dokumentację fizjoterapeutyczną |  |
| 4. Zna aparaturę fizjoterapeutyczną, zna zasady działania poszczególnych urządzeń oraz zasady ich obsługi; potrafi samodzielnie uruchomić i obsługiwać urządzenia fizjoterapeutyczne |  |
| 5. Wie, na czym polega przygotowanie pacjenta do poszczególnych zabiegów fizjoterapeutycznych ;  potrafi samodzielnie przygotować pacjenta do zabiegów |  |
| 6. Potrafi obserwować reakcje pacjentów na zabiegi, prawidłowo identyfikuje rekcje nieprawidłowe |  |

**Ilość godzin :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ocena końcowa** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data i Podpis Opiekuna Praktyki

**UWAGI:**

**Skala ocen**

5,0 - znakomita wiedza i umiejętności

4,5 - bardzo dobra wiedza i umiejętności praktyczne

4,0 - dobra wiedza i umiejętności praktyczne

3,5 - zadowalająca wiedza i umiejętności praktyczne, ale ze znaczącymi niedociągnięciami

3,0 - zadowalająca wiedza i umiejętności praktyczne, ale z licznymi   błędami

2,0 - niezadowalająca wiedza i umiejętności praktyczne

**Praktyka z fizykoterapii- 2 tygodnie (80 godzin= 60 godzin x 60 min)**

Cel praktyki:

- przygotowanie pacjentów do zabiegów z zakresu termoterapii, fototerapii i balneologii

- wskazania i przeciwskazania do stosowania zabiegów jak wyżej

- obserwacja pacjentów w trakcie zabiegów

- zdobycie umiejętności samodzielnego wyciągania wniosków terapeutycznych

Zakres praktyki:

1/ Organizacja pracy i BHP.

2/ Metodyka zabiegów z zakresu:

A/ Termoterapii – parafinoterapia, termożele, promieniowanie podczerwone, krioterapia, sauna.

B/ Fototerapii – światło widzialne, światło spolaryzowane, laser, promieniowanie

nadfioletowe.

C/ Balneologii –

1-C). Hydroterapia: zasady higieny, parametry zabiegowe, natryski stałe, natryski ruchowe, masaże wodne.

2-C). Peloidoterapia: charakterystyka i właściwości fizykochemiczne peloidów, metodyka zabiegów miejscowych i ogólnych, peloidy do stosowania pozauzdrowiskowego.

3-C). Aerozoloterapia – urządzenia do wytwarzania aerozoli leczniczych, ich budowa i obsługa, zasady postępowania higienicznego w inhalacjach.

**ZALICZENIE PRAKTYKI:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wiedza/Umiejętności/ Kompetencje społeczne** | **Zaliczenie (podpis zaliczającego)** |
| 1.Zna mechanizm działania bodźców fizycznych: termicznych, fotochemicznych i mechanicznych na organizm ludzki |  |
| 2. Zna wskazania i przeciwskazania do stosowania zabiegów z wykorzystaniem bodźców jak w poz. 1 |  |
| 3. Potrafi samodzielnie wykonać zabiegi z wykorzystaniem ciepła ( okłady parafinowe, termożele, promieniowanie podczerwone) |  |
| 4. Potrafi samodzielnie wykonać zabiegi z wykorzystaniem zimna (krioterapia miejscowa i ogólna) |  |
| 5. Potrafi samodzielnie wykonać zabiegi z zakresu hydroterapii ( masaż wirowy KKG, KKD, kręgosłupa) |  |
| 6. Potrafi samodzielnie wykonać zabieg z zakresu światłolecznictwa ( promieniowanie podczerwone, widzialne, UV) |  |
| 7. Potrafi samodzielnie wykonać zabieg z użyciem lasera; |  |
| 8. Zna działanie aerozoli leczniczych i potrafi wykonać zabieg inhalacji |  |
| 9. Potrafi obserwować reakcje pacjenta na w/w zabiegi i samodzielnie wyciąga właściwe wnioski terapeutyczne |  |

**Ilość godzin :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ocena końcowa** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data i Podpis Opiekuna Praktyki

**UWAGI:**

**Skala ocen**

5,0 - znakomita wiedza i umiejętności

4,5 - bardzo dobra wiedza i umiejętności praktyczne

4,0 - dobra wiedza i umiejętności praktyczne

3,5 - zadowalająca wiedza i umiejętności praktyczne, ale ze znaczącymi niedociągnięciami

3,0 - zadowalająca wiedza i umiejętności praktyczne, ale z licznymi   błędami

2,0 - niezadowalająca wiedza i umiejętności praktyczne

**Praktyka z kinezyterapii- 2 tygodnie ( 80 godzin)**

Cel praktyki :

- praktyczne wykorzystanie zdobytej wiedzy z zakresu badania narządu ruchu do oceny fizjoterapeutycznej pacjenta

- doskonalenie technik kinezyterapii poznanych na zajęciach teoretycznych i praktycznych

- zdobycie umiejętności obserwacji pacjentów w trakcie ćwiczeń i wyciągania samodzielnych wniosków terapeutycznych

Zakres praktyki:

1/ Ocena fizjoterapeutyczna pacjenta

- wywiad

- badanie zakresów ruchów kręgosłupa i stawów obwodowych

- badanie długości kończyn

- ocena siły mięśniowej

- ocena postawy ciała

- testy funkcjonalne stosowane w rehabilitacji – zastosowanie praktyczne

2/ Technika wykonywania ćwiczeń :

- ćwiczenia bierne

- ćwiczenia czynne właściwe

- ćwiczenia czynne w odciążeniu

- ćwiczenia samowspomagane

- ćwiczenia oporowe

3/ Wskazania i przeciwskazania do poszczególnych rodzajów ćwiczeń - zasady

Kwalifikacji

4/ Obserwacja reakcji pacjenta i ocena postępu usprawniania.

**ZALICZENIE PRAKTYKI:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wiedz/Umiejętności/ Kompetencje społeczne** | **Zaliczenie(podpis zaliczającego)** |
| 1.Potrafi zebrać wywiad fizjoterapeutyczny i prawidłowo interpretuje dane z wywiadu (wskazania/przeciwskazania do zabiegów fizjoterapeutycznych) |  |
| 2. Potrafi samodzielnie ocenić zakresy ruchów kręgosłupa i stawów obwodowych |  |
| 3.Potrafi samodzielnie ocenić siłę mięśniową ( ocena grup mięśniowych) i napięcie mięśniowe (norma/patologia) |  |
| 4. Potrafi samodzielnie dokonać pomiaru długości kończyn ( długość względna / bezwzględna |  |
| 5. Potrafi prawidłowo zapisać pomiary z poz. 2-3 -4 w dokumentacji medycznej |  |
| 6. Zna kryteria fizjologiczne prawidłowej postawy ciała i potrafi zidentyfikować i opisać odchylenia od postawy prawidłowej |  |
| 7. Potrafi samodzielnie wykonać ćwiczenia bierne |  |
| 8. Potrafi samodzielnie wykonać i nadzorować wykonanie przez pacjenta ćwiczeń czynnych i czynnych z oporem |  |
| 9. Potrafi samodzielnie przeprowadzić i nadzorować ćwiczenia w odciążeniu ( UGUL, inne metody odciążenia) |  |
| 10. Prawidłowo interpretuje reakcje pacjenta w trakcie ćwiczeń i wyciąga właściwe wnioski terapeutyczne. |  |

**Ilość godzin :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ocena końcowa** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data i Podpis Opiekuna Praktyki

**UWAGI:**

**Skala ocen**

5,0 - znakomita wiedza i umiejętności

4,5 - bardzo dobra wiedza i umiejętności praktyczne

4,0 - dobra wiedza i umiejętności praktyczne

3,5 - zadowalająca wiedza i umiejętności praktyczne, ale ze znaczącymi niedociągnięciami

3,0 - zadowalająca wiedza i umiejętności praktyczne, ale z licznymi   błędami

2,0 - niezadowalająca wiedza i umiejętności praktyczne

**SPRAWOZDANIE STUDENTA Z PRAKTYKI ZAWODOWEJ**

**SEMETR DRUGI**

Podpis studenta

**ZALICZENIE PRAKTYKI ZAWODOWEJ**

**SEMETR II**

**OCENA :**

**DATA I PODPIS**

**ZALICZAJĄCEGO:**

**UWAGI :**

**KARTA ZALICZENIA PRAKTYKI ZAWODOWEJ**

**SEMESTR TRZECI**

**WYMIAR PRAKTYKI : 4 tygodnie=160 godz. x 45 min= 120 godz.x60min**

MIEJSCE PRAKTYKI

Nazwa placówki medycznej \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nr telefonu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Opiekun praktyki (imię, nazwisko,

tytuł zawodowy/naukowy) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Termin praktyki \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis Opiekuna Praktyki

DANE STUDENTA

imię i nazwisko studenta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

numer albumu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

adres e-mail studenta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tryb studiów ( stacjonarny/niestacjonarny) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis studenta

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

stopień naukowy, imię i nazwisko Nauczyciela Akademickiego odpowiedzialnego za realizację praktyki zawodowej

data złożenia Dziennika Praktyki w Dziekanacie

Wydziału Rehabilitacji i Sportu

**Praktyka z fizykoterapii – 2 tygodnie ( 80 godzin)**

Cel praktyki;

- zdobycie praktycznych umiejętności wykonywania zabiegów fizykalnych

- przygotowanie pacjenta do zabiegów fizykalnych;

- ocena wskazań i przeciwwskazań do zabiegów;

- obserwacja pacjentów w trakcie zabiegów;

- obserwacja i analiza ewentualnych działań niepożądanych;

- umiejętność samodzielnego formułowania wniosków terapeutycznych.

Zakres zabiegów fizykalnych:

1. Elektroterapia – technika zabiegów, parametry zabiegowe, nadzór pacjenta, wskazania i przeciwwskazania. Elektroterapia – galwanizacja, jonoforeza, prądy diadynamiczne, prądy interferencyjne, prądy Kotza, prądy Traberta, TENS
2. Elektrodiagnostyka i elektrostymulacja: chronaksja, reobaza, krzywa i/t, dobór parametrów do elektrostymulacji. Metodyka stymulacji mięśni porażonych wiotko, spastycznie, stymulacja przeciwbólowa.
3. Pole elektromagnetyczne wielkiej częstotliwości: urządzenia do wytwarzania, metodyka zabiegów polem stałym i impulsowym, parametry zabiegowe, nadzór pacjenta, wskazania i przeciwwskazania, specyfika zasad BHP.
4. Pole magnetyczne małej częstotliwości stałe i impulsowe: generatory, metodyka zabiegów, parametry zabiegowe, wskazania i przeciwwskazania.
5. Ultrasonoterapia: zabiegi lokalne, segmentarne, jonoforeza; metodyka zabiegów, parametry zabiegowe, wskazania i przeciwwskazania.

**ZALICZENIE PRAKTYKI:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wiedza/ Umiejętności/ Kompetencje społeczne** | **Zaliczenie(podpis zaliczającego)** |
| 1.Zna zasady BHP obowiązujące przy wykonywaniu zabiegów fizykalnych -potrafi realizować zadania stosując się do tych zasad |  |
| 2.Zna wskazania i przeciwskazania do zabiegów elektrycznych, potrafi opisać i wyjaśnić mechanizm działania zabiegów i ich skutki uboczne |  |
| 3.Potrafi samodzielnie wykonać zabiegi z wykorzystaniem prądu stałego ( galwanizacja, jontoforeza) |  |
| 4. Potrafi samodzielnie wykonać zabieg elektrostymulacji (porażenia wiotkie/spastyczne); |  |
| 5.Potrafi samodzielnie wykonać zabiegi: tonoliza, TENS, zabiegi z wykorzystaniem prądów Kotza i Traberta |  |
| 6. Zna działanie prądów diadynamicznych i samodzielnie wykonuje zabiegi z ich wykorzystaniem |  |
| 7. Zna zastosowanie prądów interferencyjnych i samodzielnie wykonuje zabiegi z ich wykorzystaniem |  |
| 8.Samodzielnie wykonuje zabiegi z wykorzystaniem pola magnetycznego (wielkiej i małej częstotliwości) |  |
| 9. Samodzielnie wykonuje zabiegi z użyciem ultradźwięków |  |
| 10. Potrafi obserwować efekty zabiegów, reakcje pacjentów i samodzielnie wyciąga właściwe wnioski terapeutyczne |  |
| 11. Potrafi samodzielnie wykonywać powierzone zadania i organizować pracę własną;  Wykazuje dbałość o stanowisko pracy i powierzony sprzęt |  |
| 12. Przestrzega zasad etyki zawodowej fizjoterapeuty |  |

**Ilość godzin :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ocena końcowa** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data i Podpis Opiekuna Praktyki

**UWAGI:**

**Skala ocen**

5,0 - znakomita wiedza i umiejętności

4,5 - bardzo dobra wiedza i umiejętności praktyczne

4,0 - dobra wiedza i umiejętności praktyczne

3,5 - zadowalająca wiedza i umiejętności praktyczne, ale ze znaczącymi niedociągnięciami

3,0 - zadowalająca wiedza i umiejętności praktyczne, ale z licznymi   błędami

2,0 - niezadowalająca wiedza i umiejętności praktyczne

**Praktyka z kinezyterapii- 2 tygodnie (80godzin)**

Zakres praktyki:

1/ Ocena fizjoterapeutyczna układu mięśniowego

- ocena siły mięśniowej wg skali Lovetta, ocena napięcia mięśniowego

- niedowłady mięśniowe wiotkie i spastyczne

- przykurcze mięśniowe

- zaniki mięśni

2/ Stretching- wskazania , technika ćwiczeń

3/ Relaksacja poizometryczna ( PIR)

3/ Reedukacja prosta

4/ Testy funkcjonalne i próby czynnościowe: Laseqea, Thomasa, Schobera i Otta, Apleya, czynności dnia codziennego

5/ Usprawnianie w zespołach bólowych kręgosłupa szyjnego i lędźwiowego- ćwiczenia indywidualne i zespołowe, zastosowanie wyciągów .

**ZALICZENIE PRAKTYKI:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wiedza/Umiejętności/ Kompetencje społeczne** | **Zaliczenie (podpis zaliczającego)** |
| 1.Potrafi ocenić siłę mięśniową wg skali Lovett’a |  |
| 2. Potrafi ocenić napięcie mięśniowe i właściwie dobrać metody fizjoterapeutyczne w zależności od rodzaju napięcia mięśniowego (metody fizyko - i kinezyterapeutyczne) |  |
| 3. Potrafi ocenić przykurcze i/lub zaniki mięśniowe oraz zastosować właściwe metody terapeutyczne |  |
| 4. Zna zastosowanie redresji w rehabilitacji i potrafi samodzielnie wykonać ćwiczenia redresyjne |  |
| 5. Zna zastosowanie i techniki ćwiczeń rozciągających oraz potrafi je wykonać praktycznie ( stretching, PIR) |  |
| 6.Zna podstawowe techniki reedukacji prostej mięśni i potrafi je zastosować praktycznie |  |
| 7. Potrafi ocenić zakres dysfunkcji w chorobach zwyrodnieniowych stawów i dobrać odpowiednie ćwiczenia dostosowane do dysfunkcji |  |
| 8. Potrafi ocenić zakres dysfunkcji w zespołach bólowych kręgosłupa ( szyjnego i lędźwiowego) oraz dobrać odpowiednie ćwiczenia indywidualne dostosowane do dysfunkcji |  |
| 9. Zna ( teoretycznie i praktycznie) zasady i metodykę prowadzenia ćwiczeń zespołowych w dysfunkcjach narządu ruchu ( kręgosłupa i/lub stawów obwodowych ) na podłożu zmian zwyrodnieniowych |  |

**Ilość godzin :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ocena końcowa** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data i Podpis Opiekuna Praktyki

**UWAGI:**

**Skala ocen**

5,0 - znakomita wiedza i umiejętności

4,5 - bardzo dobra wiedza i umiejętności praktyczne

4,0 - dobra wiedza i umiejętności praktyczne

3,5 - zadowalająca wiedza i umiejętności praktyczne, ale ze znaczącymi niedociągnięciami

3,0 - zadowalająca wiedza i umiejętności praktyczne, ale z licznymi   błędami

2,0 - niezadowalająca wiedza i umiejętności praktyczne

**SPRAWOZDANIE STUDENTA Z PRAKTYKI ZAWODOWEJ**

**SEMETR TRZECI**

Podpis studenta

**ZALICZENIE PRAKTYKI ZAWODOWEJ**

**SEMETR TRZECI**

**OCENA :**

**DATA I PODPIS**

**ZALICZAJĄCEGO:**

**UWAGI :**

**KARTA ZALICZENIA PRAKTYKI ZAWODOWEJ**

**SEMESTR CZWARTY**

**WYMIAR PRAKTYKI : 10 tygodni=400 godz. x 45 min= 300 godz.x60min**

MIEJSCE PRAKTYKI

Nazwa placówki medycznej \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nr telefonu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Opiekun praktyki (imię, nazwisko,

tytuł zawodowy/naukowy) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Termin praktyki \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis Opiekuna Praktyki

DANE STUDENTA

imię i nazwisko studenta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

numer albumu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

adres e-mail studenta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tryb studiów ( stacjonarny/niestacjonarny) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis studenta

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

stopień naukowy, imię i nazwisko Nauczyciela Akademickiego odpowiedzialnego za realizację praktyki zawodowej

data złożenia Dziennika Praktyki w Dziekanacie

Wydziału Rehabilitacji i Sport

**SEMESTR CZWARTY**

**Praktyka z kinezyterapii 6 tygodni ( 240 godzin)**

1. Ocena chodu- analiza funkcjonalna; chód patologiczny , reedukacja chodu

1. Pionizacja i nauka chodu – ćwiczenia przygotowujące do nauki chodu – równoważne, koordynacyjne, nauka chodu, asekuracja, dobór pomocy do chodzenia.
2. Techniki reedukacji – PNF – praktyczne zastosowanie, wskazania i przeciwskazania,
3. Zastosowanie technik rozluźniających i relaksacyjnych
4. Ćwiczenia zespołowe – gimnastyka poranna, ogólnousprawniająca, korekcyjna, ćwiczenia w wodzie. Opracowywanie konspektów ćwiczeń zespołowych do jednostek chorobowych – choroby podstawowej, chorób współistniejących, wieku, płci, potrzeb i możliwości pacjentów.
5. Testy funkcjonalne i próby czynnościowe: Laseqea, Thomasa, Schobera i Otta, Apleya, test Lovetta itp.
6. Masaż:
   1. Diagnostyka palpacyjna – ocena reaktywności i tkanek, topografia punktów spustowych, tonus mięśniowy.
   2. Znajomość technik masażu klasycznego: głaskania, ugniatania, rozcierania, oklepywania, wstrząsania i wibracji, ułożeń klasycznych i drenażowych.
   3. Znajomość zasad dawkowania masażu klasycznego – siła bodźca, czas zabiegu, dobór technik, znajomość toku masażu, techniki masażu w zależności od okolicy ciała.

**ZALICZENIE PRAKTYKI:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wiedza/ Umiejętności/ Kompetencje społeczne** | **Zaliczenie (podpis zaliczającego)** |
| 1.Zna podstawy chodu fizjologicznego oraz posiada umiejętność identyfikacji elementów chodu patologicznego |  |
| 2. Umie dobrać odpowiednie metody terapeutyczne dla poprawy funkcji chodu w różnych schorzeniach |  |
| 3. Umie zaproponować indywidualne zaopatrzenie ortopedyczne dla poprawy funkcji chodu i asekuracji chodu |  |
| 4.Zna zasady ćwiczeń pionizacyjnych i sprawnie stosuje je w praktyce; |  |
| 5. Potrafi ocenić i właściwie zinterpretować reakcje pacjenta na pionizację oraz wyciąga właściwe wnioski terapeutyczne z tych obserwacji. |  |
| 6. Potrafi odpowiednio dobrać i zastosować ćwiczenia równoważne i koordynacyjne |  |
| 7. Stosuje sprawnie różne techniki chodzenia o kulach, potrafi dobrać odpowiedni sprzęt do asekuracji chodu zależnie od stopnia i rodzaju dysfunkcji  8. Zna i potrafi zastosować techniki reedukacji nerwowo-mięśniowej (PNF |  |
| 9. Potrafi samodzielnie opracować konspekt ćwiczeń zespołowych w różnych jednostkach chorobowych z uwzględnieniem wieku, płci, chorób współistniejących, predyspozycji psycho-fizycznych |  |
| 10. Potrafi pracować w zespole terapeutycznym |  |
| 11. Potrafi kontrolować i monitorować efekty rehabilitacji oraz właściwie wykorzystuje te obserwacje do modyfikowania programu rehabilitacji ; |  |
| 12. Potrafi udzielić porady terapeutycznej i profilaktycznej (pacjentowi i/lub rodzinie) w stanach trwałej bądź przewlekłej dysfunkcji narządu ruchu |  |
| 13. Zna podstawy diagnostyki palpacyjnej: umie ocenić reaktywność tkanek, topografię punktów spustowych itp |  |
| 13. Zna i stosuje praktycznie podstawowe techniki masażu leczniczego |  |

**Ilość godzin :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ocena końcowa** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data i Podpis opiekuna praktyki

**UWAGI**

**Skala ocen**

5,0 - znakomita wiedza i umiejętności

4,5 - bardzo dobra wiedza i umiejętności praktyczne

4,0 - dobra wiedza i umiejętności praktyczne

3,5 - zadowalająca wiedza i umiejętności praktyczne, ale ze znaczącymi niedociągnięciami

3,0 - zadowalająca wiedza i umiejętności praktyczne, ale z licznymi   błędami

2,0 - niezadowalająca wiedza i umiejętności praktyczne

**Praktyka z fizjoterapii klinicznej 4 tygodnie (160 godzin)**

1. Metody kinezyterapeutyczne stosowane w placówce: PNF, NDT-Bobath, Vojta, inne.
2. Wyciągi fizjoterapeutyczne stosowane w jednostce.
3. Kinezyterapia i fizykoterapia w chorobach ortopedyczno – urazowych: skręcenia, zwichnięcia, złamania, choroba zwyrodnieniowa stawów , endoprotezy – usprawnianie przed i po zabiegach operacyjnych.
4. Amputacje kończyn dolnych- postępowanie z kikutem, przygotowanie pacjenta do zaprotezowania, zaopatrzenie ortopedyczne, ćwiczenia posługiwania się protezą.
5. Kinezyterapia w chorobach chirurgicznych: usprawnianie przed i po zabiegach operacyjnych, usprawnianie w chorobach naczyniowych kończyn ( niedokrwienie, zaburzenia krążenia żylnego)
6. Usprawnianie w przypadkach tetra – i paraplegii.

**ZALICZENIE PRAKTYKI:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wiedza/ Umiejętności/ Kompetencje społeczne** | **Zaliczenie (podpis zaliczającego)** |
| 1.Potrafi dokonać oceny fizjoterapeutycznej pacjenta z amputacją kończyny dolnej |  |
| 2. Potrafi opracować samodzielnie program usprawniania przygotowujący pacjenta do protezowania ( przygotowanie kikuta, wydolność ogólna) |  |
| 3. Zna budowę protezy ( podudziowej i udowej) oraz potrafi przeprowadzić praktyczną naukę posługiwania się protezą; |  |
| 4.Umie praktycznie zastosować wyciąg leczniczy ( jeśli zabieg jest stosowany w jednostce) |  |
| 5. Praktycznie stosuje metody reedukacji w różnych jednostkach chorobowych |  |
| 6. Umie określić zakres dysfunkcji po urazach kończyn oraz ustalić indywidualny program ćwiczeń |  |
| 7. Zna zasady usprawniania przed i po zabiegu protezoplastyki stawów i potrafi je zastosować praktycznie w poszczególnych przypadkach |  |
| 8. Zna i stosuje w praktyce zasady profilaktyki i zasady usprawniania po zabiegach ortopedycznych |  |
| 9. Potrafi ułożyć program ćwiczeń dla pacjentów leczonych chirurgicznie (przed i po zabiegach ) |  |
| 10. Zna i umie zastosować ćwiczenia w chorobach naczyniowych kończyn ( niedokrwienie, choroby żył) |  |
| 12. Potrafi dokonać oceny fizjoterapeutycznej pacjenta z para-i tetraplegią |  |
| 13. Uczestniczył(a) w usprawnianiu pacjenta z para- i tetraplegią , w tym w ćwiczeniach pionizacyjnych z wykorzystaniem sprzętu pionizacyjnego ( stoły, parapodia, aparaty ortopedyczne: szynowo -opaskowe, Letory itp.) |  |

**Ilość godzin :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ocena końcowa** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data i Podpis opiekuna praktyki

**UWAGI:**

**Skala ocen**

5,0 - znakomita wiedza i umiejętności

4,5 - bardzo dobra wiedza i umiejętności praktyczne

4,0 - dobra wiedza i umiejętności praktyczne

3,5 - zadowalająca wiedza i umiejętności praktyczne, ale ze znaczącymi niedociągnięciami

3,0 - zadowalająca wiedza i umiejętności praktyczne, ale z licznymi   błędami

2,0 - niezadowalająca wiedza i umiejętności praktyczne

**SPRAWOZDANIE STUDENTA Z PRAKTYKI ZAWODOWEJ**

**SEMETR CZWARTY**

Podpis studenta

**ZALICZENIE PRAKTYKI ZAWODOWEJ**

**SEMETR CZWARTY**

**OCENA :**

**DATA I PODPIS**

**ZALICZAJĄCEGO:**

**UWAGI :**

**KARTA ZALICZENIA PRAKTYKI ZAWODOWEJ**

**SEMESTR PIĄTY**

**WYMIAR PRAKTYKI : 4 tygodnie=160 godz. x 45 min= 120 godz.x60min**

MIEJSCE PRAKTYKI

Nazwa placówki medycznej \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nr telefonu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Opiekun praktyki (imię, nazwisko,

tytuł zawodowy/naukowy) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Termin praktyki \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis Opiekuna Praktyki

DANE STUDENTA

imię i nazwisko studenta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

numer albumu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

adres e-mail studenta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tryb studiów ( stacjonarny/niestacjonarny) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis studenta

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

stopień naukowy, imię i nazwisko Nauczyciela Akademickiego odpowiedzialnego za realizację praktyki zawodowej

data złożenia Dziennika Praktyki w Dziekanacie

Wydziału Rehabilitacji i Sport

**SEMESTR PIĄTY**

**Praktyka z fizjoterapii klinicznej – 2 tygodnie ( 80 godzin)**

* 1. Fizjoterapia w chorobach wewnętrznych – schorzenia układu oddechowego, układu krążenia, choroba wieńcowa, choroby narządów wewnętrznych
  2. Fizjoterapia w schorzeniach układu nerwowego – udary mózgu niedokrwienne i krwotoczne, urazy ośrodkowego układu nerwowego, stwardnienie rozsiane, niedowłady i porażenia obwodowe
  3. Fizjoterapia w schorzeniach reumatoidalnych- specyfika schorzeń reumatoidalnych, zasady doboru ćwiczeń w zależności od stadium zaawansowania choroby;
  4. Wady postawy i skoliozy- ocena fizjoterapeutyczna, ćwiczenia indywidualne i zespołowe

**ZALICZENIE PRAKTYKI:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wiedza/ Umiejętności/ Kompetencje społeczne** | **Zaliczenie (podpis zaliczającego)** |
| 1.Umie ocenić parametry wydolności układu krążenia; potrafi zidentyfikować i właściwie zinterpretować nieprawidłowości |  |
| 2. Zna zasady prowadzenia rehabilitacji w schorzeniach kardiologicznych : nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa , zawał serca niepowikłany |  |
| 3.Potrafi zastosować ćwiczenia oddechowe w różnych schorzeniach ( różne tory oddechowe, oklepywanie, efektywny kaszel, pozycje drenażowe |  |
| 4.Potrafi ułożyć i zastosować praktycznie ćwiczenia dla osób przewlekle chorych ( leżących ) |  |
| 5. Potrafi ocenić funkcjonalnie pacjenta po udarze mózgu (skale funkcjonalne) |  |
| 6.Potrafi dokonać oceny fizjoterapeutycznej oraz określić zakres dysfunkcji pacjenta z uszkodzeniem OUN ( naczyniowym i urazowym) |  |
| 7.Potrafi ułożyć samodzielnie program fizjoterapeutyczny dla pacjentów z dysfunkcją ruchową na podłożu uszkodzenia OUN j/w |  |
| 8.Potrafi określić potrzeby pacjenta z uszkodzeniem OUN w zakresie zaopatrzenia ortopedycznego i dobrać odpowiednie zaopatrzenie ortopedyczne |  |
| 9.Potrafi dobrać ćwiczenia dla pacjentów z dysfunkcją narządu ruchu w przebiegu chorób reumatoidalnych w różnych okresach zaawansowania schorzenia  10. Zna zasady doboru ćwiczeń korekcyjnych w wadach postawy (ćwiczenia indywidualne i zespołowe) i umie dobrać ćwiczenia dla poszczególnych rodzajów wady postawy |  |
| 11. Zna zasady prowadzenia ćwiczeń w skoliozach i umie je zastosować praktycznie ( ćwiczenia indywidualne i zespołowe) |  |
| 12. Umie udzielić zaleceń profilaktycznych dla dziecka i osoby dorosłej z wadą postawy |  |

**Ilość godzin :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ocena końcowa** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data i Podpis opiekuna praktyki

**UWAGI:**

**Skala ocen**

5,0 - znakomita wiedza i umiejętności

4,5 - bardzo dobra wiedza i umiejętności praktyczne

4,0 - dobra wiedza i umiejętności praktyczne

3,5 - zadowalająca wiedza i umiejętności praktyczne, ale ze znaczącymi niedociągnięciami

3,0 - zadowalająca wiedza i umiejętności praktyczne, ale z licznymi   błędami

2,0 - niezadowalająca wiedza i umiejętności praktyczne

**Praktyka z masażu leczniczego- 1 tydzień( 40 godzin)**

Zakres praktyki:

1/ Podstawy masażu leczniczego – przygotowanie pacjenta do zabiegu, obserwacja

zabiegów masażu i reakcji pacjenta, wskazania i przeciwwskazania.

2/ Diagnostyka palpacyjna – ocena reaktywności i tkanek, topografia punktów

spustowych, tonus mięśniowy.

3/ Znajomość zasad oklepywania, wstrząsania i wibracji, ułożeń klasycznych i

drenażowych.

4/ Znajomość zasad dawkowania masażu klasycznego – siła bodźca, czas zabiegu,

dobór technik, znajomość toku masażu, techniki masażu w zależności od okolicy

ciała

**ZALICZENIE PRAKTYKI:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wiedza/ Umiejętności/ Kompetencje społeczne** | **Zaliczenie (podpis zaliczającego)** |
| 1.Samodzielnie potrafi wykonać diagnostykę palpacyjną ( tonus mięśni, reaktywność tkanek, punkty spustowe ) |  |
| 2. Posiadł umiejętność praktycznego zastosowania różnych technik masażu |  |
| 3.Potrafi prawidłowo obserwować reakcje pacjenta na zabieg masażu i wyciąga z tych obserwacji właściwe wnioski terapeutyczne |  |
| 4.Potrafi samodzielnie dawkować zabieg masażu leczniczego ( w skład tej umiejętności wchodzi dobór techniki masażu, siły bodźca, czasu zabiegu, oceny przeciwskazań itp.) |  |

**Ilość godzin :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ocena końcowa** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data i Podpis opiekuna praktyki

**UWAGI:**

**Skala ocen**

5,0 - znakomita wiedza i umiejętności

4,5 - bardzo dobra wiedza i umiejętności praktyczne

4,0 - dobra wiedza i umiejętności praktyczne

3,5 - zadowalająca wiedza i umiejętności praktyczne, ale ze znaczącymi niedociągnięciami

3,0 - zadowalająca wiedza i umiejętności praktyczne, ale z licznymi   błędami

2,0 - niezadowalająca wiedza i umiejętności praktyczne

**Praktyka z fizjoterapii klinicznej w pediatrii – 1 tydzień** ( 40 godzin)

1.Zespół Downa

2.Przepuklina oponowo – rdzeniowa

3.Wady wrodzone

4.Masaż suchy- specyfika masażu u dzieci

**ZALICZENIE PRAKTYKI:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wiedza/ Umiejętności/ Kompetencje społeczne** | **Zaliczenie (podpis zaliczającego)** |
| 1.Zna etapy fizjologicznego rozwoju psychoruchowego dziecka w 1r.ż. i potrafi rozpoznać nieprawidłowości rozwojowe |  |
| 2.Posiadł podstawową znajomość neurofizjologicznych metod stymulacyjnych i terapeutycznych ( met. Vojty, NDT-Bobath i inne) |  |
| 3.Zna problemy w zakresie narządu ruchu u dzieci z zespołem Downa i potrafi dobrać odpowiednie ćwiczenia zależne od dysfunkcji |  |
| 4.Uczestniczył w ćwiczeniach dziecka z przepukliną oponowo -rdzeniową ; zna zasady terapii i profilaktyki w tych przypadkach |  |
| 5.Umie ocenić zakres zaburzeń rozwoju ruchowego dziecka z wadami wrodzonymi narządu ruchu ( zależnie od przypadków leczonych w jednostce) oraz dobrać odpowiednie metody rehabilitacji |  |
| 6.Potrafi wykonać zabieg masażu suchego u dziecka ( dziecko spastyczne i wiotkie) |  |

**Ilość godzin :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ocena końcowa** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data i Podpis opiekuna praktyki

**UWAGI:**

**Skala ocen**

5,0 - znakomita wiedza i umiejętności

4,5 - bardzo dobra wiedza i umiejętności praktyczne

4,0 - dobra wiedza i umiejętności praktyczne

3,5 - zadowalająca wiedza i umiejętności praktyczne, ale ze znaczącymi niedociągnięciami

3,0 - zadowalająca wiedza i umiejętności praktyczne, ale z licznymi   błędami

2,0 - niezadowalająca wiedza i umiejętności praktyczne

**SPRAWOZDANIE STUDENTA Z PRAKTYKI ZAWODOWEJ**

**SEMETR PIĄTY**

Podpis studenta

**ZALICZENIE PRAKTYKI ZAWODOWEJ**

**SEMETR PIĄTY**

**OCENA :**

**DATA I PODPIS**

**ZALICZAJĄCEGO:**

**UWAGI :**