

**UNIWERSYTET MIKOŁAJA KOPERNIKA W TORUNIU**

**COLLEGIUM MEDICUM IM. LUDWIKA RYDYGIERA  
 W BYDGOSZCZY**

**WYDZIAŁ NAUK O ZDROWIU**

**KIERUNEK FIZJOTERAPIA**

**studia jednolite magisterskie (stacjonarne i niestacjonarne)**

# DZIENNIK PRAKTYK STUDENCKICH

**ROK AKADEMICKI 2019/2020**

**Imię i nazwisko studenta** ……………………...……………………………

**Grupa** …………...

**Nr albumu** ………

**CELE KSZTAŁCENIA**

Student w trakcie praktyk powinien nabyć umiejętności niezbędne do nienagannego wykonywania wszelkich zabiegów fizjoterapeutycznych w ramach funkcjonowania zespołów rehabilitacyjnych oraz kontrolowania efektywności procesu fizjoterapii w zakresie objętym tematem praktyki.

**ORGANIZACJA PRAKTYK STUDENCKICH**

1. W ramach studiów studenci odbywają praktyki w jednostkach Collegium Medicum.
2. Po uzyskaniu zgody Dziekana student może odbywać praktykę w placówce rehabilitacyjnej, która zawarła umowę z NFZ na realizację świadczeń o profilu zgodnym z zakresem praktyki i ma możliwości zrealizowania programu praktyki. Student zobowiązany jest do przedłożenia Dziekanowi pisemnego potwierdzenia przyjęcia studenta na praktykę, wydanego przez kierownika placówki rehabilitacyjnej

**(dotyczy wyłącznie studentów studiów niestacjonarnych).**

1. Wpis do dzienniczka praktyk dokonuje osoba odpowiedzialna za praktyki, po zrealizowaniu wszystkich regulaminowych zadań. Wszelkie wątpliwości należy zgłaszać do Koordynatora praktyk.
2. W trakcie praktyki student opisuje wybrane przez siebie studium przypadku.
3. Na praktykach obowiązuje regulamin BHP danej jednostki.
4. W razie zagubienia dzienniczka praktyk student jest zobowiązany do uzupełnienia wszystkich wpisów w duplikacie.
5. Ostatecznego zaliczenia praktyk dokonuje w dzienniczku praktyk Koordynator praktyk, po zatwierdzeniu przez kierownika (opiekuna) praktyk.
6. Łączny czas trwania praktyk: 1560 godzin (60 ECTS), w tym:
   * **Praktyka asystencka wdrożeniowa (wakacyjna)** - 150 godzin (5 ECTS);
   * **Praktyka wakacyjna - pracownia kinezyterapii**- 300 godzin (11 ECTS).
   * **Praktyka śródroczna - praktyka z fizjoterapii klinicznej, fizykoterapii i masażu**- 100 godzin (4 ECTS)
   * **Wakacyjna praktyka profilowana - wybieralna -** 200 godzin (7 ECTS)
   * **Praktyka śródroczna - praktyka z fizjoterapii klinicznej, fizykoterapii i masażu –** 100 godzin (4 ECTS)
   * **Wakacyjna praktyka profilowana – wybieralna -** 200 godzin (7 ECTS)
   * **Praktyka z fizjoterapii klinicznej, fizykoterapii i masażu (praktyka semestralna) –** 510 godzin (20 ECTS)

1. Szczegółowy harmonogram praktyk

**ROK PIERWSZY**

1. **Praktyka asystencka wdrożeniowa (wakacyjna)** (pielęgniarska) na wybranym oddziale szpitalnym (ortopedia, chirurgia, pediatria, neurologia – do wyboru) - 150 godzin.

**ROK DRUGI**

1. **Praktyka wakacyjna – pracownia kinezyterapii –** 300 godzin

**ROK TRZECI**

1. **Praktyka śródroczna – praktyka z fizjoterapii klinicznej, fizykoterapii i masażu** - 100 godzin, w tym:
2. Praktyka z zakresu fizykoterapii i masażu – 50 godzin
3. Praktyka z fizjoterapii klinicznej – 50 godzin
   * + Oddział Rehabilitacji - 15 godzin;
     + Oddział Geriatrii - 15 godzin;
     + Oddział Reumatologii – 10 godzin;
     + Oddział Kardiologii – 10 godzin;
4. **Wakacyjna praktyka profilowana - wybieralna -** 200 godzin.

**ROK CZWARTY**

1. **Praktyka śródroczna – praktyka z fizjoterapii klinicznej, fizykoterapii i masażu** - 100 godzin, w tym:
2. Praktyka z zakresu fizykoterapii i masażu – 50 godzin
3. Praktyka z fizjoterapii klinicznej – 50 godzin
   * + Oddział Neurologii - 15 godzin;
     + Oddział Intensywnej Terapii - 10 godzin;
     + Oddział Ortopedii – 15 godzin;
     + Oddział Neurochirurgii – 10 godzin;
4. **Wakacyjna praktyka profilowana - wybieralna -** 200 godzin.

**ROK PIĄTY**

1. **Praktyka śródroczna – praktyka z fizjoterapii klinicznej, fizykoterapii i masażu** - 510 godzin, w tym:
2. Praktyka z zakresu fizykoterapii i masażu – 100 godzin
3. Praktyka z fizjoterapii klinicznej – 410 godzin
   * + Oddział Pediatrii – 25 godzin;
     + Oddział Neurologii – 50 godzin;
     + Oddział Ortopedii – 50 godzin;
     + Oddział Intensywnej Terapii – 25 godzin;
     + Oddział Neurochirurgii – 50 godzin;
     + Oddział Rehabilitacji – 75 godzin;
     + Oddział Chirurgii – 25 godzin;
     + Oddział Geriatrii – 25 godzin;
     + Oddział Kardiologii – 30 godzin;
     + Oddział Reumatologii – 30 godzin

**Zapoznała/em się z regulaminem praktyki:** …………………………………………………

*(podpis Studenta)*

## I ROK

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ZAKRES PRAKTYKI** | **Praktyka asystencka wdrożeniowa (wakacyjna)** na wybranym oddziale szpitalnym (ortopedia, chirurgia, pediatria, neurologia – do wyboru) Cele kształcenia: nabycie umiejętności praktycznych: pielęgnacji pacjenta, nawiązywania kontaktu z chorym | | |
| **MIEJSCE PRAKTYKI** | (*pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)* | | |
| **CZAS TRWANIA** | praktyka wakacyjna | | |
| **ILOŚĆ GODZIN** | 150 | | |
| **ZAKRES CZYNNOŚCI I WYKAZ NABYTYCH UMIEJETNOŚCI:** | | **DATA** | **PODPIS** |
| zapoznanie się ze specyfiką oddziału i organizacją pracy na oddziale | |  |  |
| asystowanie podczas badania fizykalnego pacjenta | |  |  |
| asystowanie podczas wykonywania wlewów dożylnych, iniekcji, zmiany opatrunków | |  |  |
| pielęgnacja pacjenta leżącego | |  |  |
| karmienie i pojenie chorego | |  |  |
| zastosowanie udogodnień w ułożeniu chorego – materace p/odleżynowe, i inne udogodnienia | |  |  |
| zapewnienie pacjentowi wygodnej pozycji w łóżku | |  |  |
| pomiar ciepłoty ciała | |  |  |
| pomiar, ocena i dokumentowanie tętna pacjenta | |  |  |
| pomiar, ocena i dokumentowanie ciśnienia tętniczego pacjenta | |  |  |
| wykonywanie pomiarów antropometrycznych (waga, wzrost) u chorego | |  |  |
| nawiązanie kontaktu z pacjentem | |  |  |
| rozpoznanie potrzeb pacjenta | |  |  |
| pomoc choremu przy poruszaniu się | |  |  |
| pomoc w wykonywaniu czynności higienicznych | |  |  |
| transportowanie chorego w obrębie szpitala | |  |  |
| ocena stopnia zagrożenia odleżynami | |  |  |
| prowadzenie profilaktyki p/odleżynowej | |  |  |
| pomoc w przygotowaniu do przeprowadzenia badań diagnostycznych | |  |  |
| monitorowanie stanu chorego we wszystkich fazach terapeutycznych | |  |  |
| **DATA** | …………………………………………………………………………  *(podpis i pieczęć imienna Opiekuna praktyki z jednostki organizacyjnej, w której praktyka była realizowana)* | | |

**Praktyki zatwierdził:**

……………………… *………………………………………………………………………*

*Data podpis i pieczęć imienna*

*Koordynatora praktyk Collegium Medicum w Bydgoszczy*

**KARTA WERYFIKACJI EFEKTÓW KSZTAŁCENIA**

**PRAKTYKA ASYSTENCKA WDROŻENIOWA (WAKACYJNA) NA WYBRANYM ODDZIALE**

imię i nazwisko Studenta/numer albumu……………………………………………………….

imię i nazwisko Mentora praktyki……………………………………………………………

*Wypełnia Mentor praktyk*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **WIEDZA** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **F.W9. -** zasady etyczne obowiązujące w pracy z pacjentem |  |  |
| **F.W12. -** rolę fizjoterapeuty w procesie kompleksowej rehabilitacji i innych specjalistów w zespole terapeutycznym |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **UMIEJĘTNOŚCI** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **F.U8. -** pracować w zespole interdyscyplinarnym zapewniającym ciągłość opieki nad pacjentem oraz komunikować się z innymi członkami zespołu, z pacjentem i jego rodziną |  |  |
| **F.U10.** - inicjować, organizować i realizować działania ukierunkowane na edukację zdrowotną, promocję zdrowia i profilaktykę niepełnosprawności |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **KOMPETENCJE SPOŁECZNE** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **K4. –** przestrzeganie praw pacjenta i zasad etyki zawodowej |  |  |
| **K5. –** dostrzegania i rozpoznawania własnych ograniczeń, dokonywania samooceny deficytów i potrzeb edukacyjnych |  |  |
| **K6.** – korzystania z obiektywnych źródeł informacji |  |  |
| **K7. –** wdrażania zasad koleżeństwa zawodowego i współpracy w zespole specjalistów, w tym z przedstawicielami innych zawodów medycznych, także w środowisku wielokulturowym i wielonarodościowym |  |  |

*data, podpis i pieczęć Opiekuna praktyk*………………………………………………………

**II ROK**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ZAKRES PRAKTYKI** | **PRAKTYKA WAKACYJNA W PRACOWNI KINEZYTERAPII**  cel kształcenia: nabycie umiejętności praktycznych w zakresie kinezyterapii | | |
| **MIEJSCE PRAKTYKI** | …………………………………………………………………………  *( pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)* | | |
| **CZAS TRWANIA** | Semestr IV (praktyka wakacyjna) | | |
| **ILOŚĆ GODZIN** | 300 | | |
| **ZAKRES CZYNNOŚCI I WYKAZ NABYTYCH UMIEJĘTNOŚCI** | | **DATA** | **PODPIS** |
| przygotowanie kinezyterapeuty do pracy z pacjentem | |  |  |
| identyfikacja sprzętu rehabilitacyjnego | |  |  |
| organizowanie stanowiska do ćwiczeń w UGUL- u | |  |  |
| organizowanie stanowiska do ćwiczeń ogólnych | |  |  |
| organizowanie stanowiska do ćwiczeń manipulacyjnych | |  |  |
| interpretacja skierowania na gimnastykę leczniczą | |  |  |
| prowadzenie ćwiczeń ogólnousprawniających | |  |  |
| planowanie i prowadzenie gimnastyki oddechowej | |  |  |
| planowanie i prowadzenie ćwiczeń usprawniających obręczy barkowej | |  |  |
| planowanie i prowadzenie ćwiczeń usprawniających obręczy biodrowej | |  |  |
| planowanie i prowadzenie ćwiczeń usprawniających kończyny górnej | |  |  |
| planowanie i prowadzenie ćwiczeń usprawniających kończyny dolnej | |  |  |
| planowanie i planowanie i prowadzenie ćwiczeń usprawniających kręgosłupa | |  |  |
| planowanie i prowadzenie ćwiczeń postawy | |  |  |
| prowadzenie dokumentacji pacjenta | |  |  |
| ocena wyników kinezyterapii | |  |  |
| **DATA** | …………………………………………………………………………  *(podpis i pieczęć imienna Opiekuna praktyki z jednostki organizacyjnej, w której praktyka była realizowana)* | | |

**OPIS PRZYPADKU:**

**Praktyki zatwierdził:**

…………..

*( data)*

*……………………………………………………………………*

*(podpis i pieczęć imienna Koordynatora praktyk CM w Bydgoszczy)*

**KARTA WERYFIKACJI EFEKTÓW KSZTAŁCENIA**

## PRAKTYKA WAKACYJNA W PRACOWNI KINEZYTERAPII

w*ypełnia Student*

imię i nazwisko Studenta/numer albumu……………………………………………………….

imię i nazwisko Mentora praktyki………………………………………………………………

*Wypełnia Mentor praktyk*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **WIEDZA** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **F.W2. -** teoretyczne, metodyczne i praktyczne podstawy kinezyterapii i terapii manualnej, specjalnych metod fizjoterapii, ergonomii oraz fizykoterapii i masażu leczniczego; |  |  |
| **F.W5. -** metody opisu i interpretacji podstawowych jednostek i zespołów chorobowych w stopniu umożliwiającym racjonalne stosowanie środków fizjoterapii i planowanie fizjoterapii |  |  |
| **F.W11. -** standardy fizjoterapeutyczne |  |  |
| **UMIEJĘTNOŚCI** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **F.U2.** - samodzielnie wykonywać zabiegi z zakresu kinezyterapii, terapii manualnej, fizykoterapii i masażu leczniczego |  |  |
| **F.U4.** - wykazać specjalistyczne umiejętności ruchowe z zakresu wybranych form aktywności fizycznej |  |  |
| **F.U5.** - dobierać wyroby medyczne stosownie do rodzaju dysfunkcji i potrzeb pacjenta na każdym etapie rehabilitacji |  |  |
| **F.U6.** - zastosować wyroby medyczne oraz poinstruować pacjenta, jak z nich korzystać; |  |  |
| **F.U7.**- wykorzystywać i obsługiwać aparaturę, sprzęt do fizjoterapii i sprzęt do badań funkcjonalnych oraz przygotować stanowisko pracy |  |  |
| **F.U12.**- samodzielnie wykonywać powierzone zadania i właściwie organizować własną pracę oraz brać za nią odpowiedzialność |  |  |
| **F.U13.** - pracować w zespole i przyjmować odpowiedzialność za udział w podejmowaniu decyzji |  |  |
| **F.U14.** - aktywnie uczestniczyć w pracach zespołu terapeutycznego |  |  |
| **F.U17.** - przestrzegać praw pacjenta |  |  |
| **KOMPETENCJE SPOŁECZNE** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **K1.** – nawiązania i utrzymania pełnego szacunku kontaktu z pacjentem, a także okazywania zrozumienia dla różnic światopoglądowych i kulturowych |  |  |
| **K2. –** wykonywania zawodu, będąc świadomym roli, jaką fizjoterapeuta pełni na rzecz społeczeństwa, w tym społeczności lokalnej |  |  |
| **K3.** – prezentowania postawy promującej zdrowy styl życia, propagowania i aktywnego kreowania zdrowego stylu życia i promocji zdrowia w trakcie działań związanych z wykonywaniem zawodu i określania poziomu sprawności niezbędnego do wykonywania zawodu fizjoterapeuty |  |  |
| **K8. –** formułowania opinii dotyczących różnych aspektów działalności zawodowej |  |  |

*data, podpis i pieczątka Opiekuna praktyk*……………………………………………………

**III ROK**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ZAKRES PRAKTYKI** | **PRAKTYKA Z ZAKRESU FIZYKOTERAPII I MASAŻU**  Cel kształcenia: nabycie umiejętności praktycznych w zakresie fizykoterapii | | |
| **MIEJSCE PRAKTYKI** | *…………………………………………………………………………*  *(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)* | | |
| **CZAS TRWANIA** | Semestr V (praktyka śródroczna) | | |
| **ILOŚĆ GODZIN** | 50 | | |
| **ZAKRES CZYNNOŚCI I WYKAZ NABYTYCH UMIEJĘTNOŚCI** | | **DATA** | **PODPIS** |
| ***Laseroterapia*** | |  |  |
| Stosowanie zasad BHP podczas zabiegu laseroterapii niskoenergetycznej | |  |  |
| Wykonanie zabiegu laseroterapii z uwzględnieniem doboru odpowiedniej długości fali, mocy promieniowania laserowego, dawki energii, techniki zabiegu, pozycji pacjenta w zależności od wskazań leczniczych | |  |  |
| ***Magnetoterapia*** | |  |  |
| Stosowanie zasad BHP podczas zabiegu magnetoterapii | |  |  |
| Wykonanie zabiegu magnetoterapii z uwzględnieniem doboru: wartości indukcji magnetycznej, częstotliwości impulsów, kształtu impulsów, aplikatora, czasu zabiegu, pozycji pacjenta w zależności od wskazań leczniczych | |  |  |
| ***Fototerapia*** | |  |  |
| Stosowanie zasad BHP podczas zabiegu z zakresu fototerapii | |  |  |
| Wykonanie zabiegu z zakresu fototerapii z uwzględnieniem doboru odpowiedniej odległości lampy od naświetlanej powierzchni, kąta padania promieni, odpowiedniego ułożenia pacjenta w zależności od wskazań leczniczych | |  |  |
| ***Termoterapia*** | |  |  |
| Stosowanie zasad BHP obowiązujących w trakcie zabiegów z zakresu  termoterapii | |  |  |
| Wykonanie zabiegów z zakresu ciepłolecznictwa i krioterapii | |  |  |
| ***Elektroterapia*** | |  |  |
| Stosowanie zasad BHP obowiązujących w trakcie zabiegu z zakresu elektroterapii | |  |  |
| Wykonanie zabiegów z zakresu elektroterapii z uwzględnieniem doboru odpowiednich parametrów prądu, rodzaju elektrod oraz ich ułożenia, pozycji pacjenta w zależności od wskazań leczniczych | |  |  |
| ***Sonoterapia*** | |  |  |
| Stosowanie zasad BHP obowiązujących w trakcie zabiegu sonoterapii | |  |  |
| Wykonanie zabiegu sono terapii z uwzględnieniem doboru odpowiednich parametrów zabiegowych fali ultradźwiękowej: moc, rodzaj fali, czas, wielkość aplikatura, technika zabiegu. | |  |  |
| ***Masaż*** | |  |  |
| Stosowanie się do obowiązujących wskazań i przeciwskazań w celu wykonywania masażu leczniczego. | |  |  |
| Wykonywanie masażu klasycznego z uwzględnieniem odpowiedniej siły nacisku, szybkości, prawidłowo wykonywanej techniki w zależności od regionu ciała pacjenta. | |  |  |
| **DATA** | ……………………………………………………………………  *(podpis i pieczęć imienna Opiekuna praktyki z jednostki organizacyjnej, w której praktyka była realizowana)* | | |

**ROK III**

## KARTA WERYFIKACJI EFEKTÓW KSZTAŁCENIA Z ZAKRESU FIZYKOTERAPII I MASAŻU

w*ypełnia Student*

imię i nazwisko Studenta/numer albumu……………………………………………………… imię i nazwisko Mentora praktyki………………………………………………………………

*Wypełnia Mentor praktyk*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **WIEDZA** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **F.W2.** - teoretyczne, metodyczne i praktyczne podstawy kinezyterapii i terapii manualnej, specjalnych metod fizjoterapii, ergonomii oraz fizykoterapii i masażu leczniczego; |  |  |
| **F.W10.** - zasady postępowania fizjoterapeutycznego oparte na dowodach naukowych *(evidence based medicine/physiotherapy)* |  |  |
| **F.W14.** - zasady promocji zdrowia, jej zadania oraz rolę fizjoterapeuty w propagowaniu zdrowego stylu życia |  |  |
| **UMIEJĘTNOŚCI** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **F.U1.** - przeprowadzić badania i zinterpretować ich wyniki oraz przeprowadzić testy funkcjonalne niezbędne do doboru środków fizjoterapii, wykonywania zabiegów i stosowania podstawowych metod terapeutycznych |  |  |
| **F.U2.** - samodzielnie wykonywać zabiegi z zakresu kinezyterapii, terapii manualnej, fizykoterapii i masażu leczniczego |  |  |
| **F.U7.** - wykorzystywać i obsługiwać aparaturę, sprzęt do fizjoterapii i sprzęt do badań funkcjonalnych oraz przygotować stanowisko pracy; |  |  |
| **F.U8.** - pracować w zespole interdyscyplinarnym zapewniającym ciągłość opieki nad pacjentem oraz komunikować się z innymi członkami zespołu, z pacjentem i jego rodziną |  |  |
| **F.U9.**- wprowadzić dane i uzyskane informacje oraz opis efektów zabiegów i działań terapeutycznych do dokumentacji pacjenta |  |  |
| **F.U10. -** inicjować, organizować i realizować działania ukierunkowane na edukację zdrowotną, promocję zdrowia i profilaktykę niepełnosprawności |  |  |
| **F.U11.** - określić zakres swoich kompetencji zawodowych i współpracować z przedstawicielami innych zawodów medycznych; |  |  |
| **F.U13.** - pracować w zespole i przyjmować odpowiedzialność za udział w podejmowaniu decyzji |  |  |
| **F.U14.** - aktywnie uczestniczyć w pracach zespołu terapeutycznego |  |  |
| **F.U17.** – przestrzegać praw pacjenta |  |  |
| **KOMPETENCJE SPOŁECZNE** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **K2. –** wykonywania zawodu, będąc świadomym roli, jaką fizjoterapeuta pełni na rzecz społeczeństwa, w tym społeczności lokalnej |  |  |
| **K3. –** prezentowania podstawy promującej zdrowy styl życia, propagowania i aktywnego kreowania zdrowego stylu życia i promocji zdrowia w trakcie działań związanych z wykonywaniem zawodu i określania poziomu sprawności niezbędnego do wykonywania zawodu fizjoterapeuty |  |  |
| **K5. –** dostrzegania i rozpoznawania własnych ograniczeń, dokonywania samooceny deficytów i potrzeb edukacyjnych |  |  |
| **K9. –** przyjęcia odpowiedzialności związanej z decyzjami podejmowanymi w ramach działalności zawodowej, w tym w kategoriach bezpieczeństwa własnego i innych osób |  |  |

*data, podpis i pieczątka Opiekuna praktyk*……………………………………………………

**III ROK**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ZAKRES PRAKTYKI** | **Praktyka w zakresie fizjoterapii klinicznej**  **ODDZIAŁ REHABILITACJI**  Cele kształcenia: nabycie umiejętności w zakresie postępowania fizjoterapeutycznego w chorobach neurologicznych  i zwyrodnieniowych | | |
| **MIEJSCE PRAKTYKI** | …………………………………………………………………………  *( pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)* | | |
| **CZAS TRWANIA** | V semestr (praktyka śródroczna) | | |
| **ILOŚĆ GODZIN** | 15 | | |
| **ZAKRES CZYNNOŚCI I WYKAZ NABYTYCH UMIEJĘTNOŚCI** | | **DATA** | **PODPIS** |
| zapoznanie się ze specyfiką oddziału | |  |  |
| przeprowadzenie badania podmiotowego z pacjentem – zbieranie wywiadu | |  |  |
| ocena dysfunkcji strukturalnych i funkcjonalnych pacjenta | |  |  |
| sporządzenie planu usprawniania | |  |  |
| nawiązanie kontaktu terapeutycznego z pacjentem | |  |  |
| planowanie i przeprowadzenie ćwiczeń u pacjentów po urazach kończyn dolnych | |  |  |
| planowanie i przeprowadzenie ćwiczeń u pacjentów po urazach kończyn górnych | |  |  |
| planowanie i prowadzenie ćwiczeń u chorych z choroba zwyrodnieniową stawów kolanowych | |  |  |
| planowanie i prowadzenie ćwiczeń u chorych z choroba zwyrodnieniową stawów biodrowych | |  |  |
| planowanie i przeprowadzenie ćwiczeń u pacjentów po udarze mózgu | |  |  |
| planowanie i prowadzenie ćwiczeń u chorych z choroba zwyrodnieniową kręgosłupa w odcinku szyjnym | |  |  |
| planowanie i prowadzenie ćwiczeń u chorych z choroba zwyrodnieniową kręgosłupa w odcinku piersiowym | |  |  |
| planowanie i prowadzenie ćwiczeń u chorych z choroba zwyrodnieniową kręgosłupa w odcinku lędźwiowym | |  |  |
| planowanie i przeprowadzenie ćwiczeń u pacjentów po urazie czaszkowomózgowym | |  |  |
| planowanie i przeprowadzenie ćwiczeń u pacjentów z SM, chorobą Parkinsona | |  |  |
| przeprowadzenie ćwiczeń normalizujących napięcie mięśniowe | |  |  |
| przeprowadzenie ćwiczeń z wykorzystaniem reedukacji nerwowo-mięśniowej | |  |  |
| przeprowadzenie pionizacji biernej pacjenta | |  |  |
| przeprowadzenie pionizacji czynnej pacjenta | |  |  |
| ocena tętna i ciśnienia tętniczego w czasie pionizacji chorego | |  |  |
| dostosowanie pomocy ortopedycznych do potrzeb pacjenta | |  |  |
| nauka samodzielności w czynnościach dnia codziennego | |  |  |
| planowanie i przeprowadzenie ćwiczeń u pacjentów po urazie kręgosłupa | |  |  |
| ocena wyników leczenia fizjoterapeutycznego | |  |  |
| prowadzenie dokumentacji fizjoterapeutycznej | |  |  |
| **DATA** | …………………………………………………………………………  *(podpis i pieczęć imienna Opiekuna praktyki z jednostki organizacyjnej, w której praktyka była realizowana)* | | |

**OPIS PRZYPADKU:**

**Praktyki zatwierdził:**

…………..

*data*

*………………………………………………………………………*

*podpis i pieczęć imienna Koordynatora praktyk CM w Bydgoszczy*

**KARTA WERYFIKACJI EFEKTÓW KSZTAŁCENIA**

**PRAKTYKA W ZAKRESIE FIZJOTERAPII KLINICZNEJ**

**ODDZIAŁ REHABILITACJI**

w*ypełnia Student*

imię i nazwisko Studenta/numer albumu……………………………………………………….

imię i nazwisko Mentora praktyki………………………………………………………………

*Wypełnia Mentor praktyk*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **WIEDZA** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **F.W5.** - metody opisu i interpretacji podstawowych jednostek i zespołów chorobowych w stopniu umożliwiającym racjonalne stosowanie środków fizjoterapii i planowanie fizjoterapii |  |  |
| **F.W8.** - zasady działania wyrobów medycznych stosowanych w rehabilitacji |  |  |
| **F.W12.** - rolę fizjoterapeuty w procesie kompleksowej rehabilitacji i innych specjalistów w zespole terapeutycznym; |  |  |
| **UMIEJĘTNOŚCI** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **F.U3.** - tworzyć, weryfikować i modyfikować programy usprawniania osób z różnymi dysfunkcjami układu ruchu i innych narządów oraz układów, stosownie do ich stanu klinicznego i funkcjonalnego, oraz celów kompleksowej rehabilitacji; |  |  |
| **F.U4.** - wykazać specjalistyczne umiejętności ruchowe z zakresu wybranych form aktywności fizycznej; |  |  |
| **F.U5.** - dobierać wyroby medyczne stosownie do rodzaju dysfunkcji i potrzeb pacjenta na każdym etapie rehabilitacji |  |  |
| **F.U6.** - zastosować wyroby medyczne oraz poinstruować pacjenta, jak z nich korzystać |  |  |
| **F.U7.** - wykorzystywać i obsługiwać aparaturę, sprzęt do fizjoterapii i sprzęt do badań funkcjonalnych oraz przygotować stanowisko pracy |  |  |
| **F.U8.** - pracować w zespole interdyscyplinarnym zapewniającym ciągłość opieki nad pacjentem oraz komunikować się z innymi członkami zespołu, z pacjentem i jego rodziną |  |  |
| **F.U11.** -określić zakres swoich kompetencji zawodowych i współpracować z przedstawicielami innych zawodów medycznych; |  |  |
| **F.U14.** -aktywnie uczestniczyć w pracach zespołu terapeutycznego; |  |  |
| **F.U17.** -przestrzegać praw pacjenta; |  |  |
| **F.U18.** - nawiązać relację z pacjentem i współpracownikami opartą na wzajemnym zaufaniu i szacunku. |  |  |
| **KOMPETENCJE SPOŁECZNE** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **K1.** – nawiązania i utrzymania pełnego szacunku kontaktu z pacjentem, a także okazywania zrozumienia dla różnic światopoglądowych i kulturowych |  |  |
| **K5. –** dostrzegania i rozpoznawania własnych ograniczeń, dokonywania samooceny deficytów i potrzeb edukacyjnych |  |  |
| **K6.** – korzystania z obiektywnych źródeł informacji |  |  |
| **K8. –** formułowania opinii dotyczących różnych aspektów działalności zawodowej |  |  |

*data, podpis i pieczątka Opiekuna praktyk*……………………………………………………

**III ROK**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ZAKRES PRAKTYKI** | **Praktyka w zakresie fizjoterapii klinicznej**  **ODDZIAŁ GERIATRII**  Cel kształcenia: nabycie umiejętności postępowania fizjoterapeutycznego w schorzeniach narządów wewnętrznych | | |
| **MIEJSCE PRAKTYKI** | …………………………………………………………………………  *( pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)* | | |
| **CZAS TRWANIA** | V semestr (praktyka śródroczna) | | |
| **ILOŚĆ GODZIN** | 15 | | |
| **ZAKRES CZYNNOŚCI I WYKAZ NABYTYCH UMIEJĘTNOŚCI** | | **DATA** | **PODPIS** |
| zapoznanie się ze specyfiką oddziału | |  |  |
| rozpoznanie potrzeb pacjenta z dysfunkcją narządu ruchu | |  |  |
| zaplanowanie i przeprowadzenie programu ćwiczeń dla osób z niewydolnością układu krążenia | |  |  |
| zaplanowanie programu ćwiczeń i ich przeprowadzenie u pacjentów z przewlekłą niewydolnością układu oddechowego | |  |  |
| zaplanowanie programu ćwiczeń i ich przeprowadzenie u osób starszych z dysfunkcją narządu ruchu | |  |  |
| umiejętność przeprowadzenia wieloetapowej pionizacji pacjentów długo leżących | |  |  |
| wykonywanie ćwiczeń oddechowych | |  |  |
| wykonywanie ćwiczeń skutecznego kaszlu | |  |  |
| nauka pozycji ułożeniowych ułatwiających oddychanie | |  |  |
| zaplanowanie ćwiczeń fizycznych i ich przeprowadzenie u osób z cukrzycą | |  |  |
| ocena poziomu glikemii przed i po ćwiczeniach u pacjentów z cukrzycą | |  |  |
| zaplanowanie ćwiczeń fizycznych i ich przeprowadzenie u pacjentów  z polineuropatią cukrzycową | |  |  |
| zaplanowanie programu ćwiczeń i ich przeprowadzenie u osób starszych  z chorobą zwyrodnieniową stawów | |  |  |
| zaplanowanie programu ćwiczeń dla osób z osteoporozą | |  |  |
| zaplanowanie programu ćwiczeń i ich przeprowadzenie u pacjentów starszych z zaburzeniami równowagi ( profilaktyka upadków) | |  |  |
| dopasowanie pomocy ortopedycznych do potrzeb pacjenta | |  |  |
| dopasowanie wózka inwalidzkiego do potrzeb pacjenta | |  |  |
| prowadzenie dokumentacji fizjoterapeutycznej | |  |  |
| **DATA** | …………………………………………………………………………  *(podpis i pieczęć imienna Opiekuna praktyki z jednostki organizacyjnej, w której praktyka była realizowana)* | | |

**OPIS PRZYPADKU:**

**Praktyki zatwierdził:**

…………..

*data*

*………………………………………………………………………*

*podpis i pieczęć imienna Koordynatora praktyk CM w Bydgoszczy*

## III ROK

## KARTA WERYFIKACJI EFEKTÓW KSZTAŁCENIA PRAKTYKA W ZAKRESIE FIZJOTERAPII KLINICZNEJ ODDZIAŁ GERIATRII

w*ypełnia Student*

imię i nazwisko Studenta/numer albumu……………………………………………………….

imię i nazwisko Mentora praktyki………………………………………………………………

*Wypełnia Mentor praktyk*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **WIEDZA** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **F.W5.** - metody opisu i interpretacji podstawowych jednostek i zespołów chorobowych w stopniu umożliwiającym racjonalne stosowanie środków fizjoterapii i planowanie fizjoterapii |  |  |
| **F.W8.** - zasady działania wyrobów medycznych stosowanych w rehabilitacji |  |  |
| **F.W12.** - rolę fizjoterapeuty w procesie kompleksowej rehabilitacji i innych specjalistów w zespole terapeutycznym; |  |  |
| **UMIEJĘTNOŚCI** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **F.U3.** - tworzyć, weryfikować i modyfikować programy usprawniania osób z różnymi dysfunkcjami układu ruchu i innych narządów oraz układów, stosownie do ich stanu klinicznego i funkcjonalnego, oraz celów kompleksowej rehabilitacji; |  |  |
| **F.U4.** - wykazać specjalistyczne umiejętności ruchowe z zakresu wybranych form aktywności fizycznej; |  |  |
| **F.U5.** - dobierać wyroby medyczne stosownie do rodzaju dysfunkcji i potrzeb pacjenta na każdym etapie rehabilitacji |  |  |
| **F.U6.** - zastosować wyroby medyczne oraz poinstruować pacjenta, jak z nich korzystać |  |  |
| **F.U7.** - wykorzystywać i obsługiwać aparaturę, sprzęt do fizjoterapii i sprzęt do badań funkcjonalnych oraz przygotować stanowisko pracy |  |  |
| **F.U8.** - pracować w zespole interdyscyplinarnym zapewniającym ciągłość opieki nad pacjentem oraz komunikować się z innymi członkami zespołu, z pacjentem i jego rodziną |  |  |
| **F.U11.** -określić zakres swoich kompetencji zawodowych i współpracować z przedstawicielami innych zawodów medycznych; |  |  |
| **F.U14.** -aktywnie uczestniczyć w pracach zespołu terapeutycznego; |  |  |
| **F.U17.** -przestrzegać praw pacjenta; |  |  |
| **F.U18.** - nawiązać relację z pacjentem i współpracownikami opartą na wzajemnym zaufaniu i szacunku. |  |  |
| **KOMPETENCJE SPOŁECZNE** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **K1.** – nawiązania i utrzymania pełnego szacunku kontaktu z pacjentem, a także okazywania zrozumienia dla różnic światopoglądowych i kulturowych |  |  |
| **K5. –** dostrzegania i rozpoznawania własnych ograniczeń, dokonywania samooceny deficytów i potrzeb edukacyjnych |  |  |
| **K6.** – korzystania z obiektywnych źródeł informacji |  |  |
| **K8. –** formułowania opinii dotyczących różnych aspektów działalności zawodowej |  |  |

*data, podpis i pieczątka Opiekuna praktyk*……………………………………………………

**III ROK**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ZAKRES PRAKTYKI** | **Praktyka w zakresie fizjoterapii klinicznej**  **ODDZIAŁ REUMATOLOGII**  Cel kształcenia: nabycie umiejętności w zakresie postępowania fizjoterapeutycznego u pacjentów ze schorzeniami reumatycznymi | | |
| **MIEJSCE PRAKTYKI** | …………………………………………………………………………  *(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)* | | |
| **CZAS TRWANIA** | V semestr (praktyka śródroczna) | | |
| **ILOŚĆ GODZIN** | 10 | | |
| **ZAKRES CZYNNOŚCI I WYKAZ NABYTYCH UMIEJĘTNOŚCI** | | **DATA** | **PODPIS** |
| badanie funkcjonalne pacjenta z chorobami reumatycznymi | |  |  |
| ocena ruchomości w stawach kończyn dolnych | |  |  |
| ocena ruchomości w stawach kończyn górnych | |  |  |
| ocena ruchomości kręgosłupa w odcinku szyjnym | |  |  |
| ocena ruchomości kręgosłupa w odcinku piersiowym | |  |  |
| ocena ruchomości kręgosłupa w odcinku lędźwiowym | |  |  |
| wykonanie ćwiczeń w odciążeniu kończyn górnych | |  |  |
| wykonanie ćwiczeń w odciążeniu kończyn dolnych | |  |  |
| wykonanie wyciągu na przykurczone mięśnie | |  |  |
| dopasowanie pomocy ortopedycznych w dysfunkcjach narządu ruchu | |  |  |
| dopasowanie ortez w dysfunkcjach narządu ruchu | |  |  |
| zaplanowanie zabiegów fizykalnych u pacjentów z chorobami reumatycznymi | |  |  |
| zaplanowanie i przeprowadzenie kinezyterapii u chorego z ZZSK | |  |  |
| zaplanowanie i przeprowadzenie kinezyterapii u chorego z RZS | |  |  |
| zaplanowanie i przeprowadzenie kinezyterapii u chorego z osteoporozą | |  |  |
| zaplanowanie i przeprowadzenie kinezyterapii u chorego z kolagenozą | |  |  |
| ocena wyników leczenia fizjoterapeutycznego | |  |  |
| prowadzenie dokumentacji fizjoterapeutycznej | |  |  |
| **DATA** | …………………………………………………………………………  *(podpis i pieczęć imienna Opiekuna praktyki z jednostki organizacyjnej, w której praktyka była realizowana)* | | |

**OPIS PRZYPADKU:**

**Praktyki zatwierdził:**

…………..

*data*

………………………………………………………………………

*podpis i pieczęć imienna Koordynatora praktyk CM w Bydgoszczy*

**KARTA WERYFIKACJI EFEKTÓW KSZTAŁCENIA**

**PRAKTYKA W ZAKRESIE FIZJOTERAPII KLINICZNEJ ODDZIAŁ REUMATOLOGII**

w*ypełnia Student*

imię i nazwisko Studenta/numer albumu……………………………………………………….

imię i nazwisko Mentora praktyki………………………………………………………………

*Wypełnia Mentor praktyk*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **WIEDZA** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **F.W5.** - metody opisu i interpretacji podstawowych jednostek i zespołów chorobowych w stopniu umożliwiającym racjonalne stosowanie środków fizjoterapii i planowanie fizjoterapii |  |  |
| **F.W8.** - zasady działania wyrobów medycznych stosowanych w rehabilitacji |  |  |
| **F.W12.** - rolę fizjoterapeuty w procesie kompleksowej rehabilitacji i innych specjalistów w zespole terapeutycznym; |  |  |
| **UMIEJĘTNOŚCI** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **F.U3.** - tworzyć, weryfikować i modyfikować programy usprawniania osób z różnymi dysfunkcjami układu ruchu i innych narządów oraz układów, stosownie do ich stanu klinicznego i funkcjonalnego, oraz celów kompleksowej rehabilitacji; |  |  |
| **F.U4.** - wykazać specjalistyczne umiejętności ruchowe z zakresu wybranych form aktywności fizycznej; |  |  |
| **F.U5.** - dobierać wyroby medyczne stosownie do rodzaju dysfunkcji i potrzeb pacjenta na każdym etapie rehabilitacji |  |  |
| **F.U6.** - zastosować wyroby medyczne oraz poinstruować pacjenta, jak z nich korzystać |  |  |
| **F.U7.** - wykorzystywać i obsługiwać aparaturę, sprzęt do fizjoterapii i sprzęt do badań funkcjonalnych oraz przygotować stanowisko pracy |  |  |
| **F.U8.** - pracować w zespole interdyscyplinarnym zapewniającym ciągłość opieki nad pacjentem oraz komunikować się z innymi członkami zespołu, z pacjentem i jego rodziną |  |  |
| **F.U11.** -określić zakres swoich kompetencji zawodowych i współpracować z przedstawicielami innych zawodów medycznych; |  |  |
| **F.U14.** -aktywnie uczestniczyć w pracach zespołu terapeutycznego; |  |  |
| **F.U17.** -przestrzegać praw pacjenta; |  |  |
| **F.U18.** - nawiązać relację z pacjentem i współpracownikami opartą na wzajemnym zaufaniu i szacunku. |  |  |
| **KOMPETENCJE SPOŁECZNE** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **K1.** – nawiązania i utrzymania pełnego szacunku kontaktu z pacjentem, a także okazywania zrozumienia dla różnic światopoglądowych i kulturowych |  |  |
| **K5. –** dostrzegania i rozpoznawania własnych ograniczeń, dokonywania samooceny deficytów i potrzeb edukacyjnych |  |  |
| **K6.** – korzystania z obiektywnych źródeł informacji |  |  |
| **K8. –** formułowania opinii dotyczących różnych aspektów działalności zawodowej |  |  |

*data, podpis i pieczątka Opiekuna praktyk*……………………………………………………

**III ROK**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ZAKRES PRAKTYKI** | **Praktyka w zakresie fizjoterapii klinicznej**  **ODDZIAŁ KARDIOLOGII**  Cel kształcenia: nauka postępowania fizjoterapeutycznego w chorobach układu krążenia | | |
| **MIEJSCE PRAKTYKI** | ……………………………………………………………………  *( pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)* | | |
| **CZAS TRWANIA** | V semestr (praktyka śródroczna) | | |
| **ILOŚĆ GODZIN** | 10 | | |
| **ZAKRES CZYNNOŚCI I WYKAZ NABYTYCH UMIEJĘTNOŚCI** | | **DATA** | **PODPIS** |
| zasady pomiaru oddechów, tętna i ciśnienia tętniczego | |  |  |
| zbieranie wywiadu z pacjentem | |  |  |
| znajomość objawów klinicznych świadczących o niedokrwieniu mięśnia sercowego | |  |  |
| obserwacja pacjenta pod względem wydolności serca i motoryki | |  |  |
| usprawnianie pacjenta po leczeniu zachowawczym chorób serca | |  |  |
| uruchomienie pacjenta po ostrym zespole wieńcowym | |  |  |
| usprawnianie pacjenta po leczeniu inwazyjnym chorób serca | |  |  |
| znajomość zasady planowania i prowadzenia ćwiczeń rehabilitacyjnych w kardiologii | |  |  |
| monitorowanie ciśnienia tętniczego w czasie prowadzenia ćwiczeń | |  |  |
| monitorowanie tętna w czasie prowadzenia rehabilitacji | |  |  |
| obserwacja objawów klinicznych (duszność, ból w klatce piersiowej) w czasie prowadzenia ćwiczeń | |  |  |
| przygotowanie i monitorowanie pacjenta w czasie próby wysiłkowej | |  |  |
| znajomość obciążeń fizycznych stosowanych w rehabilitacji kardiologicznej | |  |  |
| postępowanie z pacjentem z niewydolnością krążenia | |  |  |
| ocena ryzyka stosowania wysiłku w chorobach serca | |  |  |
| prowadzenie ćwiczeń oddechowych | |  |  |
| nauka pozycji ułożeniowych ułatwiających oddychanie | |  |  |
| umiejętność prowadzenia ćwiczeń ogólnokondycyjnych | |  |  |
| prowadzenie dokumentacji fizjoterapeutycznej | |  |  |
| **DATA** | ……………………………………………………………………  *(podpis i pieczęć imienna Opiekuna praktyki z jednostki organizacyjnej, w której praktyka była realizowana)* | | |

**OPIS PRZYPADKU:**

**Praktyki zatwierdził:**

…………..

(*data)*

*………………………………………………………………………*

*podpis i pieczęć imienna Koordynatora praktyk CM w Bydgoszczy*

**KARTA WERYFIKACJI EFEKTÓW KSZTAŁCENIA**

**PRAKTYKA W ZAKRESIE FIZJOTERAPII KLINICZNEJ**

**ODDZIAŁ KARDIOLOGII**

w*ypełnia Student*

imię i nazwisko Studenta/numer albumu……………………………………………………….

imię i nazwisko Mentora praktyki………………………………………………………………

*Wypełnia Mentor praktyk*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **WIEDZA** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **F.W5.** - metody opisu i interpretacji podstawowych jednostek i zespołów chorobowych w stopniu umożliwiającym racjonalne stosowanie środków fizjoterapii i planowanie fizjoterapii |  |  |
| **F.W8.** - zasady działania wyrobów medycznych stosowanych w rehabilitacji |  |  |
| **F.W12.** - rolę fizjoterapeuty w procesie kompleksowej rehabilitacji i innych specjalistów w zespole terapeutycznym; |  |  |
| **UMIEJĘTNOŚCI** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **F.U3.** - tworzyć, weryfikować i modyfikować programy usprawniania osób z różnymi dysfunkcjami układu ruchu i innych narządów oraz układów, stosownie do ich stanu klinicznego i funkcjonalnego, oraz celów kompleksowej rehabilitacji; |  |  |
| **F.U4.** - wykazać specjalistyczne umiejętności ruchowe z zakresu wybranych form aktywności fizycznej; |  |  |
| **F.U5.** - dobierać wyroby medyczne stosownie do rodzaju dysfunkcji i potrzeb pacjenta na każdym etapie rehabilitacji |  |  |
| **F.U6.** - zastosować wyroby medyczne oraz poinstruować pacjenta, jak z nich korzystać |  |  |
| **F.U7.** - wykorzystywać i obsługiwać aparaturę, sprzęt do fizjoterapii i sprzęt do badań funkcjonalnych oraz przygotować stanowisko pracy |  |  |
| **F.U8.** - pracować w zespole interdyscyplinarnym zapewniającym ciągłość opieki nad pacjentem oraz komunikować się z innymi członkami zespołu, z pacjentem i jego rodziną |  |  |
| **F.U11.** -określić zakres swoich kompetencji zawodowych i współpracować z przedstawicielami innych zawodów medycznych; |  |  |
| **F.U14.** -aktywnie uczestniczyć w pracach zespołu terapeutycznego; |  |  |
| **F.U17.** -przestrzegać praw pacjenta; |  |  |
| **F.U18.** - nawiązać relację z pacjentem i współpracownikami opartą na wzajemnym zaufaniu i szacunku. |  |  |
| **KOMPETENCJE SPOŁECZNE** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **K1.** – nawiązania i utrzymania pełnego szacunku kontaktu z pacjentem, a także okazywania zrozumienia dla różnic światopoglądowych i kulturowych |  |  |
| **K5. –** dostrzegania i rozpoznawania własnych ograniczeń, dokonywania samooceny deficytów i potrzeb edukacyjnych |  |  |
| **K6.** – korzystania z obiektywnych źródeł informacji |  |  |
| **K8. –** formułowania opinii dotyczących różnych aspektów działalności zawodowej |  |  |

*data, podpis i pieczątka Opiekuna praktyk*……………………………………………………

**III ROK**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ZAKRES PRAKTYKI** | **Praktyka profilowana wakacyjna**  **– do wyboru przez studenta**  Cel kształcenia: | | |
| **MIEJSCE PRAKTYKI** | ……………………………………………………………………  *(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)* | | |
| **CZAS TRWANIA** | VI semestr (praktyka wakacyjna) | | |
| **ILOŚĆ GODZIN** | 200 | | |
| **ZAKRES CZYNNOŚCI I WYKAZ NABYTYCH UMIEJĘTNOŚCI** | | **DATA** | **PODPIS** |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
| **DATA** | ……………………………………………………………………  *(podpis i pieczęć imienna Opiekuna praktyki z jednostki organizacyjnej, w której praktyka była realizowana)* | | |

**OPIS PRZYPADKU:**

**Praktyki zatwierdził:**

…………..

(*data)*

*………………………………………………………………………*

*podpis i pieczęć imienna Koordynatora praktyk CM w Bydgoszczy*

**KARTA WERYFIKACJI EFEKTÓW KSZTAŁCENIA**

**PRAKTYKA PROFILOWANA WAKACYJNA**

**– DO WYBORU PRZEZ STUDENTA**

w*ypełnia Student*

imię i nazwisko Studenta/numer albumu……………………………………………………….

imię i nazwisko Mentora praktyki………………………………………………………………

*Wypełnia Mentor praktyk*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **WIEDZA** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **F.W5.** - metody opisu i interpretacji podstawowych jednostek i zespołów chorobowych w stopniu umożliwiającym racjonalne stosowanie środków fizjoterapii i planowanie fizjoterapii |  |  |
| **F.W8.** - zasady działania wyrobów medycznych stosowanych w rehabilitacji |  |  |
| **F.W12.** - rolę fizjoterapeuty w procesie kompleksowej rehabilitacji i innych specjalistów w zespole terapeutycznym; |  |  |
| **UMIEJĘTNOŚCI** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **F.U3.** - tworzyć, weryfikować i modyfikować programy usprawniania osób z różnymi dysfunkcjami układu ruchu i innych narządów oraz układów, stosownie do ich stanu klinicznego i funkcjonalnego, oraz celów kompleksowej rehabilitacji; |  |  |
| **F.U4.** - wykazać specjalistyczne umiejętności ruchowe z zakresu wybranych form aktywności fizycznej; |  |  |
| **F.U5.** - dobierać wyroby medyczne stosownie do rodzaju dysfunkcji i potrzeb pacjenta na każdym etapie rehabilitacji |  |  |
| **F.U6.** - zastosować wyroby medyczne oraz poinstruować pacjenta, jak z nich korzystać |  |  |
| **F.U7.** - wykorzystywać i obsługiwać aparaturę, sprzęt do fizjoterapii i sprzęt do badań funkcjonalnych oraz przygotować stanowisko pracy |  |  |
| **F.U8.** - pracować w zespole interdyscyplinarnym zapewniającym ciągłość opieki nad pacjentem oraz komunikować się z innymi członkami zespołu, z pacjentem i jego rodziną |  |  |
| **F.U11.** -określić zakres swoich kompetencji zawodowych i współpracować z przedstawicielami innych zawodów medycznych; |  |  |
| **F.U14.** -aktywnie uczestniczyć w pracach zespołu terapeutycznego; |  |  |
| **F.U17.** -przestrzegać praw pacjenta; |  |  |
| **F.U18.** - nawiązać relację z pacjentem i współpracownikami opartą na wzajemnym zaufaniu i szacunku. |  |  |
| **KOMPETENCJE SPOŁECZNE** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **K1.** – nawiązania i utrzymania pełnego szacunku kontaktu z pacjentem, a także okazywania zrozumienia dla różnic światopoglądowych i kulturowych |  |  |
| **K5. –** dostrzegania i rozpoznawania własnych ograniczeń, dokonywania samooceny deficytów i potrzeb edukacyjnych |  |  |
| **K6.** – korzystania z obiektywnych źródeł informacji |  |  |
| **K8. –** formułowania opinii dotyczących różnych aspektów działalności zawodowej |  |  |

*data, podpis i pieczątka Opiekuna praktyk*……………………………………………………

**IV ROK**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ZAKRES PRAKTYKI** | **PRAKTYKA Z ZAKRESU FIZYKOTERAPII I MASAŻU**  Cel kształcenia: nabycie umiejętności praktycznych w zakresie fizykoterapii | | |
| **MIEJSCE PRAKTYKI** | *…………………………………………………………………………*  *(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)* | | |
| **CZAS TRWANIA** | Semestr VII (praktyka śródroczna) | | |
| **ILOŚĆ GODZIN** | 50 | | |
| **ZAKRES CZYNNOŚCI I WYKAZ NABYTYCH UMIEJĘTNOŚCI** | | **DATA** | **PODPIS** |
| ***Laseroterapia*** | |  |  |
| Stosowanie zasad BHP podczas zabiegu laseroterapii niskoenergetycznej | |  |  |
| Wykonanie zabiegu laseroterapii z uwzględnieniem doboru odpowiedniej długości fali, mocy promieniowania laserowego, dawki energii, techniki zabiegu, pozycji pacjenta w zależności od wskazań leczniczych | |  |  |
| ***Magnetoterapia*** | |  |  |
| Stosowanie zasad BHP podczas zabiegu magnetoterapii | |  |  |
| Wykonanie zabiegu magnetoterapii z uwzględnieniem doboru: wartości indukcji magnetycznej, częstotliwości impulsów, kształtu impulsów, aplikatora, czasu zabiegu, pozycji pacjenta w zależności od wskazań leczniczych | |  |  |
| ***Fototerapia*** | |  |  |
| Stosowanie zasad BHP podczas zabiegu z zakresu fototerapii | |  |  |
| Wykonanie zabiegu z zakresu fototerapii z uwzględnieniem doboru odpowiedniej odległości lampy od naświetlanej powierzchni, kąta padania promieni, odpowiedniego ułożenia pacjenta w zależności od wskazań leczniczych | |  |  |
| ***Termoterapia*** | |  |  |
| Stosowanie zasad BHP obowiązujących w trakcie zabiegów z zakresu  termoterapii | |  |  |
| Wykonanie zabiegów z zakresu ciepłolecznictwa i krioterapii | |  |  |
| ***Elektroterapia*** | |  |  |
| Stosowanie zasad BHP obowiązujących w trakcie zabiegu z zakresu elektroterapii | |  |  |
| Wykonanie zabiegów z zakresu elektroterapii z uwzględnieniem doboru odpowiednich parametrów prądu, rodzaju elektrod oraz ich ułożenia, pozycji pacjenta w zależności od wskazań leczniczych | |  |  |
| ***Sonoterapia*** | |  |  |
| Stosowanie zasad BHP obowiązujących w trakcie zabiegu sonoterapii | |  |  |
| Wykonanie zabiegu sono terapii z uwzględnieniem doboru odpowiednich parametrów zabiegowych fali ultradźwiękowej: moc, rodzaj fali, czas, wielkość aplikatura, technika zabiegu. | |  |  |
| ***Masaż*** | |  |  |
| Stosowanie się do obowiązujących wskazań i przeciwskazań w celu wykonywania masażu leczniczego. | |  |  |
| Wykonywanie masażu klasycznego z uwzględnieniem odpowiedniej siły nacisku, szybkości, prawidłowo wykonywanej techniki w zależności od regionu ciała pacjenta. | |  |  |
| **DATA** | ……………………………………………………………………  *(podpis i pieczęć imienna Opiekuna praktyki z jednostki organizacyjnej, w której praktyka była realizowana)* | | |

**IV ROK**

## KARTA WERYFIKACJI EFEKTÓW KSZTAŁCENIA Z ZAKRESU FIZYKOTERAPII I MASAŻU

w*ypełnia Student*

imię i nazwisko Studenta/numer albumu……………………………………………………… imię i nazwisko Mentora praktyki………………………………………………………………

*Wypełnia Mentor praktyk*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **WIEDZA** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **F.W2.** - teoretyczne, metodyczne i praktyczne podstawy kinezyterapii i terapii manualnej, specjalnych metod fizjoterapii, ergonomii oraz fizykoterapii i masażu leczniczego; |  |  |
| **F.W10.** - zasady postępowania fizjoterapeutycznego oparte na dowodach naukowych *(evidence based medicine/physiotherapy)* |  |  |
| **F.W14.** - zasady promocji zdrowia, jej zadania oraz rolę fizjoterapeuty w propagowaniu zdrowego stylu życia |  |  |
| **UMIEJĘTNOŚCI** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **F.U1.** - przeprowadzić badania i zinterpretować ich wyniki oraz przeprowadzić testy funkcjonalne niezbędne do doboru środków fizjoterapii, wykonywania zabiegów i stosowania podstawowych metod terapeutycznych |  |  |
| **F.U2.** - samodzielnie wykonywać zabiegi z zakresu kinezyterapii, terapii manualnej, fizykoterapii i masażu leczniczego |  |  |
| **F.U7.** - wykorzystywać i obsługiwać aparaturę, sprzęt do fizjoterapii i sprzęt do badań funkcjonalnych oraz przygotować stanowisko pracy; |  |  |
| **F.U8.** - pracować w zespole interdyscyplinarnym zapewniającym ciągłość opieki nad pacjentem oraz komunikować się z innymi członkami zespołu, z pacjentem i jego rodziną |  |  |
| **F.U9.**- wprowadzić dane i uzyskane informacje oraz opis efektów zabiegów i działań terapeutycznych do dokumentacji pacjenta |  |  |
| **F.U10. -** inicjować, organizować i realizować działania ukierunkowane na edukację zdrowotną, promocję zdrowia i profilaktykę niepełnosprawności |  |  |
| **F.U11.** - określić zakres swoich kompetencji zawodowych i współpracować z przedstawicielami innych zawodów medycznych; |  |  |
| **F.U13.** - pracować w zespole i przyjmować odpowiedzialność za udział w podejmowaniu decyzji |  |  |
| **F.U14.** - aktywnie uczestniczyć w pracach zespołu terapeutycznego |  |  |
| **F.U17.** – przestrzegać praw pacjenta |  |  |
| **KOMPETENCJE SPOŁECZNE** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **K2. –** wykonywania zawodu, będąc świadomym roli, jaką fizjoterapeuta pełni na rzecz społeczeństwa, w tym społeczności lokalnej |  |  |
| **K3. –** prezentowania podstawy promującej zdrowy styl życia, propagowania i aktywnego kreowania zdrowego stylu życia i promocji zdrowia w trakcie działań związanych z wykonywaniem zawodu i określania poziomu sprawności niezbędnego do wykonywania zawodu fizjoterapeuty |  |  |
| **K5. –** dostrzegania i rozpoznawania własnych ograniczeń, dokonywania samooceny deficytów i potrzeb edukacyjnych |  |  |
| **K9. –** przyjęcia odpowiedzialności związanej z decyzjami podejmowanymi w ramach działalności zawodowej, w tym w kategoriach bezpieczeństwa własnego i innych osób |  |  |

*data, podpis i pieczątka Opiekuna praktyk*……………………………………………………

**IV ROK**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ZAKRES PRAKTYKI** | **Praktyka w zakresie fizjoterapii klinicznej**  **ODDZIAŁ NEUROLOGII**  Cel kształcenia: nabycie umiejętności w zakresie postępowania fizjoterapeutycznego u pacjentów hospitalizowanych w Oddziale Neurologii | | |
| **MIEJSCE PRAKTYKI** | ………………………………………………………………………  *(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)* | | |
| **CZAS TRWANIA** | VII semestr (praktyka śródroczna) | | |
| **ILOŚĆ GODZIN** | 15 | | |
| **ZAKRES CZYNNOŚCI I WYKAZ NABYTYCH**  **UMIEJĘTNOŚCI** | | **DATA** | **PODPIS** |
| Obserwacja i doskonalenie umiejętności przeprowadzenia badania podmiotowego i przedmiotowego pacjenta w zakresie neurologii celem oceny stanu funkcjonalnego pacjenta oraz monitorowanie efektów fizjoterapii | |  |  |
| Prowadzenie fizjoterapii u pacjentów z chorobami i zaburzeniami w obrębie obwodowego układu nerwowego: porażenia i niedowłady, | |  |  |
| Uprawnianie pacjentów po operacjach neurochirurgicznych i z chorobami  i zaburzeniami OUN ( np. choroba Parkinsona, SM, SLA, jamistością rdzenia, rwą kulszową, udową i ramienną, polineuropatią i innymi) | |  |  |
| Fizjoterapia pacjentów z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, po urazach czaszkowo mózgowych oraz po udarze mózgu oraz z guzami mózgu. | |  |  |
| Obserwacja i doskonalenie umiejętności tworzenia programu usprawniania i realizacji postępowania usprawniającego w zakresie miejscowym oraz ogólnym, indywidualnie i zespołowo, w zależności od stanu pacjenta  i specyfiki jednostki chorobowej | |  |  |
| Obserwacja i doskonalenie umiejętności doboru odpowiedniego zaopatrzenia ortopedycznego, stosownie do dysfunkcji, stanu pacjenta, jego potrzeb i możliwości w zakresie neurologii | |  |  |
| Obserwacja i czynne uczestnictwo w sporządzaniu dokumentacji badania pacjenta na potrzeby fizjoterapii oraz prowadzonego usprawniania ruchowego w zakresie neurologii | |  |  |
| Prowadzenie ćwiczeń oddechowych | |  |  |
| Zastosowanie metod neurorehabilitacyjnych u pacjentów z zaburzeniami napięcia mięśniowego | |  |  |
| **DATA** | …………………………………………………………………………  *(podpis i pieczęć imienna Opiekuna praktyki z jednostki organizacyjnej, w której praktyka była realizowana)* | | |

**OPIS PRZYPADKU:**

**Praktyki zatwierdził:**

…………..

*data*

*………………………………………………………………………*

*podpis i pieczęć imienna Koordynatora praktyk CM w Bydgoszczy*

**IV ROK**

**KARTA WERYFIKACJI EFEKTÓW KSZTAŁCENIA PRAKTYKA W ZAKRESIE FIZJOTERAPII KLINICZNEJ**

**ODDZIAŁ NEUROLOGII**

w*ypełnia Student*

imię i nazwisko Studenta/numer albumu……………………………………………………….

imię i nazwisko Mentora praktyki………………………………………………………………

*Wypełnia Mentor praktyk*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **WIEDZA** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **F.W5.** - metody opisu i interpretacji podstawowych jednostek i zespołów chorobowych w stopniu umożliwiającym racjonalne stosowanie środków fizjoterapii i planowanie fizjoterapii |  |  |
| **F.W8.** - zasady działania wyrobów medycznych stosowanych w rehabilitacji |  |  |
| **F.W12.** - rolę fizjoterapeuty w procesie kompleksowej rehabilitacji i innych specjalistów w zespole terapeutycznym; |  |  |
| **UMIEJĘTNOŚCI** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **F.U3.** - tworzyć, weryfikować i modyfikować programy usprawniania osób z różnymi dysfunkcjami układu ruchu i innych narządów oraz układów, stosownie do ich stanu klinicznego i funkcjonalnego, oraz celów kompleksowej rehabilitacji; |  |  |
| **F.U4.** - wykazać specjalistyczne umiejętności ruchowe z zakresu wybranych form aktywności fizycznej; |  |  |
| **F.U5.** - dobierać wyroby medyczne stosownie do rodzaju dysfunkcji i potrzeb pacjenta na każdym etapie rehabilitacji |  |  |
| **F.U6.** - zastosować wyroby medyczne oraz poinstruować pacjenta, jak z nich korzystać |  |  |
| **F.U7.** - wykorzystywać i obsługiwać aparaturę, sprzęt do fizjoterapii i sprzęt do badań funkcjonalnych oraz przygotować stanowisko pracy |  |  |
| **F.U8.** - pracować w zespole interdyscyplinarnym zapewniającym ciągłość opieki nad pacjentem oraz komunikować się z innymi członkami zespołu, z pacjentem i jego rodziną |  |  |
| **F.U11.** -określić zakres swoich kompetencji zawodowych i współpracować z przedstawicielami innych zawodów medycznych; |  |  |
| **F.U14.** -aktywnie uczestniczyć w pracach zespołu terapeutycznego; |  |  |
| **F.U17.** -przestrzegać praw pacjenta; |  |  |
| **F.U18.** - nawiązać relację z pacjentem i współpracownikami opartą na wzajemnym zaufaniu i szacunku. |  |  |
| **KOMPETENCJE SPOŁECZNE** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **K1.** – nawiązania i utrzymania pełnego szacunku kontaktu z pacjentem, a także okazywania zrozumienia dla różnic światopoglądowych i kulturowych |  |  |
| **K5. –** dostrzegania i rozpoznawania własnych ograniczeń, dokonywania samooceny deficytów i potrzeb edukacyjnych |  |  |
| **K6.** – korzystania z obiektywnych źródeł informacji |  |  |
| **K8. –** formułowania opinii dotyczących różnych aspektów działalności zawodowej |  |  |

*data, podpis i pieczątka Opiekuna praktyk*……………………………………………………

**IV ROK**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ZAKRES PRAKTYKI** | **Praktyka w zakresie fizjoterapii klinicznej**  **ODDZIAŁ INTENSYWNEJ TERAPII**  Cel kształcenia: nabycie umiejętności w zakresie postępowania fizjoterapeutycznego u pacjentów hospitalizowanych w Oddziale Intensywnej Terapii | | |
| **MIEJSCE PRAKTYKI** | ………………………………………………………………………  *( pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)* | | |
| **CZAS TRWANIA** | VII semestr (praktyka śródroczna) | | |
| **ILOŚĆ GODZIN** | 10 | | |
| **ZAKRES CZYNNOŚCI I WYKAZ NABYTYCH**  **UMIEJĘTNOŚCI** | | **DATA** | **PODPIS** |
| zapoznanie się ze specyfiką Oddziału Intensywnej Terapii | |  |  |
| zapoznanie się z aparaturą medyczną wykorzystywaną na OIT | |  |  |
| codzienna konsultacja stanu pacjenta z lekarzem przed rozpoczęciem kinezyterapii | |  |  |
| ocena stanu świadomości pacjenta w skali Glasgow | |  |  |
| pomiar parametrów życiowych pacjenta; tętno , ciśnienie , oddech | |  |  |
| obserwacja parametrów życiowych pacjenta w trakcie prowadzonej  kinezyterapii | |  |  |
| umiejętność ułożenia pacjenta w celu zabezpieczenia przed przykurczami w obrębie kończyn górnych | |  |  |
| umiejętność ułożenia pacjenta w celu zabezpieczenia przed przykurczami w obrębie kończyn dolnych | |  |  |
| zaplanowanie i przeprowadzenie ćwiczeń biernych z pacjentem nieprzytomnym | |  |  |
| zaplanowanie i przeprowadzenie ćwiczeń biernych u pacjentów unieruchomionych bez zaburzeń świadomości | |  |  |
| ocena wyników terapii pacjenta nieprzytomnego | |  |  |
| prowadzenie ćwiczeń oddechowych | |  |  |
| prowadzenie ćwiczeń przeciwzakrzepowych | |  |  |
| umiejętność prowadzenia zmian pozycji ułożeniowych u pacjenta nieprzytomnego | |  |  |
| prowadzenie dokumentacji fizjoterapeutycznej | |  |  |
| **DATA** | …………………………………………………………………………  *(podpis i pieczęć imienna Opiekuna praktyki z jednostki organizacyjnej, w której praktyka była realizowana)* | | |

**OPIS PRZYPADKU:**

**Praktyki zatwierdził:**

…………..

*data*

*………………………………………………………………………*

*podpis i pieczęć imienna Koordynatora praktyk CM w Bydgoszczy*

**V ROK**

**KARTA WERYFIKACJI EFEKTÓW KSZTAŁCENIA**

**PRAKTYKA W ZAKRESIE FIZJOTERAPII KLINICZNEJ ODDZIAŁ INTENSYWNEJ TERAPII**

w*ypełnia Student*

imię i nazwisko Studenta/numer albumu……………………………………………………….

imię i nazwisko Mentora praktyki………………………………………………………………

*Wypełnia Mentor praktyk*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **WIEDZA** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **F.W5.** - metody opisu i interpretacji podstawowych jednostek i zespołów chorobowych w stopniu umożliwiającym racjonalne stosowanie środków fizjoterapii i planowanie fizjoterapii |  |  |
| **F.W8.** - zasady działania wyrobów medycznych stosowanych w rehabilitacji |  |  |
| **F.W12.** - rolę fizjoterapeuty w procesie kompleksowej rehabilitacji i innych specjalistów w zespole terapeutycznym; |  |  |
| **UMIEJĘTNOŚCI** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **F.U3.** - tworzyć, weryfikować i modyfikować programy usprawniania osób z różnymi dysfunkcjami układu ruchu i innych narządów oraz układów, stosownie do ich stanu klinicznego i funkcjonalnego, oraz celów kompleksowej rehabilitacji; |  |  |
| **F.U4.** - wykazać specjalistyczne umiejętności ruchowe z zakresu wybranych form aktywności fizycznej; |  |  |
| **F.U5.** - dobierać wyroby medyczne stosownie do rodzaju dysfunkcji i potrzeb pacjenta na każdym etapie rehabilitacji |  |  |
| **F.U6.** - zastosować wyroby medyczne oraz poinstruować pacjenta, jak z nich korzystać |  |  |
| **F.U7.** - wykorzystywać i obsługiwać aparaturę, sprzęt do fizjoterapii i sprzęt do badań funkcjonalnych oraz przygotować stanowisko pracy |  |  |
| **F.U8.** - pracować w zespole interdyscyplinarnym zapewniającym ciągłość opieki nad pacjentem oraz komunikować się z innymi członkami zespołu, z pacjentem i jego rodziną |  |  |
| **F.U11.** -określić zakres swoich kompetencji zawodowych i współpracować z przedstawicielami innych zawodów medycznych; |  |  |
| **F.U14.** -aktywnie uczestniczyć w pracach zespołu terapeutycznego; |  |  |
| **F.U17.** -przestrzegać praw pacjenta; |  |  |
| **F.U18.** - nawiązać relację z pacjentem i współpracownikami opartą na wzajemnym zaufaniu i szacunku. |  |  |
| **KOMPETENCJE SPOŁECZNE** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **K1.** – nawiązania i utrzymania pełnego szacunku kontaktu z pacjentem, a także okazywania zrozumienia dla różnic światopoglądowych i kulturowych |  |  |
| **K5. –** dostrzegania i rozpoznawania własnych ograniczeń, dokonywania samooceny deficytów i potrzeb edukacyjnych |  |  |
| **K6.** – korzystania z obiektywnych źródeł informacji |  |  |
| **K8. –** formułowania opinii dotyczących różnych aspektów działalności zawodowej |  |  |

*data, podpis i pieczątka Opiekuna praktyk*……………………………………………………

**ROK IV**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ZAKRES PRAKTYKI** | **Praktyka w zakresie fizjoterapii klinicznej**  **ODDZIAŁ ORTOPEDII**  Cele kształcenia: nabycie umiejętności w zakresie postępowania fizjoterapeutycznego w chorobach ortopedycznych | | |
| **MIEJSCE PRAKTYKI** | …………………………………………………………………………  *(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)* | | |
| **CZAS TRWANIA** | VII semestr (praktyka śródroczna) | | |
| **ILOŚĆ GODZIN** | 15 | | |
| **ZAKRES CZYNNOŚCI I WYKAZ NABYTYCH**  **UMIEJĘTNOŚCI** | | **DATA** | **PODPIS** |
| przygotowanie pacjenta do fizjoterapii w dysfunkcjach narządu ruchu | |  |  |
| planowanie i prowadzenie postępowania fizjoterapeutycznego pacjentów przed planowym zabiegiem operacyjnym | |  |  |
| opracowywanie zaleceń fizjoterapeutycznych w chorobach zwyrodnieniowych stawów | |  |  |
| organizacja środowiska domowego dla potrzeb pacjentów ze schorzeniami narządu ruchu | |  |  |
| prowadzenie postępowania fizjoterapeutycznego pacjentów po urazach | |  |  |
| zaplanowanie i przeprowadzenie ćwiczeń po leczeniu zachowawczym złamań kończyn górnych | |  |  |
| zaplanowanie i przeprowadzenie ćwiczeń po leczeniu operacyjnym złamań kończyn górnych | |  |  |
| zaplanowanie i przeprowadzenie ćwiczeń po leczeniu zachowawczym złamań kończyn dolnych | |  |  |
| zaplanowanie i przeprowadzenie ćwiczeń po leczeniu operacyjnym kończyn dolnych | |  |  |
| dopasowanie dodatkowego sprzętu ortopedycznego | |  |  |
| prowadzenie ćwiczeń u pacjenta na wyciągu | |  |  |
| dopasowanie ortez po urazach kończyn dolnych i górnych | |  |  |
| planowanie i przeprowadzenie ćwiczeń przed i po zabiegiem  endoprotezoplastyki stawu biodrowe | |  |  |
| uruchomienie pacjenta po zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego | |  |  |
| planowanie i przeprowadzenie ćwiczeń przed i po zabiegiem endoprotezoplastyki stawu kolanowego | |  |  |
| **DATA** | …………………………………………………………………………  *(podpis i pieczęć imienna opiekuna praktyki z jednostki organizacyjnej, w której praktyka była realizowana)* | | |

**OPIS PRZYPADKU:**

**Praktyki zatwierdził:**

…………..

*data*

*………………………………………………………………………*

*podpis i pieczęć imienna Koordynatora praktyk CM w Bydgoszczy*

**KARTA WERYFIKACJI EFEKTÓW KSZTAŁCENIA**

**PRAKTYKA W ZAKRESIE FIZJOTERAPII KLINICZNEJ**

**ODDZIAŁ ORTOPEDII**

w*ypełnia Student*

imię i nazwisko Studenta/numer albumu……………………………………………………….

imię i nazwisko Mentora praktyki………………………………………………………………

*Wypełnia Mentor praktyk*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **WIEDZA** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **F.W5.** - metody opisu i interpretacji podstawowych jednostek i zespołów chorobowych w stopniu umożliwiającym racjonalne stosowanie środków fizjoterapii i planowanie fizjoterapii |  |  |
| **F.W8.** - zasady działania wyrobów medycznych stosowanych w rehabilitacji |  |  |
| **F.W12.** - rolę fizjoterapeuty w procesie kompleksowej rehabilitacji i innych specjalistów w zespole terapeutycznym; |  |  |
| **UMIEJĘTNOŚCI** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **F.U3.** - tworzyć, weryfikować i modyfikować programy usprawniania osób z różnymi dysfunkcjami układu ruchu i innych narządów oraz układów, stosownie do ich stanu klinicznego i funkcjonalnego, oraz celów kompleksowej rehabilitacji; |  |  |
| **F.U4.** - wykazać specjalistyczne umiejętności ruchowe z zakresu wybranych form aktywności fizycznej; |  |  |
| **F.U5.** - dobierać wyroby medyczne stosownie do rodzaju dysfunkcji i potrzeb pacjenta na każdym etapie rehabilitacji |  |  |
| **F.U6.** - zastosować wyroby medyczne oraz poinstruować pacjenta, jak z nich korzystać |  |  |
| **F.U7.** - wykorzystywać i obsługiwać aparaturę, sprzęt do fizjoterapii i sprzęt do badań funkcjonalnych oraz przygotować stanowisko pracy |  |  |
| **F.U8.** - pracować w zespole interdyscyplinarnym zapewniającym ciągłość opieki nad pacjentem oraz komunikować się z innymi członkami zespołu, z pacjentem i jego rodziną |  |  |
| **F.U11.** -określić zakres swoich kompetencji zawodowych i współpracować z przedstawicielami innych zawodów medycznych; |  |  |
| **F.U14.** -aktywnie uczestniczyć w pracach zespołu terapeutycznego; |  |  |
| **F.U17.** -przestrzegać praw pacjenta; |  |  |
| **F.U18.** - nawiązać relację z pacjentem i współpracownikami opartą na wzajemnym zaufaniu i szacunku. |  |  |
| **KOMPETENCJE SPOŁECZNE** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **K1.** – nawiązania i utrzymania pełnego szacunku kontaktu z pacjentem, a także okazywania zrozumienia dla różnic światopoglądowych i kulturowych |  |  |
| **K5. –** dostrzegania i rozpoznawania własnych ograniczeń, dokonywania samooceny deficytów i potrzeb edukacyjnych |  |  |
| **K6.** – korzystania z obiektywnych źródeł informacji |  |  |
| **K8. –** formułowania opinii dotyczących różnych aspektów działalności zawodowej |  |  |

*data, podpis i pieczątka Opiekuna praktyk*……………………………………………………

**IV ROK**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ZAKRES PRAKTYKI** | **Praktyka w zakresie fizjoterapii klinicznej**  **ODDZIAŁ NEUROCHIRURGII**  Cele kształcenia: nabycie umiejętności praktycznych w zakresie rehabilitacji neurochirurgicznej | | |
| **MIEJSCE PRAKTYKI** | …………………………………………………………………………  *( pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)* | | |
| **CZAS TRWANIA** | VII semestr (praktyka śródroczna) | | |
| **ILOŚĆ GODZIN** | 10 | | |
| **ZAKRES CZYNNOŚCI I WYKAZ NABYTYCH**  **UMIEJĘTNOŚCI** | | **DATA** | **PODPIS** |
| ocena stanu świadomości pacjenta w skali Glasgow po urazie czaszkowo-  mózgowym | |  |  |
| ocena siły mięśniowej i wydolności narządu ruchu pacjenta po urazie czaszkowo-mózgowym, krwawieniu śródczaszkowym, | |  |  |
| ocena siły mięśniowej i wydolności narządu ruchu pacjenta po urazie kręgosłupa | |  |  |
| ułożenie pacjenta nieprzytomnego zabezpieczające przed przykurczami | |  |  |
| zaplanowanie i przeprowadzenie ćwiczeń biernych z pacjentem nieprzytomnym | |  |  |
| ocena wyników terapii pacjenta nieprzytomnego | |  |  |
| ocena ryzyka wystąpienia powikłań u chorych podczas prowadzenia usprawniania | |  |  |
| pionizacja pacjenta po urazie czaszkowo-mózgowym | |  |  |
| nauka chodu pacjentów z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego | |  |  |
| zaadaptowanie pacjenta do samoobsługi | |  |  |
| postępowanie fizjoterapeutyczne z pacjentem we wczesnym okresie po urazie kręgosłupa leczonym zachowawczo | |  |  |
| postępowanie fizjoterapeutycznego z pacjentem we wczesnym okresie po urazie kręgosłupa leczonym operacyjnie | |  |  |
| postępowanie fizjoterapeutycznego z pacjentem we wczesnym okresie po krwotoku śródmózgowym i po urazach czaszkowo-mózgowych | |  |  |
| rozpoznawanie potrzeb pacjenta po uszkodzeniu układu nerwowego w zakresie pomocy ortopedycznych | |  |  |
| prowadzenia dokumentacji rehabilitacyjnej w Klinice Neurochirurgicznej | |  |  |
| **DATA** | …………………………………………………………………………  *(podpis i pieczęć imienna opiekuna praktyki z jednostki organizacyjnej, w której praktyka była realizowana)* | | |

**OPIS PRZYPADKU:**

**Praktyki zatwierdził:**

…………..

*( data)*

*………………………………………………………………………*

*(podpis i pieczęć imienna Koordynatora praktyk CM w Bydgoszczy)*

**IV ROK**

**KARTA WERYFIKACJI EFEKTÓW KSZTAŁCENIA**

**PRAKTYKA W ZAKRESIE FIZJOTERAPII KLINICZNEJ ODDZIAŁ NEUROCHIRURGII**

w*ypełnia Student*

imię i nazwisko Studenta/numer albumu……………………………………………………….

imię i nazwisko Mentora praktyki………………………………………………………………

*Wypełnia Mentor praktyk*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **WIEDZA** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **F.W5.** - metody opisu i interpretacji podstawowych jednostek i zespołów chorobowych w stopniu umożliwiającym racjonalne stosowanie środków fizjoterapii i planowanie fizjoterapii |  |  |
| **F.W8.** - zasady działania wyrobów medycznych stosowanych w rehabilitacji |  |  |
| **F.W12.** - rolę fizjoterapeuty w procesie kompleksowej rehabilitacji i innych specjalistów w zespole terapeutycznym; |  |  |
| **UMIEJĘTNOŚCI** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **F.U3.** - tworzyć, weryfikować i modyfikować programy usprawniania osób z różnymi dysfunkcjami układu ruchu i innych narządów oraz układów, stosownie do ich stanu klinicznego i funkcjonalnego, oraz celów kompleksowej rehabilitacji; |  |  |
| **F.U4.** - wykazać specjalistyczne umiejętności ruchowe z zakresu wybranych form aktywności fizycznej; |  |  |
| **F.U5.** - dobierać wyroby medyczne stosownie do rodzaju dysfunkcji i potrzeb pacjenta na każdym etapie rehabilitacji |  |  |
| **F.U6.** - zastosować wyroby medyczne oraz poinstruować pacjenta, jak z nich korzystać |  |  |
| **F.U7.** - wykorzystywać i obsługiwać aparaturę, sprzęt do fizjoterapii i sprzęt do badań funkcjonalnych oraz przygotować stanowisko pracy |  |  |
| **F.U8.** - pracować w zespole interdyscyplinarnym zapewniającym ciągłość opieki nad pacjentem oraz komunikować się z innymi członkami zespołu, z pacjentem i jego rodziną |  |  |
| **F.U11.** -określić zakres swoich kompetencji zawodowych i współpracować z przedstawicielami innych zawodów medycznych; |  |  |
| **F.U14.** -aktywnie uczestniczyć w pracach zespołu terapeutycznego; |  |  |
| **F.U17.** -przestrzegać praw pacjenta; |  |  |
| **F.U18.** - nawiązać relację z pacjentem i współpracownikami opartą na wzajemnym zaufaniu i szacunku. |  |  |
| **KOMPETENCJE SPOŁECZNE** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **K1.** – nawiązania i utrzymania pełnego szacunku kontaktu z pacjentem, a także okazywania zrozumienia dla różnic światopoglądowych i kulturowych |  |  |
| **K5. –** dostrzegania i rozpoznawania własnych ograniczeń, dokonywania samooceny deficytów i potrzeb edukacyjnych |  |  |
| **K6.** – korzystania z obiektywnych źródeł informacji |  |  |
| **K8. –** formułowania opinii dotyczących różnych aspektów działalności zawodowej |  |  |

*data, podpis i pieczątka Opiekuna praktyk*……………………………………………………

**IV ROK**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ZAKRES PRAKTYKI** | **Praktyka profilowana wakacyjna**  **– do wyboru przez studenta**  Cel kształcenia: | | |
| **MIEJSCE PRAKTYKI** | ……………………………………………………………………  *(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)* | | |
| **CZAS TRWANIA** | VIII semestr (praktyka wakacyjna) | | |
| **ILOŚĆ GODZIN** | 200 | | |
| **ZAKRES CZYNNOŚCI I WYKAZ NABYTYCH UMIEJĘTNOŚCI** | | **DATA** | **PODPIS** |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
| **DATA** | ……………………………………………………………………  *(podpis i pieczęć imienna Opiekuna praktyki z jednostki organizacyjnej, w której praktyka była realizowana)* | | |

**OPIS PRZYPADKU:**

**Praktyki zatwierdził:**

…………..

(*data)*

*………………………………………………………………………*

*podpis i pieczęć imienna Koordynatora praktyk CM w Bydgoszczy*

**IV ROK**

**KARTA WERYFIKACJI EFEKTÓW KSZTAŁCENIA**

**PRAKTYKA PROFILOWANA WAKACYJNA**

**– DO WYBORU PRZEZ STUDENTA**

w*ypełnia Student*

imię i nazwisko Studenta/numer albumu……………………………………………………….

imię i nazwisko Mentora praktyki………………………………………………………………

*Wypełnia Mentor praktyk*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **WIEDZA** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **F.W5.** - metody opisu i interpretacji podstawowych jednostek i zespołów chorobowych w stopniu umożliwiającym racjonalne stosowanie środków fizjoterapii i planowanie fizjoterapii |  |  |
| **F.W8.** - zasady działania wyrobów medycznych stosowanych w rehabilitacji |  |  |
| **F.W12.** - rolę fizjoterapeuty w procesie kompleksowej rehabilitacji i innych specjalistów w zespole terapeutycznym; |  |  |
| **UMIEJĘTNOŚCI** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **F.U3.** - tworzyć, weryfikować i modyfikować programy usprawniania osób z różnymi dysfunkcjami układu ruchu i innych narządów oraz układów, stosownie do ich stanu klinicznego i funkcjonalnego, oraz celów kompleksowej rehabilitacji; |  |  |
| **F.U4.** - wykazać specjalistyczne umiejętności ruchowe z zakresu wybranych form aktywności fizycznej; |  |  |
| **F.U5.** - dobierać wyroby medyczne stosownie do rodzaju dysfunkcji i potrzeb pacjenta na każdym etapie rehabilitacji |  |  |
| **F.U6.** - zastosować wyroby medyczne oraz poinstruować pacjenta, jak z nich korzystać |  |  |
| **F.U7.** - wykorzystywać i obsługiwać aparaturę, sprzęt do fizjoterapii i sprzęt do badań funkcjonalnych oraz przygotować stanowisko pracy |  |  |
| **F.U8.** - pracować w zespole interdyscyplinarnym zapewniającym ciągłość opieki nad pacjentem oraz komunikować się z innymi członkami zespołu, z pacjentem i jego rodziną |  |  |
| **F.U11.** -określić zakres swoich kompetencji zawodowych i współpracować z przedstawicielami innych zawodów medycznych; |  |  |
| **F.U14.** -aktywnie uczestniczyć w pracach zespołu terapeutycznego; |  |  |
| **F.U17.** -przestrzegać praw pacjenta; |  |  |
| **F.U18.** - nawiązać relację z pacjentem i współpracownikami opartą na wzajemnym zaufaniu i szacunku. |  |  |
| **KOMPETENCJE SPOŁECZNE** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **K1.** – nawiązania i utrzymania pełnego szacunku kontaktu z pacjentem, a także okazywania zrozumienia dla różnic światopoglądowych i kulturowych |  |  |
| **K5. –** dostrzegania i rozpoznawania własnych ograniczeń, dokonywania samooceny deficytów i potrzeb edukacyjnych |  |  |
| **K6.** – korzystania z obiektywnych źródeł informacji |  |  |
| **K8. –** formułowania opinii dotyczących różnych aspektów działalności zawodowej |  |  |

*data, podpis i pieczątka Opiekuna praktyk*……………………………………………………

**V ROK**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ZAKRES PRAKTYKI** | **PRAKTYKA Z ZAKRESU FIZYKOTERAPII I MASAŻU**  Cel kształcenia: nabycie umiejętności praktycznych w zakresie fizykoterapii | | |
| **MIEJSCE PRAKTYKI** | *…………………………………………………………………………*  *(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)* | | |
| **CZAS TRWANIA** | Semester IX (praktyka śródroczna) | | |
| **ILOŚĆ GODZIN** | 100 | | |
| **ZAKRES CZYNNOŚCI I WYKAZ NABYTYCH UMIEJĘTNOŚCI** | | **DATA** | **PODPIS** |
| ***Laseroterapia*** | |  |  |
| Stosowanie zasad BHP podczas zabiegu laseroterapii niskoenergetycznej | |  |  |
| Wykonanie zabiegu laseroterapii z uwzględnieniem doboru odpowiedniej długości fali, mocy promieniowania laserowego, dawki energii, techniki zabiegu, pozycji pacjenta w zależności od wskazań leczniczych | |  |  |
| ***Magnetoterapia*** | |  |  |
| Stosowanie zasad BHP podczas zabiegu magnetoterapii | |  |  |
| Wykonanie zabiegu magnetoterapii z uwzględnieniem doboru: wartości indukcji magnetycznej, częstotliwości impulsów, kształtu impulsów, aplikatora, czasu zabiegu, pozycji pacjenta w zależności od wskazań leczniczych | |  |  |
| ***Fototerapia*** | |  |  |
| Stosowanie zasad BHP podczas zabiegu z zakresu fototerapii | |  |  |
| Wykonanie zabiegu z zakresu fototerapii z uwzględnieniem doboru odpowiedniej odległości lampy od naświetlanej powierzchni, kąta padania promieni, odpowiedniego ułożenia pacjenta w zależności od wskazań leczniczych | |  |  |
| ***Termoterapia*** | |  |  |
| Stosowanie zasad BHP obowiązujących w trakcie zabiegów z zakresu  termoterapii | |  |  |
| Wykonanie zabiegów z zakresu ciepłolecznictwa i krioterapii | |  |  |
| ***Elektroterapia*** | |  |  |
| Stosowanie zasad BHP obowiązujących w trakcie zabiegu z zakresu elektroterapii | |  |  |
| Wykonanie zabiegów z zakresu elektroterapii z uwzględnieniem doboru odpowiednich parametrów prądu, rodzaju elektrod oraz ich ułożenia, pozycji pacjenta w zależności od wskazań leczniczych | |  |  |
| ***Sonoterapia*** | |  |  |
| Stosowanie zasad BHP obowiązujących w trakcie zabiegu sonoterapii | |  |  |
| Wykonanie zabiegu sono terapii z uwzględnieniem doboru odpowiednich parametrów zabiegowych fali ultradźwiękowej: moc, rodzaj fali, czas, wielkość aplikatura, technika zabiegu. | |  |  |
| ***Masaż*** | |  |  |
| Stosowanie się do obowiązujących wskazań i przeciwskazań w celu wykonywania masażu leczniczego. | |  |  |
| Wykonywanie masażu klasycznego z uwzględnieniem odpowiedniej siły nacisku, szybkości, prawidłowo wykonywanej techniki w zależności od regionu ciała pacjenta. | |  |  |
| **DATA** | ……………………………………………………………………  *(podpis i pieczęć imienna Opiekuna praktyki z jednostki organizacyjnej, w której praktyka była realizowana)* | | |

**V ROK**

## KARTA WERYFIKACJI EFEKTÓW KSZTAŁCENIA Z ZAKRESU FIZYKOTERAPII I MASAŻU

w*ypełnia Student*

imię i nazwisko Studenta/numer albumu……………………………………………………….

imię i nazwisko Mentora praktyki………………………………………………………………

*Wypełnia Mentor praktyk*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **WIEDZA** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **F.W5.** - metody opisu i interpretacji podstawowych jednostek i zespołów chorobowych w stopniu umożliwiającym racjonalne stosowanie środków fizjoterapii i planowanie fizjoterapii |  |  |
| **F.W8.** - zasady działania wyrobów medycznych stosowanych w rehabilitacji |  |  |
| **F.W12.** - rolę fizjoterapeuty w procesie kompleksowej rehabilitacji i innych specjalistów w zespole terapeutycznym; |  |  |
| **UMIEJĘTNOŚCI** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **F.U3.** - tworzyć, weryfikować i modyfikować programy usprawniania osób z różnymi dysfunkcjami układu ruchu i innych narządów oraz układów, stosownie do ich stanu klinicznego i funkcjonalnego, oraz celów kompleksowej rehabilitacji; |  |  |
| **F.U4.** - wykazać specjalistyczne umiejętności ruchowe z zakresu wybranych form aktywności fizycznej; |  |  |
| **F.U5.** - dobierać wyroby medyczne stosownie do rodzaju dysfunkcji i potrzeb pacjenta na każdym etapie rehabilitacji |  |  |
| **F.U6.** - zastosować wyroby medyczne oraz poinstruować pacjenta, jak z nich korzystać |  |  |
| **F.U7.** - wykorzystywać i obsługiwać aparaturę, sprzęt do fizjoterapii i sprzęt do badań funkcjonalnych oraz przygotować stanowisko pracy |  |  |
| **F.U8.** - pracować w zespole interdyscyplinarnym zapewniającym ciągłość opieki nad pacjentem oraz komunikować się z innymi członkami zespołu, z pacjentem i jego rodziną |  |  |
| **F.U11.** -określić zakres swoich kompetencji zawodowych i współpracować z przedstawicielami innych zawodów medycznych; |  |  |
| **F.U14.** -aktywnie uczestniczyć w pracach zespołu terapeutycznego; |  |  |
| **F.U17.** -przestrzegać praw pacjenta; |  |  |
| **F.U18.** - nawiązać relację z pacjentem i współpracownikami opartą na wzajemnym zaufaniu i szacunku. |  |  |
| **KOMPETENCJE SPOŁECZNE** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **K1.** – nawiązania i utrzymania pełnego szacunku kontaktu z pacjentem, a także okazywania zrozumienia dla różnic światopoglądowych i kulturowych |  |  |
| **K5. –** dostrzegania i rozpoznawania własnych ograniczeń, dokonywania samooceny deficytów i potrzeb edukacyjnych |  |  |
| **K6.** – korzystania z obiektywnych źródeł informacji |  |  |
| **K8. –** formułowania opinii dotyczących różnych aspektów działalności zawodowej |  |  |

*data, podpis i pieczątka Opiekuna praktyk*……………………………………………………

**ROK V**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ZAKRES PRAKTYKI** | **Praktyka w zakresie fizjoterapii klinicznej**  **ODDZIAŁ PEDIATRII**  Cele kształcenia: nabycie umiejętności w zakresie postępowania fizjoterapeutycznego w chorobach pediatrycznych | | |
| **MIEJSCE PRAKTYKI** | …………………………………………………………………………  *( pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)* | | |
| **CZAS TRWANIA** | IX semestr (praktyka śródroczna) | | |
| **ILOŚĆ GODZIN** | 25 | | |
| **ZAKRES CZYNNOŚCI I WYKAZ NABYTYCH**  **UMIEJĘTNOŚCI** | | **DATA** | **PODPIS** |
| doskonalenie umiejętności w zakresie badania i oceny zaburzeń u dziecka | |  |  |
| doskonalenie umiejętności planowania i realizacji kompleksowego  leczenia w pediatrii | |  |  |
| opracowanie i przeprowadzenie instruktażu dla rodziców i opiekunów dziecka | |  |  |
| usprawnianie dzieci z zaburzeniami rozwoju psychoruchowego | |  |  |
| fizjoterapia dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym | |  |  |
| fizjoterapia wad wrodzonych narządu ruchu : dysplazje stawów biodrowych, wrodzone ubytki i deformacje kończyn | |  |  |
| fizjoterapia dzieci z przepukliną oponowo- rdzeniową | |  |  |
| fizjoterapia w dystrofiach mięśniowych, | |  |  |
| kompleksowe leczenie wad postawy | |  |  |
| prowadzenie dokumentacji fizjoterapeutycznej | |  |  |
| **DATA** | …………………………………………………………………………  *(podpis i pieczęć imienna opiekuna praktyki z jednostki organizacyjnej, w której praktyka była realizowana)* | | |

**OPIS PRZYPADKU:**

**Praktyki zatwierdził:**

…………..

*( data)*

*………………………………………………………………………*

*(podpis i pieczęć imienna Koordynatora praktyk CM w Bydgoszcz*

**V ROK**

**KARTA WERYFIKACJI EFEKTÓW KSZTAŁCENIA**

**PRAKTYKA W ZAKRESIE FIZJOTERAPII KLINICZNEJ**

**ODDZIAŁ PEDIATRII**

w*ypełnia Student*

imię i nazwisko Studenta/numer albumu……………………………………………………… imię i nazwisko Mentora praktyki………………………………………………………………

*Wypełnia Mentor praktyk*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **WIEDZA** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **F.W2.** - teoretyczne, metodyczne i praktyczne podstawy kinezyterapii i terapii manualnej, specjalnych metod fizjoterapii, ergonomii oraz fizykoterapii i masażu leczniczego; |  |  |
| **F.W10.** - zasady postępowania fizjoterapeutycznego oparte na dowodach naukowych *(evidence based medicine/physiotherapy)* |  |  |
| **F.W14.** - zasady promocji zdrowia, jej zadania oraz rolę fizjoterapeuty w propagowaniu zdrowego stylu życia |  |  |
| **UMIEJĘTNOŚCI** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **F.U1.** - przeprowadzić badania i zinterpretować ich wyniki oraz przeprowadzić testy funkcjonalne niezbędne do doboru środków fizjoterapii, wykonywania zabiegów i stosowania podstawowych metod terapeutycznych |  |  |
| **F.U2.** - samodzielnie wykonywać zabiegi z zakresu kinezyterapii, terapii manualnej, fizykoterapii i masażu leczniczego |  |  |
| **F.U7.** - wykorzystywać i obsługiwać aparaturę, sprzęt do fizjoterapii i sprzęt do badań funkcjonalnych oraz przygotować stanowisko pracy; |  |  |
| **F.U8.** - pracować w zespole interdyscyplinarnym zapewniającym ciągłość opieki nad pacjentem oraz komunikować się z innymi członkami zespołu, z pacjentem i jego rodziną |  |  |
| **F.U9.**- wprowadzić dane i uzyskane informacje oraz opis efektów zabiegów i działań terapeutycznych do dokumentacji pacjenta |  |  |
| **F.U10. -** inicjować, organizować i realizować działania ukierunkowane na edukację zdrowotną, promocję zdrowia i profilaktykę niepełnosprawności |  |  |
| **F.U11.** - określić zakres swoich kompetencji zawodowych i współpracować z przedstawicielami innych zawodów medycznych; |  |  |
| **F.U13.** - pracować w zespole i przyjmować odpowiedzialność za udział w podejmowaniu decyzji |  |  |
| **F.U14.** - aktywnie uczestniczyć w pracach zespołu terapeutycznego |  |  |
| **F.U17.** – przestrzegać praw pacjenta |  |  |
| **KOMPETENCJE SPOŁECZNE** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **K2. –** wykonywania zawodu, będąc świadomym roli, jaką fizjoterapeuta pełni na rzecz społeczeństwa, w tym społeczności lokalnej |  |  |
| **K3. –** prezentowania podstawy promującej zdrowy styl życia, propagowania i aktywnego kreowania zdrowego stylu życia i promocji zdrowia w trakcie działań związanych z wykonywaniem zawodu i określania poziomu sprawności niezbędnego do wykonywania zawodu fizjoterapeuty |  |  |
| **K5. –** dostrzegania i rozpoznawania własnych ograniczeń, dokonywania samooceny deficytów i potrzeb edukacyjnych |  |  |
| **K9. –** przyjęcia odpowiedzialności związanej z decyzjami podejmowanymi w ramach działalności zawodowej, w tym w kategoriach bezpieczeństwa własnego i innych osób |  |  |

*data, podpis i pieczątka Opiekuna praktyk*……………………………………………………

**V ROK**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ZAKRES PRAKTYKI** | **Praktyka w zakresie fizjoterapii klinicznej**  **ODDZIAŁ NEUROLOGII**  Cel kształcenia: nabycie umiejętności w zakresie postępowania fizjoterapeutycznego u pacjentów hospitalizowanych w Oddziale Neurologii | | |
| **MIEJSCE PRAKTYKI** | ………………………………………………………………………  *( pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)* | | |
| **CZAS TRWANIA** | IX semestr (praktyka śródroczna) | | |
| **ILOŚĆ GODZIN** | 50 | | |
| **ZAKRES CZYNNOŚCI I WYKAZ NABYTYCH**  **UMIEJĘTNOŚCI** | | **DATA** | **PODPIS** |
| Obserwacja i doskonalenie umiejętności przeprowadzenia badania podmiotowego i przedmiotowego pacjenta w zakresie neurologii celem oceny stanu funkcjonalnego pacjenta oraz monitorowanie efektów fizjoterapii | |  |  |
| Prowadzenie fizjoterapii u pacjentów z chorobami i zaburzeniami w obrębie obwodowego układu nerwowego: porażenia i niedowłady, | |  |  |
| Uprawnianie pacjentów po operacjach neurochirurgicznych i z chorobami  i zaburzeniami OUN ( np. choroba Parkinsona, SM, SLA, jamistością rdzenia, rwą kulszową, udową i ramienną, polineuropatią i innymi) | |  |  |
| Fizjoterapia pacjentów z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, po urazach czaszkowo mózgowych oraz po udarze mózgu oraz z guzami mózgu. | |  |  |
| Obserwacja i doskonalenie umiejętności tworzenia programu usprawniania i realizacji postępowania usprawniającego w zakresie miejscowym oraz ogólnym, indywidualnie i zespołowo, w zależności od stanu pacjenta  i specyfiki jednostki chorobowej | |  |  |
| Obserwacja i doskonalenie umiejętności doboru odpowiedniego zaopatrzenia ortopedycznego, stosownie do dysfunkcji, stanu pacjenta, jego potrzeb i możliwości w zakresie neurologii | |  |  |
| Obserwacja i czynne uczestnictwo w sporządzaniu dokumentacji badania pacjenta na potrzeby fizjoterapii oraz prowadzonego usprawniania ruchowego w zakresie neurologii | |  |  |
| Prowadzenie ćwiczeń oddechowych | |  |  |
| Zastosowanie metod neurorehabilitacyjnych u pacjentów z zaburzeniami napięcia mięśniowego | |  |  |
| **DATA** | …………………………………………………………………………  *(podpis i pieczęć imienna Opiekuna praktyki z jednostki organizacyjnej, w której praktyka była realizowana)* | | |

**OPIS PRZYPADKU:**

**Praktyki zatwierdził:**

…………..

*data*

*………………………………………………………………………*

*podpis i pieczęć imienna Koordynatora praktyk CM w Bydgoszczy*

**V ROK**

**KARTA WERYFIKACJI EFEKTÓW KSZTAŁCENIA PRAKTYKA W ZAKRESIE FIZJOTERAPII KLINICZNEJ**

**ODDZIAŁ NEUROLOGII**

w*ypełnia Student*

imię i nazwisko Studenta/numer albumu……………………………………………………….

imię i nazwisko Mentora praktyki………………………………………………………………

*Wypełnia Mentor praktyk*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **WIEDZA** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **F.W5.** - metody opisu i interpretacji podstawowych jednostek i zespołów chorobowych w stopniu umożliwiającym racjonalne stosowanie środków fizjoterapii i planowanie fizjoterapii |  |  |
| **F.W8.** - zasady działania wyrobów medycznych stosowanych w rehabilitacji |  |  |
| **F.W12.** - rolę fizjoterapeuty w procesie kompleksowej rehabilitacji i innych specjalistów w zespole terapeutycznym; |  |  |
| **UMIEJĘTNOŚCI** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **F.U3.** - tworzyć, weryfikować i modyfikować programy usprawniania osób z różnymi dysfunkcjami układu ruchu i innych narządów oraz układów, stosownie do ich stanu klinicznego i funkcjonalnego, oraz celów kompleksowej rehabilitacji; |  |  |
| **F.U4.** - wykazać specjalistyczne umiejętności ruchowe z zakresu wybranych form aktywności fizycznej; |  |  |
| **F.U5.** - dobierać wyroby medyczne stosownie do rodzaju dysfunkcji i potrzeb pacjenta na każdym etapie rehabilitacji |  |  |
| **F.U6.** - zastosować wyroby medyczne oraz poinstruować pacjenta, jak z nich korzystać |  |  |
| **F.U7.** - wykorzystywać i obsługiwać aparaturę, sprzęt do fizjoterapii i sprzęt do badań funkcjonalnych oraz przygotować stanowisko pracy |  |  |
| **F.U8.** - pracować w zespole interdyscyplinarnym zapewniającym ciągłość opieki nad pacjentem oraz komunikować się z innymi członkami zespołu, z pacjentem i jego rodziną |  |  |
| **F.U11.** -określić zakres swoich kompetencji zawodowych i współpracować z przedstawicielami innych zawodów medycznych; |  |  |
| **F.U14.** -aktywnie uczestniczyć w pracach zespołu terapeutycznego; |  |  |
| **F.U17.** -przestrzegać praw pacjenta; |  |  |
| **F.U18.** - nawiązać relację z pacjentem i współpracownikami opartą na wzajemnym zaufaniu i szacunku. |  |  |
| **KOMPETENCJE SPOŁECZNE** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **K1.** – nawiązania i utrzymania pełnego szacunku kontaktu z pacjentem, a także okazywania zrozumienia dla różnic światopoglądowych i kulturowych |  |  |
| **K5. –** dostrzegania i rozpoznawania własnych ograniczeń, dokonywania samooceny deficytów i potrzeb edukacyjnych |  |  |
| **K6.** – korzystania z obiektywnych źródeł informacji |  |  |
| **K8. –** formułowania opinii dotyczących różnych aspektów działalności zawodowej |  |  |

*data, podpis i pieczątka Opiekuna praktyk*……………………………………………………

**ROK V**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ZAKRES PRAKTYKI** | **Praktyka w zakresie fizjoterapii klinicznej**  **ODDZIAŁ ORTOPEDII**  Cele kształcenia: nabycie umiejętności w zakresie postępowania fizjoterapeutycznego w chorobach ortopedycznych | | |
| **MIEJSCE PRAKTYKI** | …………………………………………………………………………  *(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)* | | |
| **CZAS TRWANIA** | IX semestr (praktyka śródroczna) | | |
| **ILOŚĆ GODZIN** | 50 | | |
| **ZAKRES CZYNNOŚCI I WYKAZ NABYTYCH**  **UMIEJĘTNOŚCI** | | **DATA** | **PODPIS** |
| przygotowanie pacjenta do fizjoterapii w dysfunkcjach narządu ruchu | |  |  |
| planowanie i prowadzenie postępowania fizjoterapeutycznego pacjentów przed planowym zabiegiem operacyjnym | |  |  |
| opracowywanie zaleceń fizjoterapeutycznych w chorobach zwyrodnieniowych stawów | |  |  |
| organizacja środowiska domowego dla potrzeb pacjentów ze schorzeniami narządu ruchu | |  |  |
| prowadzenie postępowania fizjoterapeutycznego pacjentów po urazach | |  |  |
| zaplanowanie i przeprowadzenie ćwiczeń po leczeniu zachowawczym złamań kończyn górnych | |  |  |
| zaplanowanie i przeprowadzenie ćwiczeń po leczeniu operacyjnym złamań kończyn górnych | |  |  |
| zaplanowanie i przeprowadzenie ćwiczeń po leczeniu zachowawczym złamań kończyn dolnych | |  |  |
| zaplanowanie i przeprowadzenie ćwiczeń po leczeniu operacyjnym kończyn dolnych | |  |  |
| dopasowanie dodatkowego sprzętu ortopedycznego | |  |  |
| prowadzenie ćwiczeń u pacjenta na wyciągu | |  |  |
| dopasowanie ortez po urazach kończyn dolnych i górnych | |  |  |
| planowanie i przeprowadzenie ćwiczeń przed i po zabiegiem  endoprotezoplastyki stawu biodrowe | |  |  |
| uruchomienie pacjenta po zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego | |  |  |
| planowanie i przeprowadzenie ćwiczeń przed i po zabiegiem endoprotezoplastyki stawu kolanowego | |  |  |
| **DATA** | …………………………………………………………………………  *(podpis i pieczęć imienna opiekuna praktyki z jednostki organizacyjnej, w której praktyka była realizowana)* | | |

**OPIS PRZYPADKU:**

**Praktyki zatwierdził:**

…………..

*data*

*………………………………………………………………………*

*podpis i pieczęć imienna Koordynatora praktyk CM w Bydgoszczy*

**V ROK**

**KARTA WERYFIKACJI EFEKTÓW KSZTAŁCENIA**

**PRAKTYKA W ZAKRESIE FIZJOTERAPII KLINICZNEJ**

**ODDZIAŁ ORTOPEDII**

w*ypełnia Student*

imię i nazwisko Studenta/numer albumu……………………………………………………….

imię i nazwisko Mentora praktyki………………………………………………………………

*Wypełnia Mentor praktyk*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **WIEDZA** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **F.W5.** - metody opisu i interpretacji podstawowych jednostek i zespołów chorobowych w stopniu umożliwiającym racjonalne stosowanie środków fizjoterapii i planowanie fizjoterapii |  |  |
| **F.W8.** - zasady działania wyrobów medycznych stosowanych w rehabilitacji |  |  |
| **F.W12.** - rolę fizjoterapeuty w procesie kompleksowej rehabilitacji i innych specjalistów w zespole terapeutycznym; |  |  |
| **UMIEJĘTNOŚCI** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **F.U3.** - tworzyć, weryfikować i modyfikować programy usprawniania osób z różnymi dysfunkcjami układu ruchu i innych narządów oraz układów, stosownie do ich stanu klinicznego i funkcjonalnego, oraz celów kompleksowej rehabilitacji; |  |  |
| **F.U4.** - wykazać specjalistyczne umiejętności ruchowe z zakresu wybranych form aktywności fizycznej; |  |  |
| **F.U5.** - dobierać wyroby medyczne stosownie do rodzaju dysfunkcji i potrzeb pacjenta na każdym etapie rehabilitacji |  |  |
| **F.U6.** - zastosować wyroby medyczne oraz poinstruować pacjenta, jak z nich korzystać |  |  |
| **F.U7.** - wykorzystywać i obsługiwać aparaturę, sprzęt do fizjoterapii i sprzęt do badań funkcjonalnych oraz przygotować stanowisko pracy |  |  |
| **F.U8.** - pracować w zespole interdyscyplinarnym zapewniającym ciągłość opieki nad pacjentem oraz komunikować się z innymi członkami zespołu, z pacjentem i jego rodziną |  |  |
| **F.U11.** -określić zakres swoich kompetencji zawodowych i współpracować z przedstawicielami innych zawodów medycznych; |  |  |
| **F.U14.** -aktywnie uczestniczyć w pracach zespołu terapeutycznego; |  |  |
| **F.U17.** -przestrzegać praw pacjenta; |  |  |
| **F.U18.** - nawiązać relację z pacjentem i współpracownikami opartą na wzajemnym zaufaniu i szacunku. |  |  |
| **KOMPETENCJE SPOŁECZNE** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **K1.** – nawiązania i utrzymania pełnego szacunku kontaktu z pacjentem, a także okazywania zrozumienia dla różnic światopoglądowych i kulturowych |  |  |
| **K5. –** dostrzegania i rozpoznawania własnych ograniczeń, dokonywania samooceny deficytów i potrzeb edukacyjnych |  |  |
| **K6.** – korzystania z obiektywnych źródeł informacji |  |  |
| **K8. –** formułowania opinii dotyczących różnych aspektów działalności zawodowej |  |  |

*data, podpis i pieczątka Opiekuna praktyk*……………………………………………………

**V ROK**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ZAKRES PRAKTYKI** | **Praktyka w zakresie fizjoterapii klinicznej**  **ODDZIAŁ INTENSYWNEJ TERAPII**  Cel kształcenia: nabycie umiejętności w zakresie postępowania fizjoterapeutycznego u pacjentów hospitalizowanych w Oddziale Intensywnej Terapii | | |
| **MIEJSCE PRAKTYKI** | ………………………………………………………………………  *( pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)* | | |
| **CZAS TRWANIA** | IX semestr (praktyka śródroczna) | | |
| **ILOŚĆ GODZIN** | 25 | | |
| **ZAKRES CZYNNOŚCI I WYKAZ NABYTYCH**  **UMIEJĘTNOŚCI** | | **DATA** | **PODPIS** |
| zapoznanie się ze specyfiką Oddziału Intensywnej Terapii | |  |  |
| zapoznanie się z aparaturą medyczną wykorzystywaną na OIT | |  |  |
| codzienna konsultacja stanu pacjenta z lekarzem przed rozpoczęciem kinezyterapii | |  |  |
| ocena stanu świadomości pacjenta w skali Glasgow | |  |  |
| pomiar parametrów życiowych pacjenta; tętno , ciśnienie , oddech | |  |  |
| obserwacja parametrów życiowych pacjenta w trakcie prowadzonej  kinezyterapii | |  |  |
| umiejętność ułożenia pacjenta w celu zabezpieczenia przed przykurczami w obrębie kończyn górnych | |  |  |
| umiejętność ułożenia pacjenta w celu zabezpieczenia przed przykurczami w obrębie kończyn dolnych | |  |  |
| zaplanowanie i przeprowadzenie ćwiczeń biernych z pacjentem nieprzytomnym | |  |  |
| zaplanowanie i przeprowadzenie ćwiczeń biernych u pacjentów unieruchomionych bez zaburzeń świadomości | |  |  |
| ocena wyników terapii pacjenta nieprzytomnego | |  |  |
| prowadzenie ćwiczeń oddechowych | |  |  |
| prowadzenie ćwiczeń przeciwzakrzepowych | |  |  |
| umiejętność prowadzenia zmian pozycji ułożeniowych u pacjenta nieprzytomnego | |  |  |
| prowadzenie dokumentacji fizjoterapeutycznej | |  |  |
| **DATA** | …………………………………………………………………………  *(podpis i pieczęć imienna Opiekuna praktyki z jednostki organizacyjnej, w której praktyka była realizowana)* | | |

**OPIS PRZYPADKU:**

**Praktyki zatwierdził:**

…………..

*data*

*………………………………………………………………………*

*podpis i pieczęć imienna Koordynatora praktyk CM w Bydgoszczy*

**V ROK**

**KARTA WERYFIKACJI EFEKTÓW KSZTAŁCENIA**

**PRAKTYKA W ZAKRESIE FIZJOTERAPII KLINICZNEJ ODDZIAŁ INTENSYWNEJ TERAPII**

w*ypełnia Student*

imię i nazwisko Studenta/numer albumu……………………………………………………….

imię i nazwisko Mentora praktyki………………………………………………………………

*Wypełnia Mentor praktyk*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **WIEDZA** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **F.W5.** - metody opisu i interpretacji podstawowych jednostek i zespołów chorobowych w stopniu umożliwiającym racjonalne stosowanie środków fizjoterapii i planowanie fizjoterapii |  |  |
| **F.W8.** - zasady działania wyrobów medycznych stosowanych w rehabilitacji |  |  |
| **F.W12.** - rolę fizjoterapeuty w procesie kompleksowej rehabilitacji i innych specjalistów w zespole terapeutycznym; |  |  |
| **UMIEJĘTNOŚCI** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **F.U3.** - tworzyć, weryfikować i modyfikować programy usprawniania osób z różnymi dysfunkcjami układu ruchu i innych narządów oraz układów, stosownie do ich stanu klinicznego i funkcjonalnego, oraz celów kompleksowej rehabilitacji; |  |  |
| **F.U4.** - wykazać specjalistyczne umiejętności ruchowe z zakresu wybranych form aktywności fizycznej; |  |  |
| **F.U5.** - dobierać wyroby medyczne stosownie do rodzaju dysfunkcji i potrzeb pacjenta na każdym etapie rehabilitacji |  |  |
| **F.U6.** - zastosować wyroby medyczne oraz poinstruować pacjenta, jak z nich korzystać |  |  |
| **F.U7.** - wykorzystywać i obsługiwać aparaturę, sprzęt do fizjoterapii i sprzęt do badań funkcjonalnych oraz przygotować stanowisko pracy |  |  |
| **F.U8.** - pracować w zespole interdyscyplinarnym zapewniającym ciągłość opieki nad pacjentem oraz komunikować się z innymi członkami zespołu, z pacjentem i jego rodziną |  |  |
| **F.U11.** -określić zakres swoich kompetencji zawodowych i współpracować z przedstawicielami innych zawodów medycznych; |  |  |
| **F.U14.** -aktywnie uczestniczyć w pracach zespołu terapeutycznego; |  |  |
| **F.U17.** -przestrzegać praw pacjenta; |  |  |
| **F.U18.** - nawiązać relację z pacjentem i współpracownikami opartą na wzajemnym zaufaniu i szacunku. |  |  |
| **KOMPETENCJE SPOŁECZNE** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **K1.** – nawiązania i utrzymania pełnego szacunku kontaktu z pacjentem, a także okazywania zrozumienia dla różnic światopoglądowych i kulturowych |  |  |
| **K5. –** dostrzegania i rozpoznawania własnych ograniczeń, dokonywania samooceny deficytów i potrzeb edukacyjnych |  |  |
| **K6.** – korzystania z obiektywnych źródeł informacji |  |  |
| **K8. –** formułowania opinii dotyczących różnych aspektów działalności zawodowej |  |  |

*data, podpis i pieczątka Opiekuna praktyk*……………………………………………………

**V ROK**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ZAKRES PRAKTYKI** | **Praktyka w zakresie fizjoterapii klinicznej**  **ODDZIAŁ NEUROCHIRURGII**  Cele kształcenia: nabycie umiejętności praktycznych w zakresie rehabilitacji neurochirurgicznej | | |
| **MIEJSCE PRAKTYKI** | …………………………………………………………………………  *( pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)* | | |
| **CZAS TRWANIA** | IX semestr (praktyka śródroczna) | | |
| **ILOŚĆ GODZIN** | 50 | | |
| **ZAKRES CZYNNOŚCI I WYKAZ NABYTYCH**  **UMIEJĘTNOŚCI** | | **DATA** | **PODPIS** |
| ocena stanu świadomości pacjenta w skali Glasgow po urazie czaszkowo-  mózgowym | |  |  |
| ocena siły mięśniowej i wydolności narządu ruchu pacjenta po urazie czaszkowo-mózgowym, krwawieniu śródczaszkowym, | |  |  |
| ocena siły mięśniowej i wydolności narządu ruchu pacjenta po urazie kręgosłupa | |  |  |
| ułożenie pacjenta nieprzytomnego zabezpieczające przed przykurczami | |  |  |
| zaplanowanie i przeprowadzenie ćwiczeń biernych z pacjentem nieprzytomnym | |  |  |
| ocena wyników terapii pacjenta nieprzytomnego | |  |  |
| ocena ryzyka wystąpienia powikłań u chorych podczas prowadzenia usprawniania | |  |  |
| pionizacja pacjenta po urazie czaszkowo-mózgowym | |  |  |
| nauka chodu pacjentów z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego | |  |  |
| zaadaptowanie pacjenta do samoobsługi | |  |  |
| postępowanie fizjoterapeutyczne z pacjentem we wczesnym okresie po urazie kręgosłupa leczonym zachowawczo | |  |  |
| postępowanie fizjoterapeutycznego z pacjentem we wczesnym okresie po urazie kręgosłupa leczonym operacyjnie | |  |  |
| postępowanie fizjoterapeutycznego z pacjentem we wczesnym okresie po krwotoku śródmózgowym i po urazach czaszkowo-mózgowych | |  |  |
| rozpoznawanie potrzeb pacjenta po uszkodzeniu układu nerwowego w zakresie pomocy ortopedycznych | |  |  |
| prowadzenia dokumentacji rehabilitacyjnej w Klinice Neurochirurgicznej | |  |  |
| **DATA** | …………………………………………………………………………  *(podpis i pieczęć imienna opiekuna praktyki z jednostki organizacyjnej, w której praktyka była realizowana)* | | |

**OPIS PRZYPADKU:**

**Praktyki zatwierdził:**

…………..

*( data)*

*………………………………………………………………………*

*(podpis i pieczęć imienna Koordynatora praktyk CM w Bydgoszczy)*

**V ROK**

**KARTA WERYFIKACJI EFEKTÓW KSZTAŁCENIA**

**PRAKTYKA W ZAKRESIE FIZJOTERAPII KLINICZNEJ ODDZIAŁ NEUROCHIRURGII**

w*ypełnia Student*

imię i nazwisko Studenta/numer albumu……………………………………………………….

imię i nazwisko Mentora praktyki………………………………………………………………

*Wypełnia Mentor praktyk*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **WIEDZA** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **F.W5.** - metody opisu i interpretacji podstawowych jednostek i zespołów chorobowych w stopniu umożliwiającym racjonalne stosowanie środków fizjoterapii i planowanie fizjoterapii |  |  |
| **F.W8.** - zasady działania wyrobów medycznych stosowanych w rehabilitacji |  |  |
| **F.W12.** - rolę fizjoterapeuty w procesie kompleksowej rehabilitacji i innych specjalistów w zespole terapeutycznym; |  |  |
| **UMIEJĘTNOŚCI** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **F.U3.** - tworzyć, weryfikować i modyfikować programy usprawniania osób z różnymi dysfunkcjami układu ruchu i innych narządów oraz układów, stosownie do ich stanu klinicznego i funkcjonalnego, oraz celów kompleksowej rehabilitacji; |  |  |
| **F.U4.** - wykazać specjalistyczne umiejętności ruchowe z zakresu wybranych form aktywności fizycznej; |  |  |
| **F.U5.** - dobierać wyroby medyczne stosownie do rodzaju dysfunkcji i potrzeb pacjenta na każdym etapie rehabilitacji |  |  |
| **F.U6.** - zastosować wyroby medyczne oraz poinstruować pacjenta, jak z nich korzystać |  |  |
| **F.U7.** - wykorzystywać i obsługiwać aparaturę, sprzęt do fizjoterapii i sprzęt do badań funkcjonalnych oraz przygotować stanowisko pracy |  |  |
| **F.U8.** - pracować w zespole interdyscyplinarnym zapewniającym ciągłość opieki nad pacjentem oraz komunikować się z innymi członkami zespołu, z pacjentem i jego rodziną |  |  |
| **F.U11.** -określić zakres swoich kompetencji zawodowych i współpracować z przedstawicielami innych zawodów medycznych; |  |  |
| **F.U14.** -aktywnie uczestniczyć w pracach zespołu terapeutycznego; |  |  |
| **F.U17.** -przestrzegać praw pacjenta; |  |  |
| **F.U18.** - nawiązać relację z pacjentem i współpracownikami opartą na wzajemnym zaufaniu i szacunku. |  |  |
| **KOMPETENCJE SPOŁECZNE** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **K1.** – nawiązania i utrzymania pełnego szacunku kontaktu z pacjentem, a także okazywania zrozumienia dla różnic światopoglądowych i kulturowych |  |  |
| **K5. –** dostrzegania i rozpoznawania własnych ograniczeń, dokonywania samooceny deficytów i potrzeb edukacyjnych |  |  |
| **K6.** – korzystania z obiektywnych źródeł informacji |  |  |
| **K8. –** formułowania opinii dotyczących różnych aspektów działalności zawodowej |  |  |

*data, podpis i pieczątka Opiekuna praktyk*……………………………………………………

**V ROK**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ZAKRES PRAKTYKI** | | **Praktyka w zakresie fizjoterapii klinicznej**  **ODDZIAŁ REHABILITACJI**  Cele kształcenia: nabycie umiejętności w zakresie fizjoterapii neurologicznej i fizjoterapii w chorobach zwyrodnieniowych | | |
| **MIEJSCE PRAKTYKI** | | …………………………………………………………………………  *( pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)* | | |
| **CZAS TRWANIA** | | IX semestr (praktyka śródroczna) | | |
| **ILOŚĆ GODZIN** | | 75 | | |
| **ZAKRES CZYNNOŚCI I WYKAZ NABYTYCH UMIEJĘTNOŚCI** | | | **DATA** | **PODPIS** |
| zapoznanie się ze specyfiką oddziału | | |  |  |
| przeprowadzenie badania podmiotowego z pacjentem – zbieranie wywiadu | | |  |  |
| ocena dysfunkcji strukturalnych i funkcjonalnych pacjenta | | |  |  |
| sporządzenie planu usprawniania | | |  |  |
| nawiązanie kontaktu terapeutycznego z pacjentem | | |  |  |
| planowanie i przeprowadzenie ćwiczeń u pacjentów po urazach kończyn dolnych | | |  |  |
| planowanie i przeprowadzenie ćwiczeń u pacjentów po urazach kończyn górnych | | |  |  |
| planowanie i prowadzenie ćwiczeń u chorych z choroba zwyrodnieniową stawów kolanowych | | |  |  |
| planowanie i prowadzenie ćwiczeń u chorych z choroba zwyrodnieniową stawów biodrowych | | |  |  |
| planowanie i przeprowadzenie ćwiczeń u pacjentów po udarze mózgu | | |  |  |
| planowanie i prowadzenie ćwiczeń u chorych z choroba zwyrodnieniową kręgosłupa w odcinku szyjnym | | |  |  |
| planowanie i prowadzenie ćwiczeń u chorych z choroba zwyrodnieniową kręgosłupa w odcinku piersiowym | | |  |  |
| planowanie i prowadzenie ćwiczeń u chorych z choroba zwyrodnieniową kręgosłupa w odcinku lędźwiowym | | |  |  |
| planowanie i przeprowadzenie ćwiczeń u pacjentów po urazie czaszkowomózgowym | | |  |  |
| planowanie i przeprowadzenie ćwiczeń u pacjentów z SM, chorobą Parkinsona | | |  |  |
| przeprowadzenie ćwiczeń normalizujących napięcie mięśniowe | | |  |  |
| przeprowadzenie ćwiczeń z wykorzystaniem reedukacji nerwowo-mięśniowej | | |  |  |
| przeprowadzenie pionizacji biernej pacjenta | | |  |  |
| przeprowadzenie pionizacji czynnej pacjenta | | |  |  |
| ocena tętna i ciśnienia tętniczego w czasie pionizacji chorego | | |  |  |
| dostosowanie pomocy ortopedycznych do potrzeb pacjenta | | |  |  |
| nauka samodzielności w czynnościach dnia codziennego | | |  |  |
| planowanie i przeprowadzenie ćwiczeń u pacjentów po urazie kręgosłupa | | |  |  |
| ocena wyników leczenia fizjoterapeutycznego | | |  |  |
| prowadzenie dokumentacji fizjoterapeutycznej | | |  |  |
| **DATA** | …………………………………………………………………………  *(podpis i pieczęć imienna Opiekuna praktyki z jednostki organizacyjnej, w której praktyka była realizowana)* | | | |

**OPIS PRZYPADKU:**

**Praktyki zatwierdził:**

*…………..*

*data*

*………………………………………………………………………*

*podpis i pieczęć imienna Koordynatora praktyk CM w Bydgosz*

**V ROK**

**KARTA WERYFIKACJI EFEKTÓW KSZTAŁCENIA**

**PRAKTYKA W ZAKRESIE FIZJOTERAPII KLINICZNEJ**

**ODDZIAŁ REHABILITACJI**

w*ypełnia Student*

imię i nazwisko Studenta/numer albumu……………………………………………………….

imię i nazwisko Mentora praktyki………………………………………………………………

*Wypełnia Mentor praktyk*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **WIEDZA** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **F.W5.** - metody opisu i interpretacji podstawowych jednostek i zespołów chorobowych w stopniu umożliwiającym racjonalne stosowanie środków fizjoterapii i planowanie fizjoterapii |  |  |
| **F.W8.** - zasady działania wyrobów medycznych stosowanych w rehabilitacji |  |  |
| **F.W12.** - rolę fizjoterapeuty w procesie kompleksowej rehabilitacji i innych specjalistów w zespole terapeutycznym; |  |  |
| **UMIEJĘTNOŚCI** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **F.U3.** - tworzyć, weryfikować i modyfikować programy usprawniania osób z różnymi dysfunkcjami układu ruchu i innych narządów oraz układów, stosownie do ich stanu klinicznego i funkcjonalnego, oraz celów kompleksowej rehabilitacji; |  |  |
| **F.U4.** - wykazać specjalistyczne umiejętności ruchowe z zakresu wybranych form aktywności fizycznej; |  |  |
| **F.U5.** - dobierać wyroby medyczne stosownie do rodzaju dysfunkcji i potrzeb pacjenta na każdym etapie rehabilitacji |  |  |
| **F.U6.** - zastosować wyroby medyczne oraz poinstruować pacjenta, jak z nich korzystać |  |  |
| **F.U7.** - wykorzystywać i obsługiwać aparaturę, sprzęt do fizjoterapii i sprzęt do badań funkcjonalnych oraz przygotować stanowisko pracy |  |  |
| **F.U8.** - pracować w zespole interdyscyplinarnym zapewniającym ciągłość opieki nad pacjentem oraz komunikować się z innymi członkami zespołu, z pacjentem i jego rodziną |  |  |
| **F.U11.** -określić zakres swoich kompetencji zawodowych i współpracować z przedstawicielami innych zawodów medycznych; |  |  |
| **F.U14.** -aktywnie uczestniczyć w pracach zespołu terapeutycznego; |  |  |
| **F.U17.** -przestrzegać praw pacjenta; |  |  |
| **F.U18.** - nawiązać relację z pacjentem i współpracownikami opartą na wzajemnym zaufaniu i szacunku. |  |  |
| **KOMPETENCJE SPOŁECZNE** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **K1.** – nawiązania i utrzymania pełnego szacunku kontaktu z pacjentem, a także okazywania zrozumienia dla różnic światopoglądowych i kulturowych |  |  |
| **K5. –** dostrzegania i rozpoznawania własnych ograniczeń, dokonywania samooceny deficytów i potrzeb edukacyjnych |  |  |
| **K6.** – korzystania z obiektywnych źródeł informacji |  |  |
| **K8. –** formułowania opinii dotyczących różnych aspektów działalności zawodowej |  |  |

*data, podpis i pieczątka Opiekuna praktyk*……………………………………………………

**V ROK**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ZAKRES PRAKTYKI** | **Praktyka w zakresie fizjoterapii klinicznej**  **ODDZIAŁ CHIRURGII**  Cel kształcenia: nabycie umiejętności w zakresie postępowania fizjoterapeutycznego u pacjentów hospitalizowanych w Oddziale Chirurgii | | |
| **MIEJSCE PRAKTYKI** | ………………………………………………………………………  *( pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)* | | |
| **CZAS TRWANIA** | IX semestr (praktyka śródroczna) | | |
| **ILOŚĆ GODZIN** | 25 | | |
| **ZAKRES CZYNNOŚCI I WYKAZ NABYTYCH**  **UMIEJĘTNOŚCI** | | **DATA** | **PODPIS** |
| Fizjoterapia przedoperacyjna i pozabiegowa. | |  |  |
| Profilaktyka powikłań pozabiegowych | |  |  |
| Fizjoterapeutyczne metody wczesnej aktywizacji pacjenta | |  |  |
| Metodyka pionizacji pacjenta. | |  |  |
| Ocena parametrów hemodynamicznych. | |  |  |
| Fizjoterapeutyczne postępowanie w przypadku blizny pozabiegowej. | |  |  |
| Fizjoterapia przeciwobrzękowa. | |  |  |
| Postępowanie fizjoterapeutyczne po amputacji w obrębie kończyn, hartowane kikuta, przygotowanie do zaprotezowania, nauka chodu. | |  |  |
| Specyfika fizjoterapii po transplantacji narządów wewnętrznych (np. wątroby) | |  |  |
| Planowanie i układanie programu ćwiczeń dla pacjentów leczonych chirurgicznie (przed i po zabiegach ) | |  |  |
| **DATA** | …………………………………………………………………………  *(podpis i pieczęć imienna Opiekuna praktyki z jednostki organizacyjnej, w której praktyka była realizowana)* | | |

**OPIS PRZYPADKU:**

**Praktyki zatwierdził:**

*…………..*

*data*

*………………………………………………………………………*

*podpis i pieczęć imienna Koordynatora praktyk CM w Bydgoszczy*

**V ROK**

**KARTA WERYFIKACJI EFEKTÓW KSZTAŁCENIA**

**PRAKTYKA W ZAKRESIE FIZJOTERAPII KLINICZNEJ**

**ODDZIAŁ CHIRURGII**

w*ypełnia Student*

imię i nazwisko Studenta/numer albumu……………………………………………………….

imię i nazwisko Mentora praktyki………………………………………………………………

*Wypełnia Mentor praktyk*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **WIEDZA** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **F.W5.** - metody opisu i interpretacji podstawowych jednostek i zespołów chorobowych w stopniu umożliwiającym racjonalne stosowanie środków fizjoterapii i planowanie fizjoterapii |  |  |
| **F.W8.** - zasady działania wyrobów medycznych stosowanych w rehabilitacji |  |  |
| **F.W12.** - rolę fizjoterapeuty w procesie kompleksowej rehabilitacji i innych specjalistów w zespole terapeutycznym; |  |  |
| **UMIEJĘTNOŚCI** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **F.U3.** - tworzyć, weryfikować i modyfikować programy usprawniania osób z różnymi dysfunkcjami układu ruchu i innych narządów oraz układów, stosownie do ich stanu klinicznego i funkcjonalnego, oraz celów kompleksowej rehabilitacji; |  |  |
| **F.U4.** - wykazać specjalistyczne umiejętności ruchowe z zakresu wybranych form aktywności fizycznej; |  |  |
| **F.U5.** - dobierać wyroby medyczne stosownie do rodzaju dysfunkcji i potrzeb pacjenta na każdym etapie rehabilitacji |  |  |
| **F.U6.** - zastosować wyroby medyczne oraz poinstruować pacjenta, jak z nich korzystać |  |  |
| **F.U7.** - wykorzystywać i obsługiwać aparaturę, sprzęt do fizjoterapii i sprzęt do badań funkcjonalnych oraz przygotować stanowisko pracy |  |  |
| **F.U8.** - pracować w zespole interdyscyplinarnym zapewniającym ciągłość opieki nad pacjentem oraz komunikować się z innymi członkami zespołu, z pacjentem i jego rodziną |  |  |
| **F.U11.** -określić zakres swoich kompetencji zawodowych i współpracować z przedstawicielami innych zawodów medycznych; |  |  |
| **F.U14.** -aktywnie uczestniczyć w pracach zespołu terapeutycznego; |  |  |
| **F.U17.** -przestrzegać praw pacjenta; |  |  |
| **F.U18.** - nawiązać relację z pacjentem i współpracownikami opartą na wzajemnym zaufaniu i szacunku. |  |  |
| **KOMPETENCJE SPOŁECZNE** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **K1.** – nawiązania i utrzymania pełnego szacunku kontaktu z pacjentem, a także okazywania zrozumienia dla różnic światopoglądowych i kulturowych |  |  |
| **K5. –** dostrzegania i rozpoznawania własnych ograniczeń, dokonywania samooceny deficytów i potrzeb edukacyjnych |  |  |
| **K6.** – korzystania z obiektywnych źródeł informacji |  |  |
| **K8. –** formułowania opinii dotyczących różnych aspektów działalności zawodowej |  |  |

*data, podpis i pieczątka Opiekuna praktyk*……………………………………………………

**V ROK**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ZAKRES PRAKTYKI** | **Praktyka w zakresie fizjoterapii klinicznej**  **ODDZIAŁ GERIATRII**  Cel kształcenia: nabycie umiejętności postępowania fizjoterapeutycznego w schorzeniach narządów wewnętrznych | | |
| **MIEJSCE PRAKTYKI** | …………………………………………………………………………  *( pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)* | | |
| **CZAS TRWANIA** | IX semestr (praktyka śródroczna) | | |
| **ILOŚĆ GODZIN** | 25 | | |
| **ZAKRES CZYNNOŚCI I WYKAZ NABYTYCH UMIEJĘTNOŚCI** | | **DATA** | **PODPIS** |
| zapoznanie się ze specyfiką oddziału | |  |  |
| rozpoznanie potrzeb pacjenta z dysfunkcją narządu ruchu | |  |  |
| zaplanowanie i przeprowadzenie programu ćwiczeń dla osób z niewydolnością układu krążenia | |  |  |
| zaplanowanie programu ćwiczeń i ich przeprowadzenie u pacjentów  z przewlekłą niewydolnością układu oddechowego | |  |  |
| zaplanowanie programu ćwiczeń i ich przeprowadzenie u osób starszych  z dysfunkcją narządu ruchu | |  |  |
| umiejętność przeprowadzenia wieloetapowej pionizacji pacjentów długo leżących | |  |  |
| wykonywanie ćwiczeń oddechowych | |  |  |
| wykonywanie ćwiczeń skutecznego kaszlu | |  |  |
| nauka pozycji ułożeniowych ułatwiających oddychanie | |  |  |
| zaplanowanie ćwiczeń fizycznych i ich przeprowadzenie u osób z cukrzycą | |  |  |
| ocena poziomu glikemii przed i po ćwiczeniach u pacjentów z cukrzycą | |  |  |
| zaplanowanie ćwiczeń fizycznych i ich przeprowadzenie u pacjentów  z polineuropatią cukrzycową | |  |  |
| zaplanowanie programu ćwiczeń i ich przeprowadzenie u osób starszych  z chorobą zwyrodnieniową stawów | |  |  |
| zaplanowanie programu ćwiczeń dla osób z osteoporozą | |  |  |
| zaplanowanie programu ćwiczeń i ich przeprowadzenie u pacjentów starszych z zaburzeniami równowagi ( profilaktyka upadków) | |  |  |
| dopasowanie pomocy ortopedycznych do potrzeb pacjenta | |  |  |
| dopasowanie wózka inwalidzkiego do potrzeb pacjenta | |  |  |
| prowadzenie dokumentacji fizjoterapeutycznej | |  |  |
| **DATA** | …………………………………………………………………………  *(podpis i pieczęć imienna Opiekuna praktyki z jednostki organizacyjnej, w której praktyka była realizowana)* | | |

**OPIS PRZYPADKU:**

**Praktyki zatwierdził:**

…………..

*data*

*……………………………………………………………………… podpis i pieczęć imienna Koordynatora praktyk CM w Bydgoszczy*

## KARTA WERYFIKACJI EFEKTÓW KSZTAŁCENIA PRAKTYKA W ZAKRESIE FIZJOTERAPII KLINICZNEJ ODDZIAŁ GERIATRII

w*ypełnia Student*

imię i nazwisko Studenta/numer albumu……………………………………………………….

imię i nazwisko Mentora praktyki………………………………………………………………

*Wypełnia Mentor praktyk*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **WIEDZA** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **F.W5.** - metody opisu i interpretacji podstawowych jednostek i zespołów chorobowych w stopniu umożliwiającym racjonalne stosowanie środków fizjoterapii i planowanie fizjoterapii |  |  |
| **F.W8.** - zasady działania wyrobów medycznych stosowanych w rehabilitacji |  |  |
| **F.W12.** - rolę fizjoterapeuty w procesie kompleksowej rehabilitacji i innych specjalistów w zespole terapeutycznym; |  |  |
| **UMIEJĘTNOŚCI** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **F.U3.** - tworzyć, weryfikować i modyfikować programy usprawniania osób z różnymi dysfunkcjami układu ruchu i innych narządów oraz układów, stosownie do ich stanu klinicznego i funkcjonalnego, oraz celów kompleksowej rehabilitacji; |  |  |
| **F.U4.** - wykazać specjalistyczne umiejętności ruchowe z zakresu wybranych form aktywności fizycznej; |  |  |
| **F.U5.** - dobierać wyroby medyczne stosownie do rodzaju dysfunkcji i potrzeb pacjenta na każdym etapie rehabilitacji |  |  |
| **F.U6.** - zastosować wyroby medyczne oraz poinstruować pacjenta, jak z nich korzystać |  |  |
| **F.U7.** - wykorzystywać i obsługiwać aparaturę, sprzęt do fizjoterapii i sprzęt do badań funkcjonalnych oraz przygotować stanowisko pracy |  |  |
| **F.U8.** - pracować w zespole interdyscyplinarnym zapewniającym ciągłość opieki nad pacjentem oraz komunikować się z innymi członkami zespołu, z pacjentem i jego rodziną |  |  |
| **F.U11.** -określić zakres swoich kompetencji zawodowych i współpracować z przedstawicielami innych zawodów medycznych; |  |  |
| **F.U14.** -aktywnie uczestniczyć w pracach zespołu terapeutycznego; |  |  |
| **F.U17.** -przestrzegać praw pacjenta; |  |  |
| **F.U18.** - nawiązać relację z pacjentem i współpracownikami opartą na wzajemnym zaufaniu i szacunku. |  |  |
| **KOMPETENCJE SPOŁECZNE** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **K1.** – nawiązania i utrzymania pełnego szacunku kontaktu z pacjentem, a także okazywania zrozumienia dla różnic światopoglądowych i kulturowych |  |  |
| **K5. –** dostrzegania i rozpoznawania własnych ograniczeń, dokonywania samooceny deficytów i potrzeb edukacyjnych |  |  |
| **K6.** – korzystania z obiektywnych źródeł informacji |  |  |
| **K8. –** formułowania opinii dotyczących różnych aspektów działalności zawodowej |  |  |

*data, podpis i pieczątka Opiekuna praktyk*……………………………………………………

**V ROK**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ZAKRES PRAKTYKI** | **Praktyka w zakresie fizjoterapii klinicznej**  **ODDZIAŁ KARDIOLOGII**  Cel kształcenia: nauka postępowania fizjoterapeutycznego w chorobach układu krążenia | | |
| **MIEJSCE PRAKTYKI** | ……………………………………………………………………  *( pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)* | | |
| **CZAS TRWANIA** | IX semestr (praktyka śródroczna) | | |
| **ILOŚĆ GODZIN** | 30 | | |
| **ZAKRES CZYNNOŚCI I WYKAZ NABYTYCH UMIEJĘTNOŚCI** | | **DATA** | **PODPIS** |
| zasady pomiaru oddechów, tętna i ciśnienia tętniczego | |  |  |
| zbieranie wywiadu z pacjentem | |  |  |
| znajomość objawów klinicznych świadczących o niedokrwieniu mięśnia sercowego | |  |  |
| obserwacja pacjenta pod względem wydolności serca i motoryki | |  |  |
| usprawnianie pacjenta po leczeniu zachowawczym chorób serca | |  |  |
| uruchomienie pacjenta po ostrym zespole wieńcowym | |  |  |
| usprawnianie pacjenta po leczeniu inwazyjnym chorób serca | |  |  |
| znajomość zasady planowania i prowadzenia ćwiczeń rehabilitacyjnych w kardiologii | |  |  |
| monitorowanie ciśnienia tętniczego w czasie prowadzenia ćwiczeń | |  |  |
| monitorowanie tętna w czasie prowadzenia rehabilitacji | |  |  |
| obserwacja objawów klinicznych (duszność, ból w klatce piersiowej) w czasie prowadzenia ćwiczeń | |  |  |
| przygotowanie i monitorowanie pacjenta w czasie próby wysiłkowej | |  |  |
| znajomość obciążeń fizycznych stosowanych w rehabilitacji kardiologicznej | |  |  |
| postępowanie z pacjentem z niewydolnością krążenia | |  |  |
| ocena ryzyka stosowania wysiłku w chorobach serca | |  |  |
| prowadzenie ćwiczeń oddechowych | |  |  |
| nauka pozycji ułożeniowych ułatwiających oddychanie | |  |  |
| umiejętność prowadzenia ćwiczeń ogólnokondycyjnych | |  |  |
| prowadzenie dokumentacji fizjoterapeutycznej | |  |  |
| **DATA** | ……………………………………………………………………  *(podpis i pieczęć imienna Opiekuna praktyki z jednostki organizacyjnej, w której praktyka była realizowana)* | | |

**OPIS PRZYPADKU:**

**Praktyki zatwierdził:**

…………..

(*data)*

*………………………………………………………………………*

*podpis i pieczęć imienna Koordynatora praktyk CM w Bydgoszczy*

**V ROK**

**KARTA WERYFIKACJI EFEKTÓW KSZTAŁCENIA**

**PRAKTYKA W ZAKRESIE FIZJOTERAPII KLINICZNEJ**

**ODDZIAŁ KARDIOLOGII**

w*ypełnia Student*

imię i nazwisko Studenta/numer albumu……………………………………………………….

imię i nazwisko Mentora praktyki………………………………………………………………

*Wypełnia Mentor praktyk*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **WIEDZA** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **F.W5.** - metody opisu i interpretacji podstawowych jednostek i zespołów chorobowych w stopniu umożliwiającym racjonalne stosowanie środków fizjoterapii i planowanie fizjoterapii |  |  |
| **F.W8.** - zasady działania wyrobów medycznych stosowanych w rehabilitacji |  |  |
| **F.W12.** - rolę fizjoterapeuty w procesie kompleksowej rehabilitacji i innych specjalistów w zespole terapeutycznym; |  |  |
| **UMIEJĘTNOŚCI** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **F.U3.** - tworzyć, weryfikować i modyfikować programy usprawniania osób z różnymi dysfunkcjami układu ruchu i innych narządów oraz układów, stosownie do ich stanu klinicznego i funkcjonalnego, oraz celów kompleksowej rehabilitacji; |  |  |
| **F.U4.** - wykazać specjalistyczne umiejętności ruchowe z zakresu wybranych form aktywności fizycznej; |  |  |
| **F.U5.** - dobierać wyroby medyczne stosownie do rodzaju dysfunkcji i potrzeb pacjenta na każdym etapie rehabilitacji |  |  |
| **F.U6.** - zastosować wyroby medyczne oraz poinstruować pacjenta, jak z nich korzystać |  |  |
| **F.U7.** - wykorzystywać i obsługiwać aparaturę, sprzęt do fizjoterapii i sprzęt do badań funkcjonalnych oraz przygotować stanowisko pracy |  |  |
| **F.U8.** - pracować w zespole interdyscyplinarnym zapewniającym ciągłość opieki nad pacjentem oraz komunikować się z innymi członkami zespołu, z pacjentem i jego rodziną |  |  |
| **F.U11.** -określić zakres swoich kompetencji zawodowych i współpracować z przedstawicielami innych zawodów medycznych; |  |  |
| **F.U14.** -aktywnie uczestniczyć w pracach zespołu terapeutycznego; |  |  |
| **F.U17.** -przestrzegać praw pacjenta; |  |  |
| **F.U18.** - nawiązać relację z pacjentem i współpracownikami opartą na wzajemnym zaufaniu i szacunku. |  |  |
| **KOMPETENCJE SPOŁECZNE** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **K1.** – nawiązania i utrzymania pełnego szacunku kontaktu z pacjentem, a także okazywania zrozumienia dla różnic światopoglądowych i kulturowych |  |  |
| **K5. –** dostrzegania i rozpoznawania własnych ograniczeń, dokonywania samooceny deficytów i potrzeb edukacyjnych |  |  |
| **K6.** – korzystania z obiektywnych źródeł informacji |  |  |
| **K8. –** formułowania opinii dotyczących różnych aspektów działalności zawodowej |  |  |

*data, podpis i pieczątka Opiekuna praktyk*……………………………………………………

**V ROK**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ZAKRES PRAKTYKI** | **Praktyka w zakresie fizjoterapii klinicznej**  **ODDZIAŁ REUMATOLOGII**  Cel kształcenia: nabycie umiejętności w zakresie postępowania fizjoterapeutycznego u pacjentów ze schorzeniami reumatycznymi | | |
| **MIEJSCE PRAKTYKI** | …………………………………………………………………………  *(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)* | | |
| **CZAS TRWANIA** | IX semestr (praktyka śródroczna) | | |
| **ILOŚĆ GODZIN** | 30 | | |
| **ZAKRES CZYNNOŚCI I WYKAZ NABYTYCH UMIEJĘTNOŚCI** | | **DATA** | **PODPIS** |
| badanie funkcjonalne pacjenta z chorobami reumatycznymi | |  |  |
| ocena ruchomości w stawach kończyn dolnych | |  |  |
| ocena ruchomości w stawach kończyn górnych | |  |  |
| ocena ruchomości kręgosłupa w odcinku szyjnym | |  |  |
| ocena ruchomości kręgosłupa w odcinku piersiowym | |  |  |
| ocena ruchomości kręgosłupa w odcinku lędźwiowym | |  |  |
| wykonanie ćwiczeń w odciążeniu kończyn górnych | |  |  |
| wykonanie ćwiczeń w odciążeniu kończyn dolnych | |  |  |
| wykonanie wyciągu na przykurczone mięśnie | |  |  |
| dopasowanie pomocy ortopedycznych w dysfunkcjach narządu ruchu | |  |  |
| dopasowanie ortez w dysfunkcjach narządu ruchu | |  |  |
| zaplanowanie zabiegów fizykalnych u pacjentów z chorobami reumatycznymi | |  |  |
| zaplanowanie i przeprowadzenie kinezyterapii u chorego z ZZSK | |  |  |
| zaplanowanie i przeprowadzenie kinezyterapii u chorego z RZS | |  |  |
| zaplanowanie i przeprowadzenie kinezyterapii u chorego z osteoporozą | |  |  |
| zaplanowanie i przeprowadzenie kinezyterapii u chorego z kolagenozą | |  |  |
| ocena wyników leczenia fizjoterapeutycznego | |  |  |
| prowadzenie dokumentacji fizjoterapeutycznej | |  |  |
| **DATA** | …………………………………………………………………………  *(podpis i pieczęć imienna Opiekuna praktyki z jednostki organizacyjnej, w której praktyka była realizowana)* | | |

**OPIS PRZYPADKU:**

**Praktyki zatwierdził:**

…………..

*data*

………………………………………………………………………

*podpis i pieczęć imienna Koordynatora praktyk – CM w Bydgoszczy*

**KARTA WERYFIKACJI EFEKTÓW KSZTAŁCENIA**

**PRAKTYKA W ZAKRESIE FIZJOTERAPII KLINICZNEJ ODDZIAŁ REUMATOLOGII**

w*ypełnia Student*

imię i nazwisko Studenta/numer albumu……………………………………………………….

imię i nazwisko Mentora praktyki………………………………………………………………

*Wypełnia Mentor praktyk*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **WIEDZA** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **F.W5.** - metody opisu i interpretacji podstawowych jednostek i zespołów chorobowych w stopniu umożliwiającym racjonalne stosowanie środków fizjoterapii i planowanie fizjoterapii |  |  |
| **F.W8.** - zasady działania wyrobów medycznych stosowanych w rehabilitacji |  |  |
| **F.W12.** - rolę fizjoterapeuty w procesie kompleksowej rehabilitacji i innych specjalistów w zespole terapeutycznym; |  |  |
| **UMIEJĘTNOŚCI** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **F.U3.** - tworzyć, weryfikować i modyfikować programy usprawniania osób z różnymi dysfunkcjami układu ruchu i innych narządów oraz układów, stosownie do ich stanu klinicznego i funkcjonalnego, oraz celów kompleksowej rehabilitacji; |  |  |
| **F.U4.** - wykazać specjalistyczne umiejętności ruchowe z zakresu wybranych form aktywności fizycznej; |  |  |
| **F.U5.** - dobierać wyroby medyczne stosownie do rodzaju dysfunkcji i potrzeb pacjenta na każdym etapie rehabilitacji |  |  |
| **F.U6.** - zastosować wyroby medyczne oraz poinstruować pacjenta, jak z nich korzystać |  |  |
| **F.U7.** - wykorzystywać i obsługiwać aparaturę, sprzęt do fizjoterapii i sprzęt do badań funkcjonalnych oraz przygotować stanowisko pracy |  |  |
| **F.U8.** - pracować w zespole interdyscyplinarnym zapewniającym ciągłość opieki nad pacjentem oraz komunikować się z innymi członkami zespołu, z pacjentem i jego rodziną |  |  |
| **F.U11.** -określić zakres swoich kompetencji zawodowych i współpracować z przedstawicielami innych zawodów medycznych; |  |  |
| **F.U14.** -aktywnie uczestniczyć w pracach zespołu terapeutycznego; |  |  |
| **F.U17.** -przestrzegać praw pacjenta; |  |  |
| **F.U18.** - nawiązać relację z pacjentem i współpracownikami opartą na wzajemnym zaufaniu i szacunku. |  |  |
| **KOMPETENCJE SPOŁECZNE** | ZALICZENIE | |
| TAK | NIE |
| **K1.** – nawiązania i utrzymania pełnego szacunku kontaktu z pacjentem, a także okazywania zrozumienia dla różnic światopoglądowych i kulturowych |  |  |
| **K5. –** dostrzegania i rozpoznawania własnych ograniczeń, dokonywania samooceny deficytów i potrzeb edukacyjnych |  |  |
| **K6.** – korzystania z obiektywnych źródeł informacji |  |  |
| **K8. –** formułowania opinii dotyczących różnych aspektów działalności zawodowej |  |  |

*data, podpis i pieczątka Opiekuna praktyk*……………………………………………………