

**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 ruchom  kinezyterapii | 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*……………………………………..