

**Akademia Nauk Stosowanych
im. Hipolita Cegielskiego w Gnieźnie
Uczelnia Państwowa.**



DZIENNIK PRAKTYK ZAWODOWYCH

Instytut Nauk o Zdrowiu

62-200 Gniezno, ul. Wyszyńskiego 38, tel. 61/424 29 42

kierunek studiów: FIZJOTERAPIA

studia jednolite magisterskie

rekrutacja w roku akademickim.....

.....
nazwisko i imię studenta

.....
nr albumu

.....
rok akademicki rozpoczęcia studiów

(własnoręczny podpis praktykanta)

(* wewnętrzna strona okładki)

.....
(podpis i pieczęć opiekuna praktyk zawodowych
z ramienia uczelni)

.....
Imię i nazwisko kierownika jednostki organizacyjnej uczelni

.....
(pieczęć jednostki organizacyjnej uczelni)

Pan(i)

.....
.....
(imię i nazwisko praktykanta)

Posiadająca/posiadający numer
PESEL¹.....

Data rozpoczęcia praktyki

.....

Termin realizacji praktyki

.....

Imię i nazwisko opiekuna
praktyk.....

.....
Podpis i pieczęć kierownika jednostki organizacyjnej uczelni

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

Potwierdzenie zapoznania się z ogólnymi zasadami RODO
w miejscu odbywania praktyki

Szkolenie przeprowadzone przez:

.....
Data i czytelny podpis studentki/studenta

.....
Data i czytelny podpis opiekuna praktyk
w miejscu odbywania praktyki

Potwierdzenie zapoznania się z ogólnymi zasadami BHP
w miejscu odbywania praktyki

Szkolenie przeprowadzone przez:

.....
Data i czytelny podpis studentki/studenta

.....
Data i czytelny podpis opiekuna praktyk
w miejscu odbywania praktyki

Wykaz czynności praktycznych wykonywanych przez studenta

ODDZIAŁ:	
Data/liczba zrealizowanych godzin	Wyszczególnienie zajęć – wykonywane czynności praktyczne i nabyte umiejętności

.....

(data, pieczętka i podpis opiekuna)

Wykaz czynności praktycznych wykonywanych przez studenta

ODDZIAŁ:	
Data/liczba zrealizowanych godzin	Wyszczególnienie zajęć – wykonywane czynności praktyczne i nabyte umiejętności

.....

(data, pieczętka i podpis opiekuna)

Wykaz czynności praktycznych wykonywanych przez studenta

ODDZIAŁ:	
Data/liczba zrealizowanych godzin	Wyszczególnienie zajęć – wykonywane czynności praktyczne i nabyte umiejętności

.....

(data, pieczęć i podpis opiekuna)

Wykaz zaliczonych umiejętności określonych w programie praktyki zawodowej
(wypełnia opiekun praktyki zawodowej na oddziale gdzie odbywa się praktyka)

Wykaz umiejętności nabytych	Podpis opiekuna
1. Umiejętność wykonywania badania podmiotowego i przedmiotowego na potrzeby fizjoterapii	
2. Umiejętność doboru zabiegu fizykalnego (balneoterapeutycznego) adekwatnie do stanu zdrowia pacjenta - dobór parametrów zabiegów fizykalnych w warunkach w warunkach klinicznych, - kontrolowanie przebiegu zabiegów fizykalnych, - ocena reakcji organizmu w odpowiedzi na różne zabiegi fizykalne.	
3. Wykonanie zabiegów fizykalnych – zabiegi ciepłe 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. <i>(* podkreślić te zabiegi, które były wykonywane na praktykach).</i>	
4. Planowanie i wykonanie diagnostyki funkcjonalnej pacjentów z różnymi dysfunkcjami układu ruchu dla potrzeb kinezyterapii (badanie podmiotowe, przedmiotowe, podstawowe pomiary, sposoby oceny, testy funkcjonalne oraz testy specyficzne niezbędne dla programowania kinezyterapii).	
5. Kwalifikacja, planowanie i prowadzenie odpowiednie do stanu funkcjonalnego pacjenta ćwiczeń i technik z zakresu kinezyterapii, w oparciu o wyniki przeprowadzonej oceny funkcjonalnej.	
6. Umiejętność wykonania masażu w wybranych jednostkach chorobowych i modyfikowania masażu w zależności od stanu i wieku pacjenta.	
7. Umiejętność zaprogramowania badania funkcjonalnego układu ruchu, narządów wewnętrznych oraz badań wydolnościowych niezbędnych dla stosowania odpowiednich metod specjalnych fizjoterapii.	

8. Wykorzystanie w terapii zasad i technik z zakresu metod specjalnych fizjoterapii u osób z chorobami i dysfunkcjami dotyczącymi różnych narządów i układów – stosownie do ich stanu klinicznego i funkcjonalnego.	
9. Umiejętność zaprogramowania treningu funkcjonalnego w fizjoterapii odpowiednio do stanu pacjenta, umiejętność instruowania chorych odnośnie do wykonywania ćwiczeń z zakresu metod specjalnych w domu.	
10. Umiejętność programowania adaptowanej aktywności fizycznej w rehabilitacji kompleksowej i podtrzymywaniu sprawności osób ze specjalnymi potrzebami.	
11. Dobór przedmiotów ortopedycznych do potrzeb osoby rehabilitowanej.	
12. Udzielenie pacjentowi porady w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki niepełnosprawności, np. osteoporozy, otyłości itp.	
13. Umiejętność zastosowania w praktyce znajomości obowiązków pracowniczych i regulaminu pracy fizjoterapeuty.	
14. Umiejętność zastosowania w praktyce znajomości praw pacjenta określonych w odrębnych przepisach.	
15. Umiejętność prowadzenia dokumentacji medycznej, znajomość zasad jej dostępności i obiegu dokumentów.	
16. Umiejętność określania kosztów działalności fizjoterapeutycznej.	

.....
 (data, pieczętka i podpis opiekuna praktyk)

.....
(pieczęć jednostki organizacyjnej uczelni)

.....
(pieczęć podmiotu leczniczego)

Pan(i)

.....
(imię i nazwisko praktykanta)

Posiadająca/posiadający numer PESEL²

Zaliczył(a) praktykę fizjoterapeutyczną realizowaną w okresie od.....do.....

w podmiocie leczniczym (nazwa i adres podmiotu leczniczego)

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

.....
(data pieczętka i podpis opiekuna)

.....
(data podpis i pieczętka kierownika jednostki organizacyjnej uczelni)

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