

**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

**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: 1620 godzin (60 ECTS), w tym:
	* **Praktyka wakacyjna kliniczna** - 50 godzin (2 ECTS);
	* **Praktyka w zakresie fizjoterapii klinicznej** - 180 godzin (6 ECTS).
	* **Praktyka w pracowni kinezyterapii** - 210 (7 ECTS);
	* **Praktyka w pracowni fizykoterapii** - 210 godzin (7 ECTS)
	* **PRAKTYKA FIZJOTERPEUTYCZNA** – 960 GODZIN (38 ECTS)

1. Szczegółowy harmonogram praktyk

**ROK PIERWSZY**

**1. Praktyka wakacyjna kliniczna** (pielęgniarska) na wybranym oddziale szpitalnym (ortopedia, chirurgia, pediatria, neurologia – do wyboru) - 50 godzin.

**ROK DRUGI**

1. **Praktyka śródroczna - praktyka w zakresie fizjoterapii klinicznej** - 60 godzin, w tym:
	* Oddział Rehabilitacji - 10 godzin;
	* Oddział Chorób Wewnętrznych - 20 godzin;
	* Oddział Reumatologii - 10 godzin;
	* Oddział Kardiologii - 20 godzin.
2. **Praktyka wakacyjna w pracowni kinezyterapii -** 30 godzin.
3. **Praktyka wakacyjna w pracowni fizykoterapii** - 30 godzin.

**ROK TRZECI**

1. **Praktyka śródroczna w pracowni fizykoterapii** - 30 godzin.
2. **Praktyka śródroczna w pracowni kinezyterapii –** 30 godzin.
3. **Praktyka śródroczna - praktyka w zakresie fizjoterapii klinicznej** - 60 godzin, w tym:
	* Oddział Rehabilitacji - 20 godzin;
	* Oddział Intensywnej Terapii - 10 godzin;
	* Oddział Chirurgii – 10 godzin;
	* Oddziała Neurologii – 20 godzin;
4. **Praktyka wakacyjna w pracowni kinezyterapii -** 60 godzin.
5. **Praktyka wakacyjna w pracowni fizykoterapii** - 60 godzin.

**ROK CZWARTY**

1. **Praktyka śródroczna w pracowni fizykoterapii** - 30 godzin.
2. **Praktyka śródroczna w pracowni kinezyterapii –** 30 godzin.
3. **Praktyka śródroczna - praktyka w zakresie fizjoterapii klinicznej** - 60 godzin, w tym:
	* Oddział Rehabilitacji - 20 godzin;
	* Oddział Neurochirurgii - 10 godzin;
	* Oddział Ortopedii – 20 godzin;
	* Oddział Pediatrii – 10 godzin.
4. **Praktyka wakacyjna w pracowni kinezyterapii -** 60 godzin.
5. **Praktyka wakacyjna w pracowni fizykoterapii** - 60 godzin.

**ROK PIĄTY**

1. **PRAKTYKA FIZJOTERAPEUTYCZNA** - Fizjoterapia kliniczna w dysfunkcjach układu ruchu; Fizjoterapia w chorobach wewnętrznych; Fizjoterapia w wieku rozwojowym (DO WYBORU) – 960 godzin

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

  *(podpis Studenta)*

## I ROK

|  |  |
| --- | --- |
| **ZAKRES PRAKTYKI**  | **PRAKTYKA WAKACYJNA KLINICZNA (PIELĘGNIARSKA)** **oddziały: 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**  | 50  |
| **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 WAKACYJNA (PIELĘGNIARSKA) NA WYBRANYM ODDZIALE**

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

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

*Wypełnia Mentor praktyk*

|  |  |
| --- | --- |
| **WIEDZA**  | ZALICZENIE  |
| TAK  | NIE  |
| **K\_W03 -**  wyjaśnia wpływ środowiska na organizm człowieka  |   |   |
| **K\_W08 -** opisuje narzędzia diagnostyczne i metody oceny pacjenta dla potrzeb fizjoterapii  |   |   |

|  |  |
| --- | --- |
| **UMIEJĘTNOŚCI**  | ZALICZENIE  |
| TAK  | NIE  |
| **K\_U14 -** przeprowadza badania funkcjonalne i aparaturowe niezbędne dla doboru środków fizjoterapii |   |   |
| **K\_U22** - podejmuje działania ukierunkowane na edukację zdrowotną i promocję zdrowia  |   |   |

|  |  |
| --- | --- |
| **KOMPETENCJE SPOŁECZNE**  | ZALICZENIE  |
| TAK  | NIE  |
| **K\_K01** - wie, kiedy zwrócić się o pomoc do ekspertów, będąc świadomy własnych ograniczeń  |   |   |
| **K\_K02 -** okazuje szacunek dla pacjentów i dba o ich dobro  |   |   |
| **K\_K03** - okazuje dbałość o prestiż związany z wykonywanym zawodem i właściwie pojętą solidarność zawodową  |   |   |
| **K\_K04 -** współpracuje w zespole wielodyscyplinarnym, w celu zapewnienia ciągłości opieki nad pacjentem oraz bezpieczeństwa wszystkich uczestników zespołu |   |   |

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

**II 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**  |  III semestr (praktyka śródroczna)  |
| **ILOŚĆ GODZIN**  |  10  |
| **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  |
| **K\_W08** - opisuje narzędzia i zasady oceny stanu pacjenta dla potrzeb fizjoterapii  |   |   |
| **K\_W09** - opisuje międzynarodową klasyfikację funkcjonalności (ICF).  |   |   |
| **K\_W10** - wymienia wskazania, przeciwwskazania i skutki uboczne zabiegów fizjoterapeutycznych |   |   |
| **UMIEJĘTNOŚCI**  | ZALICZENIE  |
| TAK  | NIE  |
| **K\_U13** - obsługuje aparaturę do fizykoterapii, sprzęt do kinezyterapii i badań funkcjonalnych  |   |   |
| **K\_U14** - przeprowadza badania funkcjonalne i aparaturowe niezbędne dla doboru środków fizjoterapii  |   |   |
| **K\_U15** - wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując wiedzę z zakresu budowy anatomicznej oraz funkcjonowania poszczególnych układów i narządów organizmu człowieka  |   |   |
| **K\_U16** - wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując znajomość patogenezy i objawów klinicznych określonych jednostek chorobowych  |   |   |
| **K\_U17**- interpretuje wskazania, przeciwwskazania oraz skutki uboczne stosowanego postępowania fizjoterapeutycznego  |   |   |
| **K\_U19 -** wykonuje odpowiednie procedury związane z pracą fizjoterapeuty w odniesieniu do dziedzin klinicznych |   |   |
| **K\_U21**- opracowuje i korzysta z dokumentacji medycznej w zakresie niezbędnym w pracy fizjoterapeuty  |   |   |
| **K\_U37** - współpracuje z interdyscyplinarnym zespołem specjalistów |   |   |
| **K\_U38** - identyfikuje błędy i zaniedbania w praktyce  |   |   |
| **K\_U39** - pełni rolę przywódczą w zespole realizującym zadania zawodowe  |   |   |
| **KOMPETENCJE SPOŁECZNE**  | ZALICZENIE  |
| TAK  | NIE  |
| **K\_K01** - wie, kiedy zwrócić się o pomoc do ekspertów, będąc świadomy własnych ograniczeń  |   |   |
| **K\_K02 -** okazuje szacunek dla pacjentów i dba o ich dobro  |   |   |
| **K\_K03** - okazuje dbałość o prestiż związany z wykonywanym zawodem i właściwie pojętą solidarność zawodową  |   |   |
| **K\_K04 -** współpracuje w zespole wielodyscyplinarnym, w celu zapewnienia ciągłości opieki nad pacjentem oraz bezpieczeństwa wszystkich uczestników zespołu |   |   |

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

**II ROK**

|  |  |
| --- | --- |
| **ZAKRES PRAKTYKI**  | **Praktyka w zakresie fizjoterapii klinicznej** **ODDZIAŁ CHORÓB WEWNĘTRZNYCH** Cel kształcenia: nabycie umiejętności postępowania fizjoterapeutycznego w schorzeniach narządów wewnętrznych  |
| **MIEJSCE PRAKTYKI**  |  ………………………………………………………………………… *( pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)* |
| **CZAS TRWANIA**  | III semestr (praktyka śródroczna)  |
| **ILOŚĆ GODZIN**  | 20  |
| **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 u  |  |  |
| 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 CHORÓB WEWNĘTRZNYCH

w*ypełnia Student*

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

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

*Wypełnia Mentor praktyk*

|  |  |
| --- | --- |
| **WIEDZA**  | ZALICZENIE  |
| TAK  | NIE  |
| **K\_W08** - opisuje narzędzia i zasady oceny stanu pacjenta dla potrzeb fizjoterapii  |   |   |
| **K\_W09** - opisuje międzynarodową klasyfikację funkcjonalności (ICF).  |   |   |
| **K\_W10** - wymienia wskazania, przeciwwskazania i skutki uboczne zabiegów fizjoterapeutycznych |   |   |
| **UMIEJĘTNOŚCI**  | ZALICZENIE  |
| TAK  | NIE  |
| **K\_U13** - obsługuje aparaturę do fizykoterapii, sprzęt do kinezyterapii i badań funkcjonalnych  |   |   |
| **K\_U14** - przeprowadza badania funkcjonalne i aparaturowe niezbędne dla doboru środków fizjoterapii  |   |   |
| **K\_U15** - wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując wiedzę z zakresu budowy anatomicznej oraz funkcjonowania poszczególnych układów i narządów organizmu człowieka  |   |   |
| **K\_U16** - wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując znajomość patogenezy i objawów klinicznych określonych jednostek chorobowych  |   |   |
| **K\_U17**- interpretuje wskazania, przeciwwskazania oraz skutki uboczne stosowanego postępowania fizjoterapeutycznego  |   |   |
| **K\_U19 -** wykonuje odpowiednie procedury związane z pracą fizjoterapeuty w odniesieniu do dziedzin klinicznych |   |   |
| **K\_U21**- opracowuje i korzysta z dokumentacji medycznej w zakresie niezbędnym w pracy fizjoterapeuty  |   |   |
| **K\_U37** - współpracuje z interdyscyplinarnym zespołem specjalistów |   |   |
| **K\_U38** - identyfikuje błędy i zaniedbania w praktyce  |   |   |
| **K\_U39** - pełni rolę przywódczą w zespole realizującym zadania zawodowe  |   |   |
| **KOMPETENCJE SPOŁECZNE**  | ZALICZENIE  |
| TAK  | NIE  |
| **K\_K01** - wie, kiedy zwrócić się o pomoc do ekspertów, będąc świadomy własnych ograniczeń  |   |   |
| **K\_K02 -** okazuje szacunek dla pacjentów i dba o ich dobro  |   |   |
| **K\_K03** - okazuje dbałość o prestiż związany z wykonywanym zawodem i właściwie pojętą solidarność zawodową  |   |   |
| **K\_K04 -** współpracuje w zespole wielodyscyplinarnym, w celu zapewnienia ciągłości opieki nad pacjentem oraz bezpieczeństwa wszystkich uczestników zespołu |   |   |

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

 **II 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**  | IV 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  |
| **K\_W08** - opisuje narzędzia i zasady oceny stanu pacjenta dla potrzeb fizjoterapii  |   |   |
| **K\_W09** - opisuje międzynarodową klasyfikację funkcjonalności (ICF).  |   |   |
| **K\_W10** - wymienia wskazania, przeciwwskazania i skutki uboczne zabiegów fizjoterapeutycznych |   |   |
| **UMIEJĘTNOŚCI**  | ZALICZENIE  |
| TAK  | NIE  |
| **K\_U13** - obsługuje aparaturę do fizykoterapii, sprzęt do kinezyterapii i badań funkcjonalnych  |   |   |
| **K\_U14** - przeprowadza badania funkcjonalne i aparaturowe niezbędne dla doboru środków fizjoterapii  |   |   |
| **K\_U15** - wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując wiedzę z zakresu budowy anatomicznej oraz funkcjonowania poszczególnych układów i narządów organizmu człowieka  |   |   |
| **K\_U16** - wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując znajomość patogenezy i objawów klinicznych określonych jednostek chorobowych  |   |   |
| **K\_U17**- interpretuje wskazania, przeciwwskazania oraz skutki uboczne stosowanego postępowania fizjoterapeutycznego  |   |   |
| **K\_U19 -** wykonuje odpowiednie procedury związane z pracą fizjoterapeuty w odniesieniu do dziedzin klinicznych |   |   |
| **K\_U21**- opracowuje i korzysta z dokumentacji medycznej w zakresie niezbędnym w pracy fizjoterapeuty  |   |   |
| **K\_U37** - współpracuje z interdyscyplinarnym zespołem specjalistów |   |   |
| **K\_U38** - identyfikuje błędy i zaniedbania w praktyce  |   |   |
| **K\_U39** - pełni rolę przywódczą w zespole realizującym zadania zawodowe  |   |   |
| **KOMPETENCJE SPOŁECZNE**  | ZALICZENIE  |
| TAK  | NIE  |
| **K\_K01** - wie, kiedy zwrócić się o pomoc do ekspertów, będąc świadomy własnych ograniczeń  |   |   |
| **K\_K02 -** okazuje szacunek dla pacjentów i dba o ich dobro  |   |   |
| **K\_K03** - okazuje dbałość o prestiż związany z wykonywanym zawodem i właściwie pojętą solidarność zawodową  |   |   |
| **K\_K04 -** współpracuje w zespole wielodyscyplinarnym, w celu zapewnienia ciągłości opieki nad pacjentem oraz bezpieczeństwa wszystkich uczestników zespołu |   |   |

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

**II 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**  | IV semestr (praktyka śródroczna)  |
| **ILOŚĆ GODZIN**  | 20  |
| **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  |
| **K\_W08** - opisuje narzędzia i zasady oceny stanu pacjenta dla potrzeb fizjoterapii  |   |   |
| **K\_W09** - opisuje międzynarodową klasyfikację funkcjonalności (ICF).  |   |   |
| **K\_W10** - wymienia wskazania, przeciwwskazania i skutki uboczne zabiegów fizjoterapeutycznych |   |   |
| **UMIEJĘTNOŚCI**  | ZALICZENIE  |
| TAK  | NIE  |
| **K\_U13** - obsługuje aparaturę do fizykoterapii, sprzęt do kinezyterapii i badań funkcjonalnych  |   |   |
| **K\_U14** - przeprowadza badania funkcjonalne i aparaturowe niezbędne dla doboru środków fizjoterapii  |   |   |
| **K\_U15** - wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując wiedzę z zakresu budowy anatomicznej oraz funkcjonowania poszczególnych układów i narządów organizmu człowieka  |   |   |
| **K\_U16** - wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując znajomość patogenezy i objawów klinicznych określonych jednostek chorobowych  |   |   |
| **K\_U17**- interpretuje wskazania, przeciwwskazania oraz skutki uboczne stosowanego postępowania fizjoterapeutycznego  |   |   |
| **K\_U19 -** wykonuje odpowiednie procedury związane z pracą fizjoterapeuty w odniesieniu do dziedzin klinicznych |   |   |
| **K\_U21**- opracowuje i korzysta z dokumentacji medycznej w zakresie niezbędnym w pracy fizjoterapeuty  |   |   |
| **K\_U37** - współpracuje z interdyscyplinarnym zespołem specjalistów |   |   |
| **K\_U38** - identyfikuje błędy i zaniedbania w praktyce  |   |   |
| **K\_U39** - pełni rolę przywódczą w zespole realizującym zadania zawodowe  |   |   |
| **KOMPETENCJE SPOŁECZNE**  | ZALICZENIE  |
| TAK  | NIE  |
| **K\_K01** - wie, kiedy zwrócić się o pomoc do ekspertów, będąc świadomy własnych ograniczeń  |   |   |
| **K\_K02 -** okazuje szacunek dla pacjentów i dba o ich dobro  |   |   |
| **K\_K03** - okazuje dbałość o prestiż związany z wykonywanym zawodem i właściwie pojętą solidarność zawodową  |   |   |
| **K\_K04 -** współpracuje w zespole wielodyscyplinarnym, w celu zapewnienia ciągłości opieki nad pacjentem oraz bezpieczeństwa wszystkich uczestników zespołu |   |   |

*data, podpis i pieczątka 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**  |  (praktyka wakacyjna)  |
| **ILOŚĆ GODZIN**  | 30  |
| **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  |
| **K\_W08** - opisuje narzędzia i zasady oceny stanu pacjenta dla potrzeb fizjoterapii  |   |   |
| **K\_W09** - opisuje międzynarodową klasyfikację funkcjonalności (ICF).  |   |   |
| **K\_W10** - wymienia wskazania, przeciwwskazania i skutki uboczne zabiegów fizjoterapeutycznych |   |   |
| **UMIEJĘTNOŚCI**  | ZALICZENIE  |
| TAK  | NIE  |
| **K\_U13** - obsługuje aparaturę do fizykoterapii, sprzęt do kinezyterapii i badań funkcjonalnych  |   |   |
| **K\_U14** - przeprowadza badania funkcjonalne i aparaturowe niezbędne dla doboru środków fizjoterapii  |   |   |
| **K\_U15** - wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując wiedzę z zakresu budowy anatomicznej oraz funkcjonowania poszczególnych układów i narządów organizmu człowieka  |   |   |
| **K\_U16** - wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując znajomość patogenezy i objawów klinicznych określonych jednostek chorobowych  |   |   |
| **K\_U17**- interpretuje wskazania, przeciwwskazania oraz skutki uboczne stosowanego postępowania fizjoterapeutycznego  |   |   |
| **K\_U19 -** wykonuje odpowiednie procedury związane z pracą fizjoterapeuty w odniesieniu do dziedzin klinicznych |   |   |
| **K\_U21**- opracowuje i korzysta z dokumentacji medycznej w zakresie niezbędnym w pracy fizjoterapeuty  |   |   |
| **K\_U37** - współpracuje z interdyscyplinarnym zespołem specjalistów |   |   |
| **K\_U38** - identyfikuje błędy i zaniedbania w praktyce  |   |   |
| **K\_U39** - pełni rolę przywódczą w zespole realizującym zadania zawodowe  |   |   |
| **KOMPETENCJE SPOŁECZNE**  | ZALICZENIE  |
| TAK  | NIE  |
| **K\_K01** - wie, kiedy zwrócić się o pomoc do ekspertów, będąc świadomy własnych ograniczeń  |   |   |
| **K\_K02 -** okazuje szacunek dla pacjentów i dba o ich dobro  |   |   |
| **K\_K03** - okazuje dbałość o prestiż związany z wykonywanym zawodem i właściwie pojętą solidarność zawodową  |   |   |
| **K\_K04 -** współpracuje w zespole wielodyscyplinarnym, w celu zapewnienia ciągłości opieki nad pacjentem oraz bezpieczeństwa wszystkich uczestników zespołu |   |   |

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

**ROK II**

|  |  |
| --- | --- |
| **ZAKRES PRAKTYKI**  | **PRAKTYKA WAKACYJNA** **PRACOWNA FIZYKOTERAPII** Cel kształcenia: nabycie umiejętności praktycznych w zakresie fizykoterapii |
| **MIEJSCE PRAKTYKI**  | *…………………………………………………………………………* *( pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)* |
| **CZAS TRWANIA**  |  (praktyka wakacyjna)  |
| **ILOŚĆ GODZIN**  | 30  |
| **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.  |  |  |
| **DATA**  | …………………………………………………………………… *(podpis i pieczęć imienna Opiekuna praktyki z jednostki organizacyjnej, w której praktyka była realizowana)* |

**ROK II**

## KARTA WERYFIKACJI EFEKTÓW KSZTAŁCENIA PRAKTYKA WAKACYJNA - PRACOWNIA FIZYKOTERAPII

w*ypełnia Student*

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

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

*Wypełnia Mentor praktyk*

|  |  |
| --- | --- |
| **WIEDZA**  | ZALICZENIE  |
| TAK  | NIE  |
| **K\_W08** - opisuje narzędzia i zasady oceny stanu pacjenta dla potrzeb fizjoterapii  |   |   |
| **K\_W09** - opisuje międzynarodową klasyfikację funkcjonalności (ICF).  |   |   |
| **K\_W10** - wymienia wskazania, przeciwwskazania i skutki uboczne zabiegów fizjoterapeutycznych |   |   |
| **UMIEJĘTNOŚCI**  | ZALICZENIE  |
| TAK  | NIE  |
| **K\_U13** - obsługuje aparaturę do fizykoterapii, sprzęt do kinezyterapii i badań funkcjonalnych  |   |   |
| **K\_U14** - przeprowadza badania funkcjonalne i aparaturowe niezbędne dla doboru środków fizjoterapii  |   |   |
| **K\_U15** - wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując wiedzę z zakresu budowy anatomicznej oraz funkcjonowania poszczególnych układów i narządów organizmu człowieka  |   |   |
| **K\_U16** - wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując znajomość patogenezy i objawów klinicznych określonych jednostek chorobowych  |   |   |
| **K\_U17**- interpretuje wskazania, przeciwwskazania oraz skutki uboczne stosowanego postępowania fizjoterapeutycznego  |   |   |
| **K\_U19 -** wykonuje odpowiednie procedury związane z pracą fizjoterapeuty w odniesieniu do dziedzin klinicznych |   |   |
| **K\_U21**- opracowuje i korzysta z dokumentacji medycznej w zakresie niezbędnym w pracy fizjoterapeuty  |   |   |
| **K\_U37** - współpracuje z interdyscyplinarnym zespołem specjalistów |   |   |
| **K\_U38** - identyfikuje błędy i zaniedbania w praktyce  |   |   |
| **K\_U39** - pełni rolę przywódczą w zespole realizującym zadania zawodowe  |   |   |
| **KOMPETENCJE SPOŁECZNE**  | ZALICZENIE  |
| TAK  | NIE  |
| **K\_K01** - wie, kiedy zwrócić się o pomoc do ekspertów, będąc świadomy własnych ograniczeń  |   |   |
| **K\_K02 -** okazuje szacunek dla pacjentów i dba o ich dobro  |   |   |
| **K\_K03** - okazuje dbałość o prestiż związany z wykonywanym zawodem i właściwie pojętą solidarność zawodową  |   |   |
| **K\_K04 -** współpracuje w zespole wielodyscyplinarnym, w celu zapewnienia ciągłości opieki nad pacjentem oraz bezpieczeństwa wszystkich uczestników zespołu |   |   |

 *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**  |  20  |
| **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 Bydgoszcz*

**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  |
| **K\_W08** - opisuje narzędzia i zasady oceny stanu pacjenta dla potrzeb fizjoterapii  |   |   |
| **K\_W09** - opisuje międzynarodową klasyfikację funkcjonalności (ICF).  |   |   |
| **K\_W10** - wymienia wskazania, przeciwwskazania i skutki uboczne zabiegów fizjoterapeutycznych |   |   |
| **UMIEJĘTNOŚCI**  | ZALICZENIE  |
| TAK  | NIE  |
| **K\_U13** - obsługuje aparaturę do fizykoterapii, sprzęt do kinezyterapii i badań funkcjonalnych  |   |   |
| **K\_U14** - przeprowadza badania funkcjonalne i aparaturowe niezbędne dla doboru środków fizjoterapii  |   |   |
| **K\_U15** - wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując wiedzę z zakresu budowy anatomicznej oraz funkcjonowania poszczególnych układów i narządów organizmu człowieka  |   |   |
| **K\_U16** - wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując znajomość patogenezy i objawów klinicznych określonych jednostek chorobowych  |   |   |
| **K\_U17**- interpretuje wskazania, przeciwwskazania oraz skutki uboczne stosowanego postępowania fizjoterapeutycznego  |   |   |
| **K\_U19 -** wykonuje odpowiednie procedury związane z pracą fizjoterapeuty w odniesieniu do dziedzin klinicznych |   |   |
| **K\_U21**- opracowuje i korzysta z dokumentacji medycznej w zakresie niezbędnym w pracy fizjoterapeuty  |   |   |
| **K\_U37** - współpracuje z interdyscyplinarnym zespołem specjalistów |   |   |
| **K\_U38** - identyfikuje błędy i zaniedbania w praktyce  |   |   |
| **K\_U39** - pełni rolę przywódczą w zespole realizującym zadania zawodowe  |   |   |
| **KOMPETENCJE SPOŁECZNE**  | ZALICZENIE  |
| TAK  | NIE  |
| **K\_K01** - wie, kiedy zwrócić się o pomoc do ekspertów, będąc świadomy własnych ograniczeń  |   |   |
| **K\_K02 -** okazuje szacunek dla pacjentów i dba o ich dobro  |   |   |
| **K\_K03** - okazuje dbałość o prestiż związany z wykonywanym zawodem i właściwie pojętą solidarność zawodową  |   |   |
| **K\_K04 -** współpracuje w zespole wielodyscyplinarnym, w celu zapewnienia ciągłości opieki nad pacjentem oraz bezpieczeństwa wszystkich uczestników zespołu |   |   |

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

**III 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**  | V 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*

**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  |
| **K\_W08** - opisuje narzędzia i zasady oceny stanu pacjenta dla potrzeb fizjoterapii  |   |   |
| **K\_W09** - opisuje międzynarodową klasyfikację funkcjonalności (ICF).  |   |   |
| **K\_W10** - wymienia wskazania, przeciwwskazania i skutki uboczne zabiegów fizjoterapeutycznych |   |   |
| **UMIEJĘTNOŚCI**  | ZALICZENIE  |
| TAK  | NIE  |
| **K\_U13** - obsługuje aparaturę do fizykoterapii, sprzęt do kinezyterapii i badań funkcjonalnych  |   |   |
| **K\_U14** - przeprowadza badania funkcjonalne i aparaturowe niezbędne dla doboru środków fizjoterapii  |   |   |
| **K\_U15** - wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując wiedzę z zakresu budowy anatomicznej oraz funkcjonowania poszczególnych układów i narządów organizmu człowieka  |   |   |
| **K\_U16** - wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując znajomość patogenezy i objawów klinicznych określonych jednostek chorobowych  |   |   |
| **K\_U17**- interpretuje wskazania, przeciwwskazania oraz skutki uboczne stosowanego postępowania fizjoterapeutycznego  |   |   |
| **K\_U19 -** wykonuje odpowiednie procedury związane z pracą fizjoterapeuty w odniesieniu do dziedzin klinicznych |   |   |
| **K\_U21**- opracowuje i korzysta z dokumentacji medycznej w zakresie niezbędnym w pracy fizjoterapeuty  |   |   |
| **K\_U37** - współpracuje z interdyscyplinarnym zespołem specjalistów |   |   |
| **K\_U38** - identyfikuje błędy i zaniedbania w praktyce  |   |   |
| **K\_U39** - pełni rolę przywódczą w zespole realizującym zadania zawodowe  |   |   |
| **KOMPETENCJE SPOŁECZNE**  | ZALICZENIE  |
| TAK  | NIE  |
| **K\_K01** - wie, kiedy zwrócić się o pomoc do ekspertów, będąc świadomy własnych ograniczeń  |   |   |
| **K\_K02 -** okazuje szacunek dla pacjentów i dba o ich dobro  |   |   |
| **K\_K03** - okazuje dbałość o prestiż związany z wykonywanym zawodem i właściwie pojętą solidarność zawodową  |   |   |
| **K\_K04 -** współpracuje w zespole wielodyscyplinarnym, w celu zapewnienia ciągłości opieki nad pacjentem oraz bezpieczeństwa wszystkich uczestników zespołu |   |   |

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

**III 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**  | VI semestr (praktyka śródroczna)  |
| **ILOŚĆ GODZIN**  | 10  |
| **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*

**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  |
| **K\_W08** - opisuje narzędzia i zasady oceny stanu pacjenta dla potrzeb fizjoterapii  |   |   |
| **K\_W09** - opisuje międzynarodową klasyfikację funkcjonalności (ICF).  |   |   |
| **K\_W10** - wymienia wskazania, przeciwwskazania i skutki uboczne zabiegów fizjoterapeutycznych |   |   |
| **UMIEJĘTNOŚCI**  | ZALICZENIE  |
| TAK  | NIE  |
| **K\_U13** - obsługuje aparaturę do fizykoterapii, sprzęt do kinezyterapii i badań funkcjonalnych  |   |   |
| **K\_U14** - przeprowadza badania funkcjonalne i aparaturowe niezbędne dla doboru środków fizjoterapii  |   |   |
| **K\_U15** - wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując wiedzę z zakresu budowy anatomicznej oraz funkcjonowania poszczególnych układów i narządów organizmu człowieka  |   |   |
| **K\_U16** - wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując znajomość patogenezy i objawów klinicznych określonych jednostek chorobowych  |   |   |
| **K\_U17**- interpretuje wskazania, przeciwwskazania oraz skutki uboczne stosowanego postępowania fizjoterapeutycznego  |   |   |
| **K\_U19 -** wykonuje odpowiednie procedury związane z pracą fizjoterapeuty w odniesieniu do dziedzin klinicznych |   |   |
| **K\_U21**- opracowuje i korzysta z dokumentacji medycznej w zakresie niezbędnym w pracy fizjoterapeuty  |   |   |
| **K\_U37** - współpracuje z interdyscyplinarnym zespołem specjalistów |   |   |
| **K\_U38** - identyfikuje błędy i zaniedbania w praktyce  |   |   |
| **K\_U39** - pełni rolę przywódczą w zespole realizującym zadania zawodowe  |   |   |
| **KOMPETENCJE SPOŁECZNE**  | ZALICZENIE  |
| TAK  | NIE  |
| **K\_K01** - wie, kiedy zwrócić się o pomoc do ekspertów, będąc świadomy własnych ograniczeń  |   |   |
| **K\_K02 -** okazuje szacunek dla pacjentów i dba o ich dobro  |   |   |
| **K\_K03** - okazuje dbałość o prestiż związany z wykonywanym zawodem i właściwie pojętą solidarność zawodową  |   |   |
| **K\_K04 -** współpracuje w zespole wielodyscyplinarnym, w celu zapewnienia ciągłości opieki nad pacjentem oraz bezpieczeństwa wszystkich uczestników zespołu |   |   |

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

**III 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**  | VI semestr (praktyka śródroczna)  |
| **ILOŚĆ GODZIN**  | 20  |
| **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*

**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  |
| **K\_W08** - opisuje narzędzia i zasady oceny stanu pacjenta dla potrzeb fizjoterapii  |   |   |
| **K\_W09** - opisuje międzynarodową klasyfikację funkcjonalności (ICF).  |   |   |
| **K\_W10** - wymienia wskazania, przeciwwskazania i skutki uboczne zabiegów fizjoterapeutycznych |   |   |
| **UMIEJĘTNOŚCI**  | ZALICZENIE  |
| TAK  | NIE  |
| **K\_U13** - obsługuje aparaturę do fizykoterapii, sprzęt do kinezyterapii i badań funkcjonalnych  |   |   |
| **K\_U14** - przeprowadza badania funkcjonalne i aparaturowe niezbędne dla doboru środków fizjoterapii  |   |   |
| **K\_U15** - wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując wiedzę z zakresu budowy anatomicznej oraz funkcjonowania poszczególnych układów i narządów organizmu człowieka  |   |   |
| **K\_U16** - wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując znajomość patogenezy i objawów klinicznych określonych jednostek chorobowych  |   |   |
| **K\_U17**- interpretuje wskazania, przeciwwskazania oraz skutki uboczne stosowanego postępowania fizjoterapeutycznego  |   |   |
| **K\_U19 -** wykonuje odpowiednie procedury związane z pracą fizjoterapeuty w odniesieniu do dziedzin klinicznych |   |   |
| **K\_U21**- opracowuje i korzysta z dokumentacji medycznej w zakresie niezbędnym w pracy fizjoterapeuty  |   |   |
| **K\_U37** - współpracuje z interdyscyplinarnym zespołem specjalistów |   |   |
| **K\_U38** - identyfikuje błędy i zaniedbania w praktyce  |   |   |
| **K\_U39** - pełni rolę przywódczą w zespole realizującym zadania zawodowe  |   |   |
| **KOMPETENCJE SPOŁECZNE**  | ZALICZENIE  |
| TAK  | NIE  |
| **K\_K01** - wie, kiedy zwrócić się o pomoc do ekspertów, będąc świadomy własnych ograniczeń  |   |   |
| **K\_K02 -** okazuje szacunek dla pacjentów i dba o ich dobro  |   |   |
| **K\_K03** - okazuje dbałość o prestiż związany z wykonywanym zawodem i właściwie pojętą solidarność zawodową  |   |   |
| **K\_K04 -** współpracuje w zespole wielodyscyplinarnym, w celu zapewnienia ciągłości opieki nad pacjentem oraz bezpieczeństwa wszystkich uczestników zespołu |   |   |

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

**III ROK**

|  |  |
| --- | --- |
| **ZAKRES PRAKTYKI**  | **PRAKTYKA ŚRÓDROCZNA** **PRACOWNIA KINEZYTERAPII** Cel kształcenia: nabycie umiejętności praktycznych w zakresie kinezyterapii  |
| **MIEJSCE PRAKTYKI**  |  ………………………………………………………………………… *(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)*  |
| **CZAS TRWANIA**  |  V semestr (praktyka śródroczna)  |
| **ILOŚĆ GODZIN**  | 30  |
| **ZAKRES CZYNNOŚCI I WYKAZ NABYTYCH UMIEJĘTNOŚCI:**  | **DATA**  | **PODPIS**  |
| interpretacja skierowania pacjenta do kinezyterapii  |  |  |
| prowadzenie dokumentacji kinezyterapeutycznej  |  |  |
| nawiązanie kontaktu terapeutycznego z chorym  |  |  |
| ocena ogólnej wydolności pacjenta zakwalifikowanego do kinezyterapii  |  |  |
| ocena siły mięśniowej kończyn górnych pacjenta zakwalifikowanego do kinezyterapii  |  |  |
| ocena siły mięśniowej kończyn dolnych pacjenta zakwalifikowanego do kinezyterapii  |  |  |
| ocena siły mięśniowej tułowia, pacjenta zakwalifikowanego do kinezyterapii  |  |  |
| ocena zakresu ruchomości stawów kończyn górnych pacjenta zakwalifikowanego do kinezyterapii  |  |  |
| ocena zakresu ruchomości stawów kończyn dolnych pacjenta zakwalifikowanego do kinezyterapii  |  |  |
| ocena zakresu ruchomości kręgosłupa pacjenta zakwalifikowanego do kinezyterapii  |  |  |
| określenie patologii chodu  |  |  |
| opracowanie planu kinezyterapii  |  |  |
| określenie ryzyka wystąpienia powikłań u chorych podczas prowadzenia kinezyterapii  |  |  |
| określenie potrzeb pacjenta w zakresie kinezyterapii  |  |  |
| planowanie kinezyterapii pacjenta z dysfunkcją narządu ruchu w zakresie kończyn górnych  |  |  |
| planowanie kinezyterapii pacjenta z dysfunkcją narządu ruchu w zakresie kończyn dolnych  |  |  |
| planowanie kinezyterapii pacjenta z dysfunkcją narządu ruchu w zakresie kręgosłupa  |  |  |
| planowanie kinezyterapii pacjenta z zaburzoną koordynacją nerwowo – mięśniową  |  |  |
| planowanie kinezyterapii pacjenta z ograniczona wydolnością układu krążenia  |  |  |
| planowanie kinezyterapii pacjenta z ograniczona wydolnością układu oddechowego  |  |  |
| planowanie pionizacji czynnej pacjenta  |  |  |
| prowadzenie ćwiczeń oddechowych grupowych  |  |  |
| prowadzenie ćwiczeń oddechowych indywidualnych  |  |  |
| prowadzenie ćwiczeń poprawiających równowagę pacjenta  |  |  |
| prowadzenie ćwiczeń chodu o kulach  |  |  |
| prowadzenie ćwiczeń chodu na schodach  |  |  |
| prowadzenie ćwiczeń poprawiających krążenie obwodowe  |  |  |
| prowadzenie dokumentacji pacjenta  |  |  |
| **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 ŚRÓDROCZNA W PRACOWNI KINEZYTERAPII

w*ypełnia Student*

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

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

*Wypełnia Mentor praktyk*

|  |  |
| --- | --- |
| **WIEDZA**  | ZALICZENIE  |
| TAK  | NIE  |
| **K\_W08** - opisuje narzędzia i zasady oceny stanu pacjenta dla potrzeb fizjoterapii  |   |   |
| **K\_W09** - opisuje międzynarodową klasyfikację funkcjonalności (ICF).  |   |   |
| **K\_W10** - wymienia wskazania, przeciwwskazania i skutki uboczne zabiegów fizjoterapeutycznych |   |   |
| **UMIEJĘTNOŚCI**  | ZALICZENIE  |
| TAK  | NIE  |
| **K\_U13** - obsługuje aparaturę do fizykoterapii, sprzęt do kinezyterapii i badań funkcjonalnych  |   |   |
| **K\_U14** - przeprowadza badania funkcjonalne i aparaturowe niezbędne dla doboru środków fizjoterapii  |   |   |
| **K\_U15** - wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując wiedzę z zakresu budowy anatomicznej oraz funkcjonowania poszczególnych układów i narządów organizmu człowieka  |   |   |
| **K\_U16** - wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując znajomość patogenezy i objawów klinicznych określonych jednostek chorobowych  |   |   |
| **K\_U17**- interpretuje wskazania, przeciwwskazania oraz skutki uboczne stosowanego postępowania fizjoterapeutycznego  |   |   |
| **K\_U19 -** wykonuje odpowiednie procedury związane z pracą fizjoterapeuty w odniesieniu do dziedzin klinicznych |   |   |
| **K\_U21**- opracowuje i korzysta z dokumentacji medycznej w zakresie niezbędnym w pracy fizjoterapeuty  |   |   |
| **K\_U37** - współpracuje z interdyscyplinarnym zespołem specjalistów |   |   |
| **K\_U38** - identyfikuje błędy i zaniedbania w praktyce  |   |   |
| **K\_U39** - pełni rolę przywódczą w zespole realizującym zadania zawodowe  |   |   |
| **KOMPETENCJE SPOŁECZNE**  | ZALICZENIE  |
| TAK  | NIE  |
| **K\_K01** - wie, kiedy zwrócić się o pomoc do ekspertów, będąc świadomy własnych ograniczeń  |   |   |
| **K\_K02 -** okazuje szacunek dla pacjentów i dba o ich dobro  |   |   |
| **K\_K03** - okazuje dbałość o prestiż związany z wykonywanym zawodem i właściwie pojętą solidarność zawodową  |   |   |
| **K\_K04 -** współpracuje w zespole wielodyscyplinarnym, w celu zapewnienia ciągłości opieki nad pacjentem oraz bezpieczeństwa wszystkich uczestników zespołu |   |   |

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

**III ROK**

|  |  |
| --- | --- |
| **ZAKRES PRAKTYKI**  | **PRAKTYKA ŚRÓDROCZNA W PRACOWNI FIZYKOTERAPII** Cel kształcenia: :nabycie umiejętności praktycznych w zakresie fizykoterapii  |
| **MIEJSCE PRAKTYKI**  |   ………………………………………………………………………… *( pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)*  |
| **CZAS TRWANIA**  |  V semestr (praktyka śródroczna)  |
| **ILOŚĆ GODZIN**  | 30  |
| **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 w zależności od wskazań leczniczych: częstotliwość fali ultradźwiękowej, moc, rodzaj fali, czas, wielkość aplikatura, technika zabiegu.  |  |  |
| **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 ŚRÓDROCZNA W PRACOWNI FIZYKOTERAPII

w*ypełnia Student*

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

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

*Wypełnia Mentor praktyk*

|  |  |
| --- | --- |
| **WIEDZA**  | ZALICZENIE  |
| TAK  | NIE  |
| **K\_W08** - opisuje narzędzia i zasady oceny stanu pacjenta dla potrzeb fizjoterapii  |   |   |
| **K\_W09** - opisuje międzynarodową klasyfikację funkcjonalności (ICF).  |   |   |
| **K\_W10** - wymienia wskazania, przeciwwskazania i skutki uboczne zabiegów fizjoterapeutycznych |   |   |
| **UMIEJĘTNOŚCI**  | ZALICZENIE  |
| TAK  | NIE  |
| **K\_U13** - obsługuje aparaturę do fizykoterapii, sprzęt do kinezyterapii i badań funkcjonalnych  |   |   |
| **K\_U14** - przeprowadza badania funkcjonalne i aparaturowe niezbędne dla doboru środków fizjoterapii  |   |   |
| **K\_U15** - wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując wiedzę z zakresu budowy anatomicznej oraz funkcjonowania poszczególnych układów i narządów organizmu człowieka  |   |   |
| **K\_U16** - wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując znajomość patogenezy i objawów klinicznych określonych jednostek chorobowych  |   |   |
| **K\_U17**- interpretuje wskazania, przeciwwskazania oraz skutki uboczne stosowanego postępowania fizjoterapeutycznego  |   |   |
| **K\_U19 -** wykonuje odpowiednie procedury związane z pracą fizjoterapeuty w odniesieniu do dziedzin klinicznych |   |   |
| **K\_U21**- opracowuje i korzysta z dokumentacji medycznej w zakresie niezbędnym w pracy fizjoterapeuty  |   |   |
| **K\_U37** - współpracuje z interdyscyplinarnym zespołem specjalistów |   |   |
| **K\_U38** - identyfikuje błędy i zaniedbania w praktyce  |   |   |
| **K\_U39** - pełni rolę przywódczą w zespole realizującym zadania zawodowe  |   |   |
| **KOMPETENCJE SPOŁECZNE**  | ZALICZENIE  |
| TAK  | NIE  |
| **K\_K01** - wie, kiedy zwrócić się o pomoc do ekspertów, będąc świadomy własnych ograniczeń  |   |   |
| **K\_K02 -** okazuje szacunek dla pacjentów i dba o ich dobro  |   |   |
| **K\_K03** - okazuje dbałość o prestiż związany z wykonywanym zawodem i właściwie pojętą solidarność zawodową  |   |   |
| **K\_K04 -** współpracuje w zespole wielodyscyplinarnym, w celu zapewnienia ciągłości opieki nad pacjentem oraz bezpieczeństwa wszystkich uczestników zespołu |   |   |

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

**III 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**  |  (praktyka wakacyjna)  |
| **ILOŚĆ GODZIN**  | 30  |
| **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  |
| **K\_W08** - opisuje narzędzia i zasady oceny stanu pacjenta dla potrzeb fizjoterapii  |   |   |
| **K\_W09** - opisuje międzynarodową klasyfikację funkcjonalności (ICF).  |   |   |
| **K\_W10** - wymienia wskazania, przeciwwskazania i skutki uboczne zabiegów fizjoterapeutycznych |   |   |
| **UMIEJĘTNOŚCI**  | ZALICZENIE  |
| TAK  | NIE  |
| **K\_U13** - obsługuje aparaturę do fizykoterapii, sprzęt do kinezyterapii i badań funkcjonalnych  |   |   |
| **K\_U14** - przeprowadza badania funkcjonalne i aparaturowe niezbędne dla doboru środków fizjoterapii  |   |   |
| **K\_U15** - wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując wiedzę z zakresu budowy anatomicznej oraz funkcjonowania poszczególnych układów i narządów organizmu człowieka  |   |   |
| **K\_U16** - wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując znajomość patogenezy i objawów klinicznych określonych jednostek chorobowych  |   |   |
| **K\_U17**- interpretuje wskazania, przeciwwskazania oraz skutki uboczne stosowanego postępowania fizjoterapeutycznego  |   |   |
| **K\_U19 -** wykonuje odpowiednie procedury związane z pracą fizjoterapeuty w odniesieniu do dziedzin klinicznych |   |   |
| **K\_U21**- opracowuje i korzysta z dokumentacji medycznej w zakresie niezbędnym w pracy fizjoterapeuty  |   |   |
| **K\_U37** - współpracuje z interdyscyplinarnym zespołem specjalistów |   |   |
| **K\_U38** - identyfikuje błędy i zaniedbania w praktyce  |   |   |
| **K\_U39** - pełni rolę przywódczą w zespole realizującym zadania zawodowe  |   |   |
| **KOMPETENCJE SPOŁECZNE**  | ZALICZENIE  |
| TAK  | NIE  |
| **K\_K01** - wie, kiedy zwrócić się o pomoc do ekspertów, będąc świadomy własnych ograniczeń  |   |   |
| **K\_K02 -** okazuje szacunek dla pacjentów i dba o ich dobro  |   |   |
| **K\_K03** - okazuje dbałość o prestiż związany z wykonywanym zawodem i właściwie pojętą solidarność zawodową  |   |   |
| **K\_K04 -** współpracuje w zespole wielodyscyplinarnym, w celu zapewnienia ciągłości opieki nad pacjentem oraz bezpieczeństwa wszystkich uczestników zespołu |   |   |

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

**ROK III**

|  |  |
| --- | --- |
| **ZAKRES PRAKTYKI**  | **PRAKTYKA WAKACYJNA** **PRACOWNA FIZYKOTERAPII** Cel kształcenia: nabycie umiejętności praktycznych w zakresie fizykoterapii |
| **MIEJSCE PRAKTYKI**  |   ………………………………………………………………………… *( pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)* |
| **CZAS TRWANIA**  |  (praktyka wakacyjna)  |
| **ILOŚĆ GODZIN**  | 30  |
| **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.  |  |  |
| **DATA**  |  …………………………………………………………………… *(podpis i pieczęć imienna Opiekuna praktyki z jednostki organizacyjnej, w której praktyka była realizowana)*  |

**ROK III**

**KARTA WERYFIKACJI EFEKTÓW KSZTAŁCENIA**

**PRAKTYKA WAKACYJNA W PRACOWNI FIZYKOTERAPII**

w*ypełnia Student*

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

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

*Wypełnia Mentor praktyk*

|  |  |
| --- | --- |
| **WIEDZA**  | ZALICZENIE  |
| TAK  | NIE  |
| **K\_W08** - opisuje narzędzia i zasady oceny stanu pacjenta dla potrzeb fizjoterapii  |   |   |
| **K\_W09** - opisuje międzynarodową klasyfikację funkcjonalności (ICF).  |   |   |
| **K\_W10** - wymienia wskazania, przeciwwskazania i skutki uboczne zabiegów fizjoterapeutycznych |   |   |
| **UMIEJĘTNOŚCI**  | ZALICZENIE  |
| TAK  | NIE  |
| **K\_U13** - obsługuje aparaturę do fizykoterapii, sprzęt do kinezyterapii i badań funkcjonalnych  |   |   |
| **K\_U14** - przeprowadza badania funkcjonalne i aparaturowe niezbędne dla doboru środków fizjoterapii  |   |   |
| **K\_U15** - wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując wiedzę z zakresu budowy anatomicznej oraz funkcjonowania poszczególnych układów i narządów organizmu człowieka  |   |   |
| **K\_U16** - wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując znajomość patogenezy i objawów klinicznych określonych jednostek chorobowych  |   |   |
| **K\_U17**- interpretuje wskazania, przeciwwskazania oraz skutki uboczne stosowanego postępowania fizjoterapeutycznego  |   |   |
| **K\_U19 -** wykonuje odpowiednie procedury związane z pracą fizjoterapeuty w odniesieniu do dziedzin klinicznych |   |   |
| **K\_U21**- opracowuje i korzysta z dokumentacji medycznej w zakresie niezbędnym w pracy fizjoterapeuty  |   |   |
| **K\_U37** - współpracuje z interdyscyplinarnym zespołem specjalistów |   |   |
| **K\_U38** - identyfikuje błędy i zaniedbania w praktyce  |   |   |
| **K\_U39** - pełni rolę przywódczą w zespole realizującym zadania zawodowe  |   |   |
| **KOMPETENCJE SPOŁECZNE**  | ZALICZENIE  |
| TAK  | NIE  |
| **K\_K01** - wie, kiedy zwrócić się o pomoc do ekspertów, będąc świadomy własnych ograniczeń  |   |   |
| **K\_K02 -** okazuje szacunek dla pacjentów i dba o ich dobro  |   |   |
| **K\_K03** - okazuje dbałość o prestiż związany z wykonywanym zawodem i właściwie pojętą solidarność zawodową  |   |   |
| **K\_K04 -** współpracuje w zespole wielodyscyplinarnym, w celu zapewnienia ciągłości opieki nad pacjentem oraz bezpieczeństwa wszystkich uczestników zespołu |   |   |

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

**IV 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**  |  VI semestr (praktyka śródroczna)  |
| **ILOŚĆ GODZIN**  |  20  |
| **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*

**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  |
| **K\_W08** - opisuje narzędzia i zasady oceny stanu pacjenta dla potrzeb fizjoterapii  |   |   |
| **K\_W09** - opisuje międzynarodową klasyfikację funkcjonalności (ICF).  |   |   |
| **K\_W10** - wymienia wskazania, przeciwwskazania i skutki uboczne zabiegów fizjoterapeutycznych |   |   |
| **UMIEJĘTNOŚCI**  | ZALICZENIE  |
| TAK  | NIE  |
| **K\_U13** - obsługuje aparaturę do fizykoterapii, sprzęt do kinezyterapii i badań funkcjonalnych  |   |   |
| **K\_U14** - przeprowadza badania funkcjonalne i aparaturowe niezbędne dla doboru środków fizjoterapii  |   |   |
| **K\_U15** - wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując wiedzę z zakresu budowy anatomicznej oraz funkcjonowania poszczególnych układów i narządów organizmu człowieka  |   |   |
| **K\_U16** - wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując znajomość patogenezy i objawów klinicznych określonych jednostek chorobowych  |   |   |
| **K\_U17**- interpretuje wskazania, przeciwwskazania oraz skutki uboczne stosowanego postępowania fizjoterapeutycznego  |   |   |
| **K\_U19 -** wykonuje odpowiednie procedury związane z pracą fizjoterapeuty w odniesieniu do dziedzin klinicznych |   |   |
| **K\_U21**- opracowuje i korzysta z dokumentacji medycznej w zakresie niezbędnym w pracy fizjoterapeuty  |   |   |
| **K\_U37** - współpracuje z interdyscyplinarnym zespołem specjalistów |   |   |
| **K\_U38** - identyfikuje błędy i zaniedbania w praktyce  |   |   |
| **K\_U39** - pełni rolę przywódczą w zespole realizującym zadania zawodowe  |   |   |
| **KOMPETENCJE SPOŁECZNE**  | ZALICZENIE  |
| TAK  | NIE  |
| **K\_K01** - wie, kiedy zwrócić się o pomoc do ekspertów, będąc świadomy własnych ograniczeń  |   |   |
| **K\_K02 -** okazuje szacunek dla pacjentów i dba o ich dobro  |   |   |
| **K\_K03** - okazuje dbałość o prestiż związany z wykonywanym zawodem i właściwie pojętą solidarność zawodową  |   |   |
| **K\_K04 -** współpracuje w zespole wielodyscyplinarnym, w celu zapewnienia ciągłości opieki nad pacjentem oraz bezpieczeństwa wszystkich uczestników zespołu |   |   |

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

**ROK IV**

|  |  |
| --- | --- |
| **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)*

**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  |
| **K\_W08** - opisuje narzędzia i zasady oceny stanu pacjenta dla potrzeb fizjoterapii  |   |   |
| **K\_W09** - opisuje międzynarodową klasyfikację funkcjonalności (ICF).  |   |   |
| **K\_W10** - wymienia wskazania, przeciwwskazania i skutki uboczne zabiegów fizjoterapeutycznych |   |   |
| **UMIEJĘTNOŚCI**  | ZALICZENIE  |
| TAK  | NIE  |
| **K\_U13** - obsługuje aparaturę do fizykoterapii, sprzęt do kinezyterapii i badań funkcjonalnych  |   |   |
| **K\_U14** - przeprowadza badania funkcjonalne i aparaturowe niezbędne dla doboru środków fizjoterapii  |   |   |
| **K\_U15** - wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując wiedzę z zakresu budowy anatomicznej oraz funkcjonowania poszczególnych układów i narządów organizmu człowieka  |   |   |
| **K\_U16** - wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując znajomość patogenezy i objawów klinicznych określonych jednostek chorobowych  |   |   |
| **K\_U17**- interpretuje wskazania, przeciwwskazania oraz skutki uboczne stosowanego postępowania fizjoterapeutycznego  |   |   |
| **K\_U19 -** wykonuje odpowiednie procedury związane z pracą fizjoterapeuty w odniesieniu do dziedzin klinicznych |   |   |
| **K\_U21**- opracowuje i korzysta z dokumentacji medycznej w zakresie niezbędnym w pracy fizjoterapeuty  |   |   |
| **K\_U37** - współpracuje z interdyscyplinarnym zespołem specjalistów |   |   |
| **K\_U38** - identyfikuje błędy i zaniedbania w praktyce  |   |   |
| **K\_U39** - pełni rolę przywódczą w zespole realizującym zadania zawodowe  |   |   |
| **KOMPETENCJE SPOŁECZNE**  | ZALICZENIE  |
| TAK  | NIE  |
| **K\_K01** - wie, kiedy zwrócić się o pomoc do ekspertów, będąc świadomy własnych ograniczeń  |   |   |
| **K\_K02 -** okazuje szacunek dla pacjentów i dba o ich dobro  |   |   |
| **K\_K03** - okazuje dbałość o prestiż związany z wykonywanym zawodem i właściwie pojętą solidarność zawodową  |   |   |
| **K\_K04 -** współpracuje w zespole wielodyscyplinarnym, w celu zapewnienia ciągłości opieki nad pacjentem oraz bezpieczeństwa wszystkich uczestników zespołu |   |   |

 *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**  | VIII semestr (praktyka śródroczna)  |
| **ILOŚĆ GODZIN**  | 20  |
| **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:**

**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  |
| **K\_W08** - opisuje narzędzia i zasady oceny stanu pacjenta dla potrzeb fizjoterapii  |   |   |
| **K\_W09** - opisuje międzynarodową klasyfikację funkcjonalności (ICF).  |   |   |
| **K\_W10** - wymienia wskazania, przeciwwskazania i skutki uboczne zabiegów fizjoterapeutycznych |   |   |
| **UMIEJĘTNOŚCI**  | ZALICZENIE  |
| TAK  | NIE  |
| **K\_U13** - obsługuje aparaturę do fizykoterapii, sprzęt do kinezyterapii i badań funkcjonalnych  |   |   |
| **K\_U14** - przeprowadza badania funkcjonalne i aparaturowe niezbędne dla doboru środków fizjoterapii  |   |   |
| **K\_U15** - wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując wiedzę z zakresu budowy anatomicznej oraz funkcjonowania poszczególnych układów i narządów organizmu człowieka  |   |   |
| **K\_U16** - wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując znajomość patogenezy i objawów klinicznych określonych jednostek chorobowych  |   |   |
| **K\_U17**- interpretuje wskazania, przeciwwskazania oraz skutki uboczne stosowanego postępowania fizjoterapeutycznego  |   |   |
| **K\_U19 -** wykonuje odpowiednie procedury związane z pracą fizjoterapeuty w odniesieniu do dziedzin klinicznych |   |   |
| **K\_U21**- opracowuje i korzysta z dokumentacji medycznej w zakresie niezbędnym w pracy fizjoterapeuty  |   |   |
| **K\_U37** - współpracuje z interdyscyplinarnym zespołem specjalistów |   |   |
| **K\_U38** - identyfikuje błędy i zaniedbania w praktyce  |   |   |
| **K\_U39** - pełni rolę przywódczą w zespole realizującym zadania zawodowe  |   |   |
| **KOMPETENCJE SPOŁECZNE**  | ZALICZENIE  |
| TAK  | NIE  |
| **K\_K01** - wie, kiedy zwrócić się o pomoc do ekspertów, będąc świadomy własnych ograniczeń  |   |   |
| **K\_K02 -** okazuje szacunek dla pacjentów i dba o ich dobro  |   |   |
| **K\_K03** - okazuje dbałość o prestiż związany z wykonywanym zawodem i właściwie pojętą solidarność zawodową  |   |   |
| **K\_K04 -** współpracuje w zespole wielodyscyplinarnym, w celu zapewnienia ciągłości opieki nad pacjentem oraz bezpieczeństwa wszystkich uczestników zespołu |   |   |

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

**ROK IV**

|  |  |
| --- | --- |
| **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**  | VIII semestr (praktyka śródroczna)  |
| **ILOŚĆ GODZIN**  | 10  |
| **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*

**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  |
| **K\_W08** - opisuje narzędzia i zasady oceny stanu pacjenta dla potrzeb fizjoterapii  |   |   |
| **K\_W09** - opisuje międzynarodową klasyfikację funkcjonalności (ICF).  |   |   |
| **K\_W10** - wymienia wskazania, przeciwwskazania i skutki uboczne zabiegów fizjoterapeutycznych |   |   |
| **UMIEJĘTNOŚCI**  | ZALICZENIE  |
| TAK  | NIE  |
| **K\_U13** - obsługuje aparaturę do fizykoterapii, sprzęt do kinezyterapii i badań funkcjonalnych  |   |   |
| **K\_U14** - przeprowadza badania funkcjonalne i aparaturowe niezbędne dla doboru środków fizjoterapii  |   |   |
| **K\_U15** - wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując wiedzę z zakresu budowy anatomicznej oraz funkcjonowania poszczególnych układów i narządów organizmu człowieka  |   |   |
| **K\_U16** - wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując znajomość patogenezy i objawów klinicznych określonych jednostek chorobowych  |   |   |
| **K\_U17**- interpretuje wskazania, przeciwwskazania oraz skutki uboczne stosowanego postępowania fizjoterapeutycznego  |   |   |
| **K\_U19 -** wykonuje odpowiednie procedury związane z pracą fizjoterapeuty w odniesieniu do dziedzin klinicznych |   |   |
| **K\_U21**- opracowuje i korzysta z dokumentacji medycznej w zakresie niezbędnym w pracy fizjoterapeuty  |   |   |
| **K\_U37** - współpracuje z interdyscyplinarnym zespołem specjalistów |   |   |
| **K\_U38** - identyfikuje błędy i zaniedbania w praktyce  |   |   |
| **K\_U39** - pełni rolę przywódczą w zespole realizującym zadania zawodowe  |   |   |
| **KOMPETENCJE SPOŁECZNE**  | ZALICZENIE  |
| TAK  | NIE  |
| **K\_K01** - wie, kiedy zwrócić się o pomoc do ekspertów, będąc świadomy własnych ograniczeń  |   |   |
| **K\_K02 -** okazuje szacunek dla pacjentów i dba o ich dobro  |   |   |
| **K\_K03** - okazuje dbałość o prestiż związany z wykonywanym zawodem i właściwie pojętą solidarność zawodową  |   |   |
| **K\_K04 -** współpracuje w zespole wielodyscyplinarnym, w celu zapewnienia ciągłości opieki nad pacjentem oraz bezpieczeństwa wszystkich uczestników zespołu |   |   |

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

**IV ROK**

|  |  |
| --- | --- |
| **ZAKRES PRAKTYKI**  | **PRAKTYKA ŚRÓDROCZNA** **PRACOWNIA KINEZYTERAPII** Cel kształcenia: nabycie umiejętności praktycznych w zakresie kinezyterapii  |
| **MIEJSCE PRAKTYKI**  |  ………………………………………………………………………… *(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)*  |
| **CZAS TRWANIA**  |  VII semestr (praktyka śródroczna)  |
| **ILOŚĆ GODZIN**  | 30  |
| **ZAKRES CZYNNOŚC** | **I I WYKAZ NABYTYCH UMIEJĘTNOŚCI:**  | **DATA**  | **PODPIS**  |
| interpretacja skierowania |  pacjenta do kinezyterapii  |  |  |
| prowadzenie dokumentac | ji kinezyterapeutycznej  |  |  |
| nawiązanie kontaktu tera | peutycznego z chorym  |  |  |
| ocena ogólnej wydolnośc | i pacjenta zakwalifikowanego do kinezyterapii  |  |  |
| ocena siły mięśniowej kinezyterapii  | kończyn górnych pacjenta zakwalifikowanego do  |  |  |
| ocena siły mięśniowej kinezyterapii  | kończyn dolnych pacjenta zakwalifikowanego do  |  |  |
| ocena siły mięśniowej tuł | owia, pacjenta zakwalifikowanego do kinezyt | erapii  |  |  |
| ocena zakresu ruch | omości stawów kończyn górnych  | pacjenta  |  |  |
| zakwalifikowanego do ki | nezyterapii  |  |  |  |
| ocena zakresu ruch | omości stawów kończyn dolnych  | pacjenta  |  |  |
| zakwalifikowanego do ki | nezyterapii  |  |  |  |
| ocena zakresu ruchomkinezyterapii  | ości kręgosłupa pacjenta zakwalifikowa | nego do  |  |  |
| określenie patologii chod | u  |  |  |  |
| opracowanie planu kinez | yterapii  |  |  |  |
| określenie ryzyka wyst kinezyterapii  | ąpienia powikłań u chorych podczas pro | wadzenia  |  |  |
| określenie potrzeb pacjen | ta w zakresie kinezyterapii  |  |  |  |
| planowanie kinezytera | pii pacjenta z  | dysfunkcją narządu  | ruchu  |  |  |
| w zakresie kończyn górn | ych  |  |  |  |  |
| planowanie kinezytera | pii pacjenta z  | dysfunkcją narządu  | ruchu  |  |  |
| w zakresie kończyn doln | ych  |  |  |  |  |
| planowanie kinezytera w zakresie kręgosłupa  | pii pacjenta z  | dysfunkcją narządu  | ruchu  |  |  |
| planowanie kinezyterapi mięśniową  | i pacjenta z zaburzoną koordynacją nerwowo – |  |  |
| planowanie kinezyterapii |  pacjenta z ograniczona wydolnością układu krążenia  |  |  |
| planowanie kinezyterap oddechowego  | ii pacjenta z ograniczona wydolnością układu  |  |  |
| planowanie pionizacji cz | ynnej pacjenta  |  |  |
| prowadzenie ćwiczeń od | dechowych grupowych  |  |  |
| prowadzenie ćwiczeń od | dechowych indywidualnych  |  |  |
| prowadzenie ćwiczeń po | prawiających równowagę pacjenta  |  |  |
| prowadzenie ćwiczeń ch | odu o kulach  |  |  |
| prowadzenie ćwiczeń ch | odu na schodach  |  |  |
| prowadzenie ćwiczeń po | prawiających krążenie obwodowe  |  |  |
| prowadzenie dokumentac | ji pacjenta  |  |  |
|  **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 ŚRÓDROCZNA W PRACOWNI KINEZYTERAPII**

w*ypełnia Student*

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

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

*Wypełnia Mentor praktyk*

|  |  |
| --- | --- |
| **WIEDZA**  | ZALICZENIE  |
| TAK  | NIE  |
| **K\_W08** - opisuje narzędzia i zasady oceny stanu pacjenta dla potrzeb fizjoterapii  |   |   |
| **K\_W09** - opisuje międzynarodową klasyfikację funkcjonalności (ICF).  |   |   |
| **K\_W10** - wymienia wskazania, przeciwwskazania i skutki uboczne zabiegów fizjoterapeutycznych |   |   |
| **UMIEJĘTNOŚCI**  | ZALICZENIE  |
| TAK  | NIE  |
| **K\_U13** - obsługuje aparaturę do fizykoterapii, sprzęt do kinezyterapii i badań funkcjonalnych  |   |   |
| **K\_U14** - przeprowadza badania funkcjonalne i aparaturowe niezbędne dla doboru środków fizjoterapii  |   |   |
| **K\_U15** - wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując wiedzę z zakresu budowy anatomicznej oraz funkcjonowania poszczególnych układów i narządów organizmu człowieka  |   |   |
| **K\_U16** - wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując znajomość patogenezy i objawów klinicznych określonych jednostek chorobowych  |   |   |
| **K\_U17**- interpretuje wskazania, przeciwwskazania oraz skutki uboczne stosowanego postępowania fizjoterapeutycznego  |   |   |
| **K\_U19 -** wykonuje odpowiednie procedury związane z pracą fizjoterapeuty w odniesieniu do dziedzin klinicznych |   |   |
| **K\_U21**- opracowuje i korzysta z dokumentacji medycznej w zakresie niezbędnym w pracy fizjoterapeuty  |   |   |
| **K\_U37** - współpracuje z interdyscyplinarnym zespołem specjalistów |   |   |
| **K\_U38** - identyfikuje błędy i zaniedbania w praktyce  |   |   |
| **K\_U39** - pełni rolę przywódczą w zespole realizującym zadania zawodowe  |   |   |
| **KOMPETENCJE SPOŁECZNE**  | ZALICZENIE  |
| TAK  | NIE  |
| **K\_K01** - wie, kiedy zwrócić się o pomoc do ekspertów, będąc świadomy własnych ograniczeń  |   |   |
| **K\_K02 -** okazuje szacunek dla pacjentów i dba o ich dobro  |   |   |
| **K\_K03** - okazuje dbałość o prestiż związany z wykonywanym zawodem i właściwie pojętą solidarność zawodową  |   |   |
| **K\_K04 -** współpracuje w zespole wielodyscyplinarnym, w celu zapewnienia ciągłości opieki nad pacjentem oraz bezpieczeństwa wszystkich uczestników zespołu |   |   |

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

**IV ROK**

|  |  |
| --- | --- |
| **ZAKRES PRAKTYKI**  | **PRAKTYKA ŚRÓDROCZNA W PRACOWNI FIZYKOTERAPII** Cel kształcenia: :nabycie umiejętności praktycznych w zakresie fizykoterapii  |
| **MIEJSCE PRAKTYKI**  |  ………………………………………………………………………… *( pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)*  |
| **CZAS TRWANIA**  | VII semestr (praktyka śródroczna)  |
| **ILOŚĆ GODZIN**  | 30  |
| **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 w zależności od wskazań leczniczych: częstotliwość fali ultradźwiękowej, moc, rodzaj fali, czas, wielkość aplikatura, technika zabiegu.  |  |  |
| **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 ŚRÓDROCZNA W PRACOWNI FIZYKOTERAPII**

w*ypełnia Student*

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

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

*Wypełnia Mentor praktyk*

|  |  |
| --- | --- |
| **WIEDZA**  | ZALICZENIE  |
| TAK  | NIE  |
| **K\_W08** - opisuje narzędzia i zasady oceny stanu pacjenta dla potrzeb fizjoterapii  |   |   |
| **K\_W09** - opisuje międzynarodową klasyfikację funkcjonalności (ICF).  |   |   |
| **K\_W10** - wymienia wskazania, przeciwwskazania i skutki uboczne zabiegów fizjoterapeutycznych |   |   |
| **UMIEJĘTNOŚCI**  | ZALICZENIE  |
| TAK  | NIE  |
| **K\_U13** - obsługuje aparaturę do fizykoterapii, sprzęt do kinezyterapii i badań funkcjonalnych  |   |   |
| **K\_U14** - przeprowadza badania funkcjonalne i aparaturowe niezbędne dla doboru środków fizjoterapii  |   |   |
| **K\_U15** - wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując wiedzę z zakresu budowy anatomicznej oraz funkcjonowania poszczególnych układów i narządów organizmu człowieka  |   |   |
| **K\_U16** - wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując znajomość patogenezy i objawów klinicznych określonych jednostek chorobowych  |   |   |
| **K\_U17**- interpretuje wskazania, przeciwwskazania oraz skutki uboczne stosowanego postępowania fizjoterapeutycznego  |   |   |
| **K\_U19 -** wykonuje odpowiednie procedury związane z pracą fizjoterapeuty w odniesieniu do dziedzin klinicznych |   |   |
| **K\_U21**- opracowuje i korzysta z dokumentacji medycznej w zakresie niezbędnym w pracy fizjoterapeuty  |   |   |
| **K\_U37** - współpracuje z interdyscyplinarnym zespołem specjalistów |   |   |
| **K\_U38** - identyfikuje błędy i zaniedbania w praktyce  |   |   |
| **K\_U39** - pełni rolę przywódczą w zespole realizującym zadania zawodowe  |   |   |
| **KOMPETENCJE SPOŁECZNE**  | ZALICZENIE  |
| TAK  | NIE  |
| **K\_K01** - wie, kiedy zwrócić się o pomoc do ekspertów, będąc świadomy własnych ograniczeń  |   |   |
| **K\_K02 -** okazuje szacunek dla pacjentów i dba o ich dobro  |   |   |
| **K\_K03** - okazuje dbałość o prestiż związany z wykonywanym zawodem i właściwie pojętą solidarność zawodową  |   |   |
| **K\_K04 -** współpracuje w zespole wielodyscyplinarnym, w celu zapewnienia ciągłości opieki nad pacjentem oraz bezpieczeństwa wszystkich uczestników zespołu |   |   |

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

**IV 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**  |  (praktyka wakacyjna)  |
| **ILOŚĆ GODZIN**  | 60  |
| **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  |
| **K\_W08** - opisuje narzędzia i zasady oceny stanu pacjenta dla potrzeb fizjoterapii  |   |   |
| **K\_W09** - opisuje międzynarodową klasyfikację funkcjonalności (ICF).  |   |   |
| **K\_W10** - wymienia wskazania, przeciwwskazania i skutki uboczne zabiegów fizjoterapeutycznych |   |   |
| **UMIEJĘTNOŚCI**  | ZALICZENIE  |
| TAK  | NIE  |
| **K\_U13** - obsługuje aparaturę do fizykoterapii, sprzęt do kinezyterapii i badań funkcjonalnych  |   |   |
| **K\_U14** - przeprowadza badania funkcjonalne i aparaturowe niezbędne dla doboru środków fizjoterapii  |   |   |
| **K\_U15** - wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując wiedzę z zakresu budowy anatomicznej oraz funkcjonowania poszczególnych układów i narządów organizmu człowieka  |   |   |
| **K\_U16** - wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując znajomość patogenezy i objawów klinicznych określonych jednostek chorobowych  |   |   |
| **K\_U17**- interpretuje wskazania, przeciwwskazania oraz skutki uboczne stosowanego postępowania fizjoterapeutycznego  |   |   |
| **K\_U19 -** wykonuje odpowiednie procedury związane z pracą fizjoterapeuty w odniesieniu do dziedzin klinicznych |   |   |
| **K\_U21**- opracowuje i korzysta z dokumentacji medycznej w zakresie niezbędnym w pracy fizjoterapeuty  |   |   |
| **K\_U37** - współpracuje z interdyscyplinarnym zespołem specjalistów |   |   |
| **K\_U38** - identyfikuje błędy i zaniedbania w praktyce  |   |   |
| **K\_U39** - pełni rolę przywódczą w zespole realizującym zadania zawodowe  |   |   |
| **KOMPETENCJE SPOŁECZNE**  | ZALICZENIE  |
| TAK  | NIE  |
| **K\_K01** - wie, kiedy zwrócić się o pomoc do ekspertów, będąc świadomy własnych ograniczeń  |   |   |
| **K\_K02 -** okazuje szacunek dla pacjentów i dba o ich dobro  |   |   |
| **K\_K03** - okazuje dbałość o prestiż związany z wykonywanym zawodem i właściwie pojętą solidarność zawodową  |   |   |
| **K\_K04 -** współpracuje w zespole wielodyscyplinarnym, w celu zapewnienia ciągłości opieki nad pacjentem oraz bezpieczeństwa wszystkich uczestników zespołu |   |   |

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

**ROK IV**

|  |  |
| --- | --- |
| **ZAKRES PRAKTYKI**  | **PRAKTYKA WAKACYJNA** **PRACOWNIA FIZYKOTERAPII** Cel kształcenia: nabycie umiejętności praktycznych w zakresie fizykoterapii |
| **MIEJSCE PRAKTYKI**  |   ………………………………………………………………………… *( pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)* |
| **CZAS TRWANIA**  |  (praktyka wakacyjna)  |
| **ILOŚĆ GODZIN**  | 60  |
| **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.  |  |  |
| **DATA**  |  …………………………………………………………………… *(podpis i pieczęć imienna opiekuna praktyki z jednostki organizacyjnej, w której praktyka była realizowana)* |

**ROK IV**

**KARTA WERYFIKACJI EFEKTÓW KSZTAŁCENIA**

**PRAKTYKA WAKACYJNA - PRACOWNIA FIZYKOTERAPII**

w*ypełnia Student*

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

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

*Wypełnia Mentor praktyk*

|  |  |
| --- | --- |
| **WIEDZA**  | ZALICZENIE  |
| TAK  | NIE  |
| **K\_W08** - opisuje narzędzia i zasady oceny stanu pacjenta dla potrzeb fizjoterapii  |   |   |
| **K\_W09** - opisuje międzynarodową klasyfikację funkcjonalności (ICF).  |   |   |
| **K\_W10** - wymienia wskazania, przeciwwskazania i skutki uboczne zabiegów fizjoterapeutycznych |   |   |
| **UMIEJĘTNOŚCI**  | ZALICZENIE  |
| TAK  | NIE  |
| **K\_U13** - obsługuje aparaturę do fizykoterapii, sprzęt do kinezyterapii i badań funkcjonalnych  |   |   |
| **K\_U14** - przeprowadza badania funkcjonalne i aparaturowe niezbędne dla doboru środków fizjoterapii  |   |   |
| **K\_U15** - wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując wiedzę z zakresu budowy anatomicznej oraz funkcjonowania poszczególnych układów i narządów organizmu człowieka  |   |   |
| **K\_U16** - wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując znajomość patogenezy i objawów klinicznych określonych jednostek chorobowych  |   |   |
| **K\_U17**- interpretuje wskazania, przeciwwskazania oraz skutki uboczne stosowanego postępowania fizjoterapeutycznego  |   |   |
| **K\_U19 -** wykonuje odpowiednie procedury związane z pracą fizjoterapeuty w odniesieniu do dziedzin klinicznych |   |   |
| **K\_U21**- opracowuje i korzysta z dokumentacji medycznej w zakresie niezbędnym w pracy fizjoterapeuty  |   |   |
| **K\_U37** - współpracuje z interdyscyplinarnym zespołem specjalistów |   |   |
| **K\_U38** - identyfikuje błędy i zaniedbania w praktyce  |   |   |
| **K\_U39** - pełni rolę przywódczą w zespole realizującym zadania zawodowe  |   |   |
| **KOMPETENCJE SPOŁECZNE**  | ZALICZENIE  |
| TAK  | NIE  |
| **K\_K01** - wie, kiedy zwrócić się o pomoc do ekspertów, będąc świadomy własnych ograniczeń  |   |   |
| **K\_K02 -** okazuje szacunek dla pacjentów i dba o ich dobro  |   |   |
| **K\_K03** - okazuje dbałość o prestiż związany z wykonywanym zawodem i właściwie pojętą solidarność zawodową  |   |   |
| **K\_K04 -** współpracuje w zespole wielodyscyplinarnym, w celu zapewnienia ciągłości opieki nad pacjentem oraz bezpieczeństwa wszystkich uczestników zespołu |   |   |

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

**ROK V**

## PRAKTYKI FIZJOTERAPEUTYCZNE

**KARTA WERYFIKACJI EFEKTÓW KSZTAŁCENIA**

w*ypełnia Student*

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

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

Nazwa placówki, w której odbywana jest praktyka…………………………..............................

*Wypełnia Mentor praktyk*

Okres odbywania praktyki: od………………………do……………………………………......

ilość godzin…………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| **WIEDZA**  | ZALICZENIE  |
| TAK  | NIE  |
| **K\_W08** - opisuje narzędzia i zasady oceny stanu pacjenta dla potrzeb fizjoterapii  |   |   |
| **K\_W09** - opisuje międzynarodową klasyfikację funkcjonalności (ICF).  |   |   |
| **K\_W10** - wymienia wskazania, przeciwwskazania i skutki uboczne zabiegów fizjoterapeutycznych |   |   |
| **UMIEJĘTNOŚCI**  | ZALICZENIE  |
| TAK  | NIE  |
| **K\_U13** - obsługuje aparaturę do fizykoterapii, sprzęt do kinezyterapii i badań funkcjonalnych  |   |   |
| **K\_U14** - przeprowadza badania funkcjonalne i aparaturowe niezbędne dla doboru środków fizjoterapii  |   |   |
| **K\_U15** - wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując wiedzę z zakresu budowy anatomicznej oraz funkcjonowania poszczególnych układów i narządów organizmu człowieka  |   |   |
| **K\_U16** - wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując znajomość patogenezy i objawów klinicznych określonych jednostek chorobowych  |   |   |
| **K\_U17**- interpretuje wskazania, przeciwwskazania oraz skutki uboczne stosowanego postępowania fizjoterapeutycznego  |   |   |
| **K\_U19 -** wykonuje odpowiednie procedury związane z pracą fizjoterapeuty w odniesieniu do dziedzin klinicznych |   |   |
| **K\_U21**- opracowuje i korzysta z dokumentacji medycznej w zakresie niezbędnym w pracy fizjoterapeuty  |   |   |
| **K\_U37** - współpracuje z interdyscyplinarnym zespołem specjalistów |   |   |
| **K\_U38** - identyfikuje błędy i zaniedbania w praktyce  |   |   |
| **K\_U39** - pełni rolę przywódczą w zespole realizującym zadania zawodowe  |   |   |
| **KOMPETENCJE SPOŁECZNE**  | ZALICZENIE  |
| TAK  | NIE  |
| **K\_K01** - wie, kiedy zwrócić się o pomoc do ekspertów, będąc świadomy własnych ograniczeń  |   |   |
| **K\_K02 -** okazuje szacunek dla pacjentów i dba o ich dobro  |   |   |
| **K\_K03** - okazuje dbałość o prestiż związany z wykonywanym zawodem i właściwie pojętą solidarność zawodową  |   |   |
| **K\_K04 -** współpracuje w zespole wielodyscyplinarnym, w celu zapewnienia ciągłości opieki nad pacjentem oraz bezpieczeństwa wszystkich uczestników zespołu |   |   |

Praktyka zaliczona

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

*data, podpis i pieczątka Koordynatora praktyk CM UMK*……………………………………..