



**UNIwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu**  
**COLLEGIUM MEDICUM IM. LUDWIKA RYDYGIERA**  
**W BYDGOSZCZY**

**WYDZIAŁ NAUK O ZDROWIU**

**KIERUNEK FIZJOTERAPIA**

**studia I stopnia (stacjonarne i niestacjonarne)**

**DZIENNIK PRAKTYK STUDENCKICH**

**2016/2017**

**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

- I. W ramach studiów I stopnia studenci odbywają praktyki w jednostkach Collegium Medicum.
- II. 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)**.
- III. Wpis do dzienniczka praktyk dokonuje osoba odpowiedzialna za praktyki, po zrealizowaniu wszystkich regulaminowych zadań. Wszelkie wątpliwości należy zgłaszać do koordynatora praktyk.
- IV. W trakcie praktyki student opisuje wybrane przez siebie studium przypadku.
- V. Na praktykach obowiązuje regulamin BHP danej jednostki.
- VI. W razie zagubienia dzienniczka praktyk student jest zobowiązany do uzupełnienia wszystkich wpisów w duplikacie.
- VII. Ostatecznego zaliczenia praktyk dokonuje w dzienniczku praktyk Koordynator praktyk, po zatwierdzeniu przez kierownika (opiekuna) praktyk.
- VIII. Łączny czas trwania praktyk:

Studia I stopnia: 920 godzin (32 ECTS), w tym:

- praktyka wakacyjna kliniczna - 80 godzin (3 ECTS);
- praktyka w pracowni fizykoterapii - 260 godzin (9 ECTS).
- praktyka w pracowni kinezyterapii - 260 (9 ECTS);
- praktyka w zakresie fizjoterapii klinicznej - 320 godzin (11 ECTS).

IX. Szczegółowy harmonogram praktyk

**ROK PIERWSZY**

1. **Praktyka wakacyjna kliniczna** (pielęgniarska) na wybranym oddziale szpitalnym (ortopedia, chirurgia, pediatria, neurologia – do wyboru) - 80 godzin.

**ROK DRUGI**

1. **Praktyka śródroczna - praktyka w zakresie fizjoterapii klinicznej** - 150 godzin, w tym:

- Oddział Rehabilitacji - 30 godzin;
- Oddział Reumatologii - 20 godzin;
- Oddział Chorób Wewnętrznych - 25 godzin;
- Oddział Intensywnej Terapii - 20 godzin;
- Oddział Neurochirurgii - 25 godzin;
- Oddział Kardiologii - 30 godzin;

2. **Praktyka wakacyjna w pracowni kinezyterapii** - 90 godzin.

3. **Praktyka wakacyjna w pracowni fizykoterapii** - 90 godzin.

**ROK TRZECI**

1. **Praktyka śródroczna w pracowni fizykoterapii** - 170 godzin.

2. **Praktyka śródroczna w pracowni kinezyterapii** – 170 godzin.

3. **Praktyka śródroczna - praktyka w zakresie fizjoterapii klinicznej** - 170 godzin, w tym:

- Oddział Rehabilitacji - 40 godzin;
- Oddział Reumatologii - 30 godzin;
- Oddział Neurochirurgii - 30 godzin;
- Oddział Chorób Wewnętrznych - 30 godzin;
- Intensywnej Terapii - 20 godzin;
- Kardiologii - 20 godzin.

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

(podpis studenta)

# I ROK

|                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                       |               |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--|
| <b>ZAKRES PRAKTYKI</b>                                                                  | <b>PRAKTYKA WAKACYJNA KLINICZNA (PIELĘGNIARSKA)</b><br>oddziały: ortopedia, chirurgia, pediatria, neurologia (do wyboru)<br>Cele kształcenia: nabycie umiejętności praktycznych: pielęgnacji pacjenta, nawiązywania kontaktu z chorym |               |  |
| <b>MIEJSCE PRAKTYKI</b>                                                                 | (pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)                                                                                                                                                                           |               |  |
| <b>CZAS TRWANIA</b>                                                                     | praktyka wakacyjna                                                                                                                                                                                                                    |               |  |
| <b>IŁOŚĆ GODZIN</b>                                                                     | 80                                                                                                                                                                                                                                    |               |  |
| <b>ZAKRES CZYNNOŚCI I WYKAZ NABYTYCH UMIEJETNOŚCI:</b>                                  | <b>DATA</b>                                                                                                                                                                                                                           | <b>PODPIS</b> |  |
| 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                        |                                                                                                                                                                                                                                       |               |  |
| <b>DATA</b>                                                                             | .....<br>(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

Kierunek: Fizjoterapia, studia I stopnia, I rok

### PRAKTYKA WAKACYJNA (PIEŁĘGNIARSKA) NA WYBRANYM ODDZIALE

imię i nazwisko studenta/numer albumu.....

imię i nazwisko mentora praktyki.....

*Wypełnia mentor praktyk*

| WIEDZA                                                                           | ZALICZENIE |     |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------|-----|
|                                                                                  | TAK        | NIE |
| K_W07 - Opisuje narzędzia i zasady oceny stanu pacjenta dla potrzeb fizjoterapii |            |     |
| K_W09 - Opisuje międzynarodową klasyfikację funkcjonalności (ICF)                |            |     |

| UMIEJĘTNOŚCI                                                                                                          | ZALICZENIE |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----|
|                                                                                                                       | TAK        | NIE |
| K_U06 - Współpracuje z interdyscyplinarnym zespołem specjalistów w celu zapewnienia ciągłości opieki nad pacjentem    |            |     |
| K_U07 - Podejmuje działania ukierunkowane na edukację i promocję zdrowia                                              |            |     |
| K_U11 - Rozpoznaje podstawowe problemy psychologiczne i społeczne w procesie fizjoterapii                             |            |     |
| K_U12 - Analizuje wpływ czynników zewnętrznych na organizm człowieka w otaczającym go środowisku                      |            |     |
| K_U21 - Rozpoznaje stany zagrożenia zdrowotnego.                                                                      |            |     |
| K_U27 - Opracowuje dokumentację medyczną oraz pisemne raporty z przebiegu procesu usprawniania                        |            |     |
| K_U29 - Korzysta z dokumentacji i wyników badań w zakresie niezbędnym w pracy fizjoterapeuty                          |            |     |
| K_U33, K_U34 – Przygotowuje pisemny raport i prezentuje ustnie wyniki realizowanego postępowania fizjoterapeutycznego |            |     |

| KOMPETENCJE SPOŁECZNE                                                                                 | ZALICZENIE |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----|
|                                                                                                       | TAK        | NIE |
| K_K02 - Wie, kiedy zwrócić się o pomoc do ekspertów, będąc świadomy własnych ograniczeń               |            |     |
| K_K03 - Okazuje szacunek dla pacjentów i dba o ich dobro                                              |            |     |
| K_K04 - Przestrzega praw pacjenta                                                                     |            |     |
| K_K06 - Współpracuje w grupie przyjmując w niej różne role                                            |            |     |
| K_K09 - Postępuje zgodnie z zasadami BHP                                                              |            |     |
| K_K10 - Formułuje opinie dotyczące leczonych pacjentów w kontekście postępowania fizjoterapeutycznego |            |     |

data, podpis i pieczęć opiekuna praktyk.....

## II ROK

| <b>ZAKRES PRAKTYKI</b>                                                                              | <b>Praktyka w zakresie fizjoterapii klinicznej</b><br><b>ODDZIAŁ REHABILITACJI</b><br>Cele kształcenia: nabycie umiejętności w zakresie postępowania fizjoterapeutycznego w chorobach neurologicznych i zwyrodnieniowych |             |               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------|
| <b>MIEJSCE PRAKTYKI</b>                                                                             | .....<br>(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)                                                                                                                                                     |             |               |
| <b>CZAS TRWANIA</b>                                                                                 | III semestr (praktyka śródroczna)                                                                                                                                                                                        |             |               |
| <b>IŁOŚĆ GODZIN</b>                                                                                 | 30                                                                                                                                                                                                                       |             |               |
| <b>ZAKRES CZYNNOŚCI I WYKAZ NABYTYCH UMIEJĘTNOŚCI</b>                                               |                                                                                                                                                                                                                          | <b>DATA</b> | <b>PODPIS</b> |
| 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 chorobą zwyrodnieniową stawów kolanowych               |                                                                                                                                                                                                                          |             |               |
| planowanie i prowadzenie ćwiczeń u chorych z chorobą zwyrodnieniową stawów biodrowych               |                                                                                                                                                                                                                          |             |               |
| planowanie i przeprowadzenie ćwiczeń u pacjentów po udarze mózgu                                    |                                                                                                                                                                                                                          |             |               |
| planowanie i prowadzenie ćwiczeń u chorych z chorobą zwyrodnieniową kręgosłupa w odcinku szyjnym    |                                                                                                                                                                                                                          |             |               |
| planowanie i prowadzenie ćwiczeń u chorych z chorobą zwyrodnieniową kręgosłupa w odcinku piersiowym |                                                                                                                                                                                                                          |             |               |
| planowanie i prowadzenie ćwiczeń u chorych z chorobą zwyrodnieniową kręgosłupa w odcinku lędźwiowym |                                                                                                                                                                                                                          |             |               |
| planowanie i przeprowadzenie ćwiczeń u pacjentów po urazie czaszkowo-mózgowym                       |                                                                                                                                                                                                                          |             |               |
| 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                           |                                                                                                                      |  |
| prorowadzenie dokumentacji fizjoterapeutycznej                        |                                                                                                                      |  |
| <b>DATA</b>                                                           | .....<br>(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

kierunek Fizjoterapia, studia I stopnia, II rok

## PRAKTYKA W ZAKRESIE FIZJOTERAPII KLINICZNEJ ODDZIAŁ REHABILITACJI

wypełnia student

imię i nazwisko studenta/numer albumu.....

imię i nazwisko mentora praktyki.....

Wypełnia mentor praktyk

| WIEDZA                                                                                                                                                     | ZALICZENIE |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----|
|                                                                                                                                                            | TAK        | NIE |
| <b>K_W06</b> - Opisuje patogenezę i objawy kliniczne podstawowych jednostek chorobowych w stopniu umożliwiającym racjonalne stosowanie metod fizjoterapii. |            |     |
| <b>K_W07</b> - Opisuje narzędzia i zasady oceny stanu pacjenta dla potrzeb fizjoterapii                                                                    |            |     |
| <b>K_W09</b> - Opisuje międzynarodową klasyfikację funkcjonalności (ICF).                                                                                  |            |     |

| UMIEJĘTNOŚCI                                                                                                                                                           | ZALICZENIE |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----|
|                                                                                                                                                                        | TAK        | NIE |
| <b>K_U06</b> - Współpracuje z interdyscyplinarnym zespołem specjalistów w celu zapewnienia ciągłości opieki nad pacjentem                                              |            |     |
| <b>K_U08</b> - Wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując wiedzę z zakresu budowy anatomicznej oraz funkcjonowania poszczególnych układów i narządów organizmu człowieka |            |     |
| <b>K_U09</b> - Wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując znajomość patogenezы i objawów klinicznych określonych jednostek chorobowych.                                  |            |     |
| <b>K_U19</b> - Dobiera rodzaje zaopatrzenia ortopedycznego w zależności od wskazań                                                                                     |            |     |
| <b>K_U27</b> - Opracowuje dokumentację medyczną oraz pisemne raporty z przebiegu procesu usprawniania                                                                  |            |     |
| <b>K_U29</b> - Korzysta z dokumentacji i wyników badań w zakresie niezbędnym w pracy fizjoterapeuty                                                                    |            |     |
| <b>K_U33, K_U34</b> – Przygotowuje pisemny raport i prezentuje ustnie wyniki realizowanego postępowania fizjoterapeutycznego                                           |            |     |

| KOMPETENCJE SPOŁECZNE                                                                                        | ZALICZENIE |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----|
|                                                                                                              | TAK        | NIE |
| <b>K_K02</b> - Wie, kiedy zwrócić się o pomoc do ekspertów, będąc świadomy własnych ograniczeń               |            |     |
| <b>K_K03</b> - Okazuje szacunek dla pacjentów i dba o ich dobro                                              |            |     |
| <b>K_K04</b> - Przestrzega praw pacjenta                                                                     |            |     |
| <b>K_K06</b> - Współpracuje w grupie przyjmując w niej różne role                                            |            |     |
| <b>K_K09</b> - Postępuje zgodnie z zasadami BHP                                                              |            |     |
| <b>K_K10</b> - Formułuje opinie dotyczące leczonych pacjentów w kontekście postępowania fizjoterapeutycznego |            |     |

data, podpis i pieczęć opiekuna praktyk.....



## II ROK

|                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                             |             |               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------|
| <b>ZAKRES PRAKTYKI</b>                                                                                | <b>Praktyka w zakresie fizjoterapii klinicznej</b><br><b>ODDZIAŁ INTENSYWNEJ TERAPII</b><br>Cel kształcenia: nabycie umiejętności w zakresie postępowania fizjoterapeutycznego u pacjentów hospitalizowanych w Oddziale Intensywnej Terapii |             |               |
| <b>MIEJSCE PRAKTYKI</b>                                                                               | .....<br>(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)                                                                                                                                                                        |             |               |
| <b>CZAS TRWANIA</b>                                                                                   | III semestr (praktyka śródroczna)                                                                                                                                                                                                           |             |               |
| <b>IŁOŚĆ GODZIN</b>                                                                                   | 20                                                                                                                                                                                                                                          |             |               |
| <b>ZAKRES CZYNNOŚCI I WYKAZ NABYTCH UMIEJĘTNOŚCI</b>                                                  |                                                                                                                                                                                                                                             | <b>DATA</b> | <b>PODPIS</b> |
| 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                                                          |                                                                                                                                                                                                                                             |             |               |
| <b>DATA</b>                                                                                           | .....<br>(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

kierunek Fizjoterapia , studia I stopnia, II rok

### PRAKTYKA W ZAKRESIE FIZJOTERAPII KLINICZNEJ

#### ODDZIAŁ INTENSYWNEJ TERAPII

wypełnia student

imię i nazwisko studenta/numer albumu.....

imię i nazwisko mentora praktyki.....

Wypełnia mentor praktyk

| WIEDZA                                                                                                                                                    | ZALICZENIE |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----|
|                                                                                                                                                           | TAK        | NIE |
| <b>K_W06</b> - Opisuje patogenezę i objawy kliniczne podstawowych jednostek chorobowych w stopniu umożliwiającym racjonalne stosowanie metod fizjoterapii |            |     |
| <b>K_W07</b> - Opisuje narzędzia i zasady oceny stanu pacjenta dla potrzeb fizjoterapii                                                                   |            |     |
| <b>K_W09</b> - Opisuje międzynarodową klasyfikację funkcjonalności (ICF)                                                                                  |            |     |

| UMIEJĘTNOŚCI                                                                                                                                                           | ZALICZENIE |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----|
|                                                                                                                                                                        | TAK        | NIE |
| <b>K_U06</b> - Współpracuje z interdyscyplinarnym zespołem specjalistów w celu zapewnienia ciągłości opieki nad pacjentem                                              |            |     |
| <b>K_U08</b> - Wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując wiedzę z zakresu budowy anatomicznej oraz funkcjonowania poszczególnych układów i narządów organizmu człowieka |            |     |
| <b>K_U09</b> - Wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując znajomość patogenezы i objawów klinicznych określonych jednostek chorobowych.                                  |            |     |
| <b>K_U21</b> - Rozpoznaje stany zagrożenia zdrowotnego                                                                                                                 |            |     |
| <b>K_U27</b> - Opracowuje dokumentację medyczną oraz pisemne raporty z przebiegu procesu usprawniania                                                                  |            |     |
| <b>K_U29</b> - Korzysta z dokumentacji i wyników badań w zakresie niezbędnym w pracy fizjoterapeuty                                                                    |            |     |
| <b>K_U33, K_U34</b> – Przygotowuje pisemny raport i prezentuje ustnie wyniki realizowanego postępowania fizjoterapeutycznego                                           |            |     |

| KOMPETENCJE SPOŁECZNE                                                                                        | ZALICZENIE |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----|
|                                                                                                              | TAK        | NIE |
| <b>K_K02</b> - Wie, kiedy zwrócić się o pomoc do ekspertów, będąc świadomy własnych ograniczeń               |            |     |
| <b>K_K03</b> - Okazuje szacunek dla pacjentów i dba o ich dobro                                              |            |     |
| <b>K_K04</b> - Przestrzega praw pacjenta                                                                     |            |     |
| <b>K_K06</b> - Współpracuje w grupie przyjmując w niej różne role                                            |            |     |
| <b>K_K09</b> - Postępuje zgodnie z zasadami BHP                                                              |            |     |
| <b>K_K10</b> - Formułuje opinie dotyczące leczonych pacjentów w kontekście postępowania fizjoterapeutycznego |            |     |

data, pieczęć i podpis opiekuna praktyk.....

## II ROK

|                                                                         |                                                                                                                                                                                                                   |             |               |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------|
| <b>ZAKRES PRAKTYKI</b>                                                  | <b>Praktyka w zakresie fizjoterapii klinicznej</b><br><b>ODDZIAŁ REUMATOLOGII</b><br>Cel kształcenia: nabycie umiejętności w zakresie postępowania fizjoterapeutycznego u pacjentów ze schorzeniami reumatycznymi |             |               |
| <b>MIEJSCE PRAKTYKI</b>                                                 | .....<br>(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)                                                                                                                                              |             |               |
| <b>CZAS TRWANIA</b>                                                     | III semestr (praktyka śródroczna)                                                                                                                                                                                 |             |               |
| <b>IŁOŚĆ GODZIN</b>                                                     | 20                                                                                                                                                                                                                |             |               |
| <b>ZAKRES CZYNNOŚCI I WYKAZ NABYTYCH UMIEJĘTNOŚCI</b>                   |                                                                                                                                                                                                                   | <b>DATA</b> | <b>PODPIS</b> |
| 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                            |                                                                                                                                                                                                                   |             |               |
| <b>DATA</b>                                                             | .....<br>(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**  
 kierunek Fizjoterapia , studia I stopnia , II rok  
**PRAKTYKA W ZAKRESIE FIZJOTERAPII KLINICZNEJ**  
**ODDZIAŁ REUMATOLOGII**

wypełnia student

imię i nazwisko studenta/numer albumu.....

imię i nazwisko mentora praktyki.....

Wypełnia mentor praktyk

| WIEDZA                                                                                                                                                     | ZALICZENIE |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----|
|                                                                                                                                                            | TAK        | NIE |
| <b>K_W06</b> - Opisuje patogenezę i objawy kliniczne podstawowych jednostek chorobowych w stopniu umożliwiającym racjonalne stosowanie metod fizjoterapii. |            |     |
| <b>K_W07</b> - Opisuje narzędzia i zasady oceny stanu pacjenta dla potrzeb fizjoterapii                                                                    |            |     |
| <b>K_W09</b> - Opisuje międzynarodową klasyfikację funkcjonalności (ICF)                                                                                   |            |     |

| UMIEJĘTNOŚCI                                                                                                                                                           | ZALICZENIE |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----|
|                                                                                                                                                                        | TAK        | NIE |
| <b>K_U06</b> - Współpracuje z interdyscyplinarnym zespołem specjalistów w celu zapewnienia ciągłości opieki nad pacjentem                                              |            |     |
| <b>K_U08</b> - Wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując wiedzę z zakresu budowy anatomicznej oraz funkcjonowania poszczególnych układów i narządów organizmu człowieka |            |     |
| <b>K_U09</b> - Wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując znajomość patogenezy i objawów klinicznych określonych jednostek chorobowych.                                  |            |     |
| <b>K_U19</b> - Dobiera rodzaje zaopatrzenia ortopedycznego w zależności od wskazań                                                                                     |            |     |
| <b>K_U27</b> - Opracowuje dokumentację medyczną oraz pisemne raporty z przebiegu procesu usprawniania                                                                  |            |     |
| <b>K_U29</b> - Korzysta z dokumentacji i wyników badań w zakresie niezbędnym w pracy fizjoterapeuty                                                                    |            |     |
| <b>K_U33, K_U34</b> – Przygotowuje pisemny raport i prezentuje ustnie wyniki realizowanego postępowania fizjoterapeutycznego                                           |            |     |

| KOMPETENCJE SPOŁECZNE                                                                                        | ZALICZENIE |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----|
|                                                                                                              | TAK        | NIE |
| <b>K_K02</b> - Wie, kiedy zwrócić się o pomoc do ekspertów, będąc świadomy własnych ograniczeń               |            |     |
| <b>K_K03</b> - Okazuje szacunek dla pacjentów i dba o ich dobro                                              |            |     |
| <b>K_K04</b> - Przestrzega praw pacjenta                                                                     |            |     |
| <b>K_K06</b> - Współpracuje w grupie przyjmując w niej różne role                                            |            |     |
| <b>K_K09</b> - Postępuje zgodnie z zasadami BHP                                                              |            |     |
| <b>K_K10</b> - Formułuje opinie dotyczące leczonych pacjentów w kontekście postępowania fizjoterapeutycznego |            |     |

data, podpis i pieczęć opiekuna praktyk.....

## II ROK

|                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                          |             |               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------|
| <b>ZAKRES PRAKTYKI</b>                                                                                                    | <b>Praktyka w zakresie fizjoterapii klinicznej</b><br><b>ODDZIAŁ CHORÓB WEWNĘTRZNYCH</b><br>Cel kształcenia: nabycie umiejętności postępowania fizjoterapeutycznego w schorzeniach narządów wewnętrznych |             |               |
| <b>MIEJSCE PRAKTYKI</b>                                                                                                   | .....<br>(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)                                                                                                                                     |             |               |
| <b>CZAS TRWANIA</b>                                                                                                       | IV semestr (praktyka śródroczna)                                                                                                                                                                         |             |               |
| <b>IŁOŚĆ GODZIN</b>                                                                                                       | 25                                                                                                                                                                                                       |             |               |
| <b>ZAKRES CZYNNOŚCI I WYKAZ NABYTYCH UMIEJĘTNOŚCI</b>                                                                     |                                                                                                                                                                                                          | <b>DATA</b> | <b>PODPIS</b> |
| zapoznanie się ze specyfiką Oddziału                                                                                      |                                                                                                                                                                                                          |             |               |
| rozpoznanie potrzeb pacjenta z dysfunkcją narządu ruchu                                                                   |                                                                                                                                                                                                          |             |               |
| zaplanowanie i przeprowadzenie programu ćwiczeń dla osób z niewydolnością układu krążenia                                 |                                                                                                                                                                                                          |             |               |
| zaplanowanie programu ćwiczeń i ich przeprowadzenie u pacjentów z przewlekłą niewydolnością układu oddechowego            |                                                                                                                                                                                                          |             |               |
| zaplanowanie programu ćwiczeń i ich przeprowadzenie u osób starszych z dysfunkcją narządu ruchu                           |                                                                                                                                                                                                          |             |               |
| umiejętność przeprowadzenia wieloetapowej pionizacji pacjentów długo leżących                                             |                                                                                                                                                                                                          |             |               |
| wykonywanie ćwiczeń oddechowych                                                                                           |                                                                                                                                                                                                          |             |               |
| wykonywanie ćwiczeń skutecznego kaszlu                                                                                    |                                                                                                                                                                                                          |             |               |
| nauka pozycji ułożeniowych ułatwiających oddychanie                                                                       |                                                                                                                                                                                                          |             |               |
| zaplanowanie ćwiczeń fizycznych i ich przeprowadzenie u osób z cukrzycą                                                   |                                                                                                                                                                                                          |             |               |
| ocena poziomu glikemii przed i po ćwiczeniach u pacjentów z cukrzycą                                                      |                                                                                                                                                                                                          |             |               |
| zaplanowanie ćwiczeń fizycznych i ich przeprowadzenie u pacjentów z polineuropatią cukrzycową                             |                                                                                                                                                                                                          |             |               |
| zaplanowanie programu ćwiczeń i ich przeprowadzenie u osób starszych z chorobą zwyrodnieniową stawów                      |                                                                                                                                                                                                          |             |               |
| zaplanowanie programu ćwiczeń dla osób z osteoporozą                                                                      |                                                                                                                                                                                                          |             |               |
| zaplanowanie programu ćwiczeń i ich przeprowadzenie u pacjentów starszych z zaburzeniami równowagi (profilaktyka upadków) |                                                                                                                                                                                                          |             |               |
| dopasowanie pomocy ortopedycznych do potrzeb pacjenta                                                                     |                                                                                                                                                                                                          |             |               |
| dopasowanie wózka inwalidzkiego do potrzeb pacjenta                                                                       |                                                                                                                                                                                                          |             |               |
| prowadzenie dokumentacji fizjoterapeutycznej                                                                              |                                                                                                                                                                                                          |             |               |
| <b>DATA</b>                                                                                                               | .....<br>(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**  
 kierunek Fizjoterapia, studia I stopnia, II rok  
**PRAKTYKA W ZAKRESIE FIZJOTERAPII KLINICZNEJ**  
**ODDZIAŁ CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH**

wypełnia student

imię i nazwisko studenta/numer albumu.....

imię i nazwisko mentora praktyki.....

Wypełnia mentor praktyk

| WIEDZA                                                                                                                                                    | ZALICZENIE |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----|
|                                                                                                                                                           | TAK        | NIE |
| <b>K_W06</b> - Opisuje patogenezę i objawy kliniczne podstawowych jednostek chorobowych w stopniu umożliwiającym racjonalne stosowanie metod fizjoterapii |            |     |
| <b>K_W07</b> - Opisuje narzędzia i zasady oceny stanu pacjenta dla potrzeb fizjoterapii                                                                   |            |     |
| <b>K_W09</b> - Opisuje międzynarodową klasyfikację funkcjonalności (ICF)                                                                                  |            |     |

| UMIEJĘTNOŚCI                                                                                                                                                           | ZALICZENIE |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----|
|                                                                                                                                                                        | TAK        | NIE |
| <b>K_U06</b> - Współpracuje z interdyscyplinarnym zespołem specjalistów w celu zapewnienia ciągłości opieki nad pacjentem                                              |            |     |
| <b>K_U08</b> - Wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując wiedzę z zakresu budowy anatomicznej oraz funkcjonowania poszczególnych układów i narządów organizmu człowieka |            |     |
| <b>K_U09</b> - Wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując znajomość patogenezы i objawów klinicznych określonych jednostek chorobowych.                                  |            |     |
| <b>K_U19</b> - Dobiera rodzaje zaopatrzenia ortopedycznego w zależności od wskazań                                                                                     |            |     |
| <b>K_U27</b> - Opracowuje dokumentację medyczną oraz pisemne raporty z przebiegu procesu usprawniania                                                                  |            |     |
| <b>K_U29</b> - Korzysta z dokumentacji i wyników badań w zakresie niezbędnym w pracy fizjoterapeuty                                                                    |            |     |
| <b>K_U33, K_U34</b> – Przygotowuje pisemny raport i prezentuje ustnie wyniki realizowanego postępowania fizjoterapeutycznego                                           |            |     |

| KOMPETENCJE SPOŁECZNE                                                                                        | ZALICZENIE |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----|
|                                                                                                              | TAK        | NIE |
| <b>K_K02</b> - Wie, kiedy zwrócić się o pomoc do ekspertów, będąc świadomy własnych ograniczeń               |            |     |
| <b>K_K03</b> - Okazuje szacunek dla pacjentów i dba o ich dobro                                              |            |     |
| <b>K_K04</b> - Przestrzega praw pacjenta                                                                     |            |     |
| <b>K_K06</b> - Współpracuje w grupie przyjmując w niej różne role                                            |            |     |
| <b>K_K09</b> - Postępuje zgodnie z zasadami BHP                                                              |            |     |
| <b>K_K10</b> - Formułuje opinie dotyczące leczonych pacjentów w kontekście postępowania fizjoterapeutycznego |            |     |

data, pieczęć i podpis opiekuna praktyk

## II ROK

|                                                                                                 |                                                                                                                                                                          |               |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--|
| <b>ZAKRES PRAKTYKI</b>                                                                          | <b>Praktyka w zakresie fizjoterapii klinicznej</b><br><b>ODDZIAŁ KARDIOLOGII</b><br>Cel kształcenia: nauka postępowania fizjoterapeutycznego w chorobach układu krążenia |               |  |
| <b>MIEJSCE PRAKTYKI</b>                                                                         | .....<br>(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)                                                                                                     |               |  |
| <b>CZAS TRWANIA</b>                                                                             | IV semestr (praktyka śródroczna)                                                                                                                                         |               |  |
| <b>IŁOŚĆ GODZIN</b>                                                                             | 30                                                                                                                                                                       |               |  |
| <b>ZAKRES CZYNNOŚCI I WYKAZ NABYTYCH UMIEJĘTNOŚCI</b>                                           | <b>DATA</b>                                                                                                                                                              | <b>PODPIS</b> |  |
| 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                                                    |                                                                                                                                                                          |               |  |
| <b>DATA</b>                                                                                     | .....<br>(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**  
 kierunek Fizjoterapia, studia I stopnia, II rok  
**PRAKTYKA W ZAKRESIE FIZJOTERAPII KLINICZNEJ**  
**ODDZIAŁ KARDIOLOGII**

wypełnia student

imię i nazwisko studenta/numer albumu.....

imię i nazwisko mentora praktyki.....

Wypełnia mentor praktyk

| WIEDZA                                                                                                                                                    | ZALICZENIE |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----|
|                                                                                                                                                           | TAK        | NIE |
| <b>K_W06</b> - Opisuje patogenezę i objawy kliniczne podstawowych jednostek chorobowych w stopniu umożliwiającym racjonalne stosowanie metod fizjoterapii |            |     |
| <b>K_W07</b> - Opisuje narzędzia i zasady oceny stanu pacjenta dla potrzeb fizjoterapii                                                                   |            |     |
| <b>K_W09</b> - Opisuje międzynarodową klasyfikację funkcjonalności (ICF)                                                                                  |            |     |

| UMIEJĘTNOŚCI                                                                                                                                                           | ZALICZENIE |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----|
|                                                                                                                                                                        | TAK        | NIE |
| <b>K_U06</b> - Współpracuje z interdyscyplinarnym zespołem specjalistów w celu zapewnienia ciągłości opieki nad pacjentem                                              |            |     |
| <b>K_U08</b> - Wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując wiedzę z zakresu budowy anatomicznej oraz funkcjonowania poszczególnych układów i narządów organizmu człowieka |            |     |
| <b>K_U09</b> - Wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując znajomość patogenezы i objawów klinicznych określonych jednostek chorobowych.                                  |            |     |
| <b>K_U21</b> - Rozpoznaje stany zagrożenia zdrowotnego                                                                                                                 |            |     |
| <b>K_U27</b> - Opracowuje dokumentację medyczną oraz pisemne raporty z przebiegu procesu usprawniania                                                                  |            |     |
| <b>K_U29</b> - Korzysta z dokumentacji i wyników badań w zakresie niezbędnym w pracy fizjoterapeuty                                                                    |            |     |
| <b>K_U33, K_U34</b> – Przygotowuje pisemny raport i prezentuje ustnie wyniki realizowanego postępowania fizjoterapeutycznego                                           |            |     |

| KOMPETENCJE SPOŁECZNE                                                                                        | ZALICZENIE |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----|
|                                                                                                              | TAK        | NIE |
| <b>K_K02</b> - Wie, kiedy zwrócić się o pomoc do ekspertów, będąc świadomy własnych ograniczeń               |            |     |
| <b>K_K03</b> - Okazuje szacunek dla pacjentów i dba o ich dobro                                              |            |     |
| <b>K_K04</b> - Przestrzega praw pacjenta                                                                     |            |     |
| <b>K_K06</b> - Współpracuje w grupie przyjmując w niej różne role                                            |            |     |
| <b>K_K09</b> - Postępuje zgodnie z zasadami BHP                                                              |            |     |
| <b>K_K10</b> - Formułuje opinie dotyczące leczonych pacjentów w kontekście postępowania fizjoterapeutycznego |            |     |

data, podpis i pieczęć opiekuna praktyk.....

## ROK II

|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                              |             |               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------|
| <b>ZAKRES PRAKTYKI</b>                                                                                                      | <b>Praktyka w zakresie fizjoterapii klinicznej</b><br><b>ODDZIAŁ NEUROCHIRURGII</b><br>Cele kształcenia: nabycie umiejętności praktycznych w zakresie rehabilitacji neurologicznej w okresie wczesnym i późnym pooperacyjnym |             |               |
| <b>MIEJSCE PRAKTYKI</b>                                                                                                     | .....<br>(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)                                                                                                                                                         |             |               |
| <b>CZAS TRWANIA</b>                                                                                                         | IV semestr (praktyka śródroczna)                                                                                                                                                                                             |             |               |
| <b>IŁOŚĆ GODZIN</b>                                                                                                         | 30                                                                                                                                                                                                                           |             |               |
| <b>ZAKRES CZYNNOŚCI I WYKAZ NABYTCH UMIEJĘTNOŚCI</b>                                                                        |                                                                                                                                                                                                                              | <b>DATA</b> | <b>PODPIS</b> |
| 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                                                      |                                                                                                                                                                                                                              |             |               |
| <b>DATA</b>                                                                                                                 | .....<br>(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**  
 kierunek Fizjoterapia, studia I stopnia, II rok  
**PRAKTYKA W ZAKRESIE FIZJOTERAPII KLINICZNEJ**  
**ODDZIAŁ NEUROCHIRURGII**

wypełnia student

imię i nazwisko studenta/numer albumu.....

imię i nazwisko mentora praktyki.....

Wypełnia mentor praktyk

| WIEDZA                                                                                                                                                    | ZALICZENIE |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----|
|                                                                                                                                                           | TAK        | NIE |
| <b>K_W06</b> - Opisuje patogenezę i objawy kliniczne podstawowych jednostek chorobowych w stopniu umożliwiającym racjonalne stosowanie metod fizjoterapii |            |     |
| <b>K_W07</b> - Opisuje narzędzia i zasady oceny stanu pacjenta dla potrzeb fizjoterapii                                                                   |            |     |
| <b>K_W09</b> - Opisuje międzynarodową klasyfikację funkcjonalności (ICF)                                                                                  |            |     |

| UMIEJĘTNOŚCI                                                                                                                                                           | ZALICZENIE |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----|
|                                                                                                                                                                        | TAK        | NIE |
| <b>K_U06</b> - Współpracuje z interdyscyplinarnym zespołem specjalistów w celu zapewnienia ciągłości opieki nad pacjentem                                              |            |     |
| <b>K_U08</b> - Wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując wiedzę z zakresu budowy anatomicznej oraz funkcjonowania poszczególnych układów i narządów organizmu człowieka |            |     |
| <b>K_U09</b> - Wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując znajomość patogenezы i objawów klinicznych określonych jednostek chorobowych.                                  |            |     |
| <b>K_U19</b> - Dobiera rodzaje zaopatrzenia ortopedycznego w zależności od wskazań                                                                                     |            |     |
| <b>K_U27</b> - Opracowuje dokumentację medyczną oraz pisemne raporty z przebiegu procesu usprawniania                                                                  |            |     |
| <b>K_U29</b> - Korzysta z dokumentacji i wyników badań w zakresie niezbędnym w pracy fizjoterapeuty                                                                    |            |     |
| <b>K_U33, K_U34</b> – Przygotowuje pisemny raport i prezentuje ustnie wyniki realizowanego postępowania fizjoterapeutycznego                                           |            |     |

| KOMPETENCJE SPOŁECZNE                                                                                        | ZALICZENIE |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----|
|                                                                                                              | TAK        | NIE |
| <b>K_K02</b> - Wie, kiedy zwrócić się o pomoc do ekspertów, będąc świadomy własnych ograniczeń               |            |     |
| <b>K_K03</b> - Okazuje szacunek dla pacjentów i dba o ich dobro                                              |            |     |
| <b>K_K04</b> - Przestrzega praw pacjenta                                                                     |            |     |
| <b>K_K06</b> - Współpracuje w grupie przyjmując w niej różne role                                            |            |     |
| <b>K_K09</b> - Postępuje zgodnie z zasadami BHP                                                              |            |     |
| <b>K_K10</b> - Formułuje opinie dotyczące leczonych pacjentów w kontekście postępowania fizjoterapeutycznego |            |     |

data, podpis i pieczęć opiekuna praktyk .....

## II ROK

|                                                                          |                                                                                                                                   |             |               |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------|
| <b>ZAKRES PRAKTYKI</b>                                                   | <b>PRAKTYKA WAKACYJNA W PRACOWNI KINEZYTERAPII</b><br>cel kształcenia: nabycie umiejętności praktycznych w zakresie kinezyterapii |             |               |
| <b>MIEJSCE PRAKTYKI</b>                                                  | .....<br>(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)                                                              |             |               |
| <b>CZAS TRWANIA</b>                                                      | (praktyka wakacyjna)                                                                                                              |             |               |
| <b>IŁOŚĆ GODZIN</b>                                                      | 90                                                                                                                                |             |               |
| <b>ZAKRES CZYNNOŚCI I WYKAZ NABYTYCH UMIEJĘTNOŚCI</b>                    |                                                                                                                                   | <b>DATA</b> | <b>PODPIS</b> |
| 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                                              |                                                                                                                                   |             |               |
| <b>DATA</b>                                                              | .....<br>(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

kierunek Fizjoterapia, studia I stopnia, po II roku

### PRAKTYKA WAKACYJNA W PRACOWNI KINEZYTERAPII

wypełnia student

imię i nazwisko studenta/numer albumu.....

imię i nazwisko mentora praktyki.....

Wypełnia mentor praktyk

| WIEDZA                                                                                                                                                    | ZALICZENIE |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----|
|                                                                                                                                                           | TAK        | NIE |
| <b>K_W06</b> - Opisuje patogenezę i objawy kliniczne podstawowych jednostek chorobowych w stopniu umożliwiającym racjonalne stosowanie metod fizjoterapii |            |     |
| <b>K_W07</b> - Opisuje narzędzia i zasady oceny stanu pacjenta dla potrzeb fizjoterapii                                                                   |            |     |

| UMIEJĘTNOŚCI                                                                                                                                                           | ZALICZENIE |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----|
|                                                                                                                                                                        | TAK        | NIE |
| <b>K_U04</b> - Obsługuje sprzęt do kinezyterapii                                                                                                                       |            |     |
| <b>K_U08</b> - Wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując wiedzę z zakresu budowy anatomicznej oraz funkcjonowania poszczególnych układów i narządów organizmu człowieka |            |     |
| <b>K_U09</b> - Wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując znajomość patogenezы i objawów klinicznych określonych jednostek chorobowych.                                  |            |     |
| <b>K_U27</b> - Opracowuje dokumentację medyczną oraz pisemne raporty z przebiegu procesu usprawniania                                                                  |            |     |
| <b>K_U29</b> - Korzysta z dokumentacji i wyników badań w zakresie niezbędnym w pracy fizjoterapeuty                                                                    |            |     |
| <b>K_U33, K_U34</b> – Przygotowuje pisemny raport i prezentuje ustnie wyniki realizowanego postępowania fizjoterapeutycznego                                           |            |     |

| KOMPETENCJE SPOŁECZNE                                                                                        | ZALICZENIE |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----|
|                                                                                                              | TAK        | NIE |
| <b>K_K02</b> - Wie, kiedy zwrócić się o pomoc do ekspertów, będąc świadomy własnych ograniczeń               |            |     |
| <b>K_K03</b> - Okazuje szacunek dla pacjentów i dba o ich dobro                                              |            |     |
| <b>K_K04</b> - Przestrzega praw pacjenta                                                                     |            |     |
| <b>K_K06</b> - Współpracuje w grupie przyjmując w niej różne role                                            |            |     |
| <b>K_K09</b> - Postępuje zgodnie z zasadami BHP                                                              |            |     |
| <b>K_K10</b> - Formułuje opinie dotyczące leczonych pacjentów w kontekście postępowania fizjoterapeutycznego |            |     |

data, podpis i pieczęć opiekuna praktyk .....

## ROK II

|                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                      |             |               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------|
| <b>ZAKRES PRAKTYKI</b>                                                                                                                                                                                                | <b>PRAKTYKA WAKACYJNA<br/>PRACOWNIA FIZYKOTERAPII</b>                                                                |             |               |
|                                                                                                                                                                                                                       | Cel kształcenia: nabycie umiejętności praktycznych w zakresie fizykoterapii                                          |             |               |
| <b>MIEJSCE PRAKTYKI</b>                                                                                                                                                                                               | .....<br>(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)                                                 |             |               |
| <b>CZAS TRWANIA</b>                                                                                                                                                                                                   | (praktyka wakacyjna)                                                                                                 |             |               |
| <b>IŁOŚĆ GODZIN</b>                                                                                                                                                                                                   | 90                                                                                                                   |             |               |
| <b>ZAKRES CZYNNOŚCI I WYKAZ NABYTYCH UMIEJĘTNOŚCI</b>                                                                                                                                                                 |                                                                                                                      | <b>DATA</b> | <b>PODPIS</b> |
| <i>Laseroterapia</i>                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                      |             |               |
| 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             |                                                                                                                      |             |               |
| <i>Magnetoterapia</i>                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                      |             |               |
| 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 |                                                                                                                      |             |               |
| <i>Fototerapia</i>                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                      |             |               |
| 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 |                                                                                                                      |             |               |
| <i>Termoterapia</i>                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                      |             |               |
| Stosowanie zasad BHP obowiązujących w trakcie zabiegów z zakresu termoterapii                                                                                                                                         |                                                                                                                      |             |               |
| Wykonanie zabiegów z zakresu ciepłolecznictwa i krioterapii                                                                                                                                                           |                                                                                                                      |             |               |
| <i>Elektroterapia</i>                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                      |             |               |
| 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                           |                                                                                                                      |             |               |
| <i>Sonoterapia</i>                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                      |             |               |
| 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.                                       |                                                                                                                      |             |               |
| <b>DATA</b>                                                                                                                                                                                                           | .....<br>(podpis i pieczęć imienna opiekuna praktyki z jednostki organizacyjnej, w której praktyka była realizowana) |             |               |

## ROK II

### KARTA WERYFIKACJI EFEKTÓW KSZTAŁCENIA

kierunek Fizjoterapia, studia I stopnia, po II roku

#### PRAKTYKA WAKACYJNA PRACOWNIA FIZYKOTERAPII

wypełnia student

imię i nazwisko studenta/numer albumu.....

imię i nazwisko mentora praktyki.....

Wypełnia mentor praktyk

| WIEDZA                                                                                                                                                    | ZALICZENIE |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----|
|                                                                                                                                                           | TAK        | NIE |
| <b>K_W06</b> - Opisuje patogenezę i objawy kliniczne podstawowych jednostek chorobowych w stopniu umożliwiającym racjonalne stosowanie metod fizjoterapii |            |     |
| <b>K_W07</b> - Opisuje narzędzia i zasady oceny stanu pacjenta dla potrzeb fizjoterapii                                                                   |            |     |

| UMIEJĘTNOŚCI                                                                                                                                                           | ZALICZENIE |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----|
|                                                                                                                                                                        | TAK        | NIE |
| <b>K_U04</b> - Obsługuje aparaturę do fizykoterapii                                                                                                                    |            |     |
| <b>K_U08</b> - Wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując wiedzę z zakresu budowy anatomicznej oraz funkcjonowania poszczególnych układów i narządów organizmu człowieka |            |     |
| <b>K_U09</b> - Wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując znajomość patogenezы i objawów klinicznych określonych jednostek chorobowych.                                  |            |     |
| <b>K_U27</b> - Opracowuje dokumentację medyczną oraz pisemne raporty z przebiegu procesu usprawniania                                                                  |            |     |
| <b>K_U29</b> - Korzysta z dokumentacji i wyników badań w zakresie niezbędnym w pracy fizjoterapeuty                                                                    |            |     |
| <b>K_U33, K_U34</b> – Przygotowuje pisemny raport i prezentuje ustnie wyniki realizowanego postępowania fizjoterapeutycznego                                           |            |     |

| KOMPETENCJE SPOŁECZNE                                                                                        | ZALICZENIE |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----|
|                                                                                                              | TAK        | NIE |
| <b>K_K02</b> - Wie, kiedy zwrócić się o pomoc do ekspertów, będąc świadomy własnych ograniczeń               |            |     |
| <b>K_K03</b> - Okazuje szacunek dla pacjentów i dba o ich dobro                                              |            |     |
| <b>K_K04</b> - Przestrzega praw pacjenta                                                                     |            |     |
| <b>K_K06</b> - Współpracuje w grupie przyjmując w niej różne role                                            |            |     |
| <b>K_K09</b> - Postępuje zgodnie z zasadami BHP                                                              |            |     |
| <b>K_K10</b> - Formułuje opinie dotyczące leczonych pacjentów w kontekście postępowania fizjoterapeutycznego |            |     |

data, podpis i pieczęć opiekuna praktyk.....

### III ROK

|                                                                                             |                                                                                                                                             |             |               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------|
| <b>ZAKRES PRAKTYKI</b>                                                                      | <b>PRAKTYKA ŚRÓDROCZNA</b><br><b>PRACOWNIA KINEZYTERAPII</b><br>Cel kształcenia: nabycie umiejętności praktycznych w zakresie kinezyterapii |             |               |
| <b>MIEJSCE PRAKTYKI</b>                                                                     | .....<br>(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)                                                                        |             |               |
| <b>CZAS TRWANIA</b>                                                                         | V semestr - 100 godz; VI semestr - 70 godz. (praktyka śródroczna)                                                                           |             |               |
| <b>IŁOŚĆ GODZIN</b>                                                                         | 170                                                                                                                                         |             |               |
| <b>ZAKRES CZYNNOŚCI I WYKAZ NABYTYCH UMIEJĘTNOŚCI:</b>                                      |                                                                                                                                             | <b>DATA</b> | <b>PODPIS</b> |
| 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 ograniczoną wydolnością układu krążenia                 |                                                                                                                                             |             |               |
| planowanie kinezyterapii pacjenta z ograniczoną wydolnością układu oddechowego              |                                                                                                                                             |             |               |
| planowanie pionizacji czynnej pacjenta                                                      |                                                                                                                                             |             |               |
| prowadzenie ćwiczeń oddechowych grupowych                                                   |                                                                                                                                             |             |               |

|                                                         |                                                                                                                      |  |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| prorowadzenie ćwiczeń oddechowych indywidualnych        |                                                                                                                      |  |
| prorowadzenie ćwiczeń poprawiających równowagę pacjenta |                                                                                                                      |  |
| prorowadzenie ćwiczeń chodu o kulach                    |                                                                                                                      |  |
| prorowadzenie ćwiczeń chodu na schodach                 |                                                                                                                      |  |
| prorowadzenie ćwiczeń poprawiających krążenie obwodowe  |                                                                                                                      |  |
| prorowadzenie dokumentacji pacjenta                     |                                                                                                                      |  |
| <b>SEMESTR V</b><br>.....<br>(data)                     | .....<br>(podpis i pieczęć imienna opiekuna praktyki z jednostki organizacyjnej, w której praktyka była realizowana) |  |
| <b>SEMESTR VI</b><br>.....<br>(data)                    | .....<br>(podpis i pieczęć imienna opiekuna praktyki z jednostki organizacyjnej, w której praktyka była realizowana) |  |

### OPIS PRZYPADKU V SEMESTR:

#### Praktyki zatwierdził:

.....

(data)

.....

(podpis i pieczęć imienna Koordynatora praktyk CM w Bydgoszczy)

**OPIS PRZYPADKU VI SEMESTR:**

**Praktyki zatwierdził:**

.....

( data)

.....

(podpis i pieczęć imienna Koordynatora praktyk CM w Bydgoszczy)

## KARTA WERYFIKACJI EFEKTÓW KSZTAŁCENIA

kierunek Fizjoterapia , studia I stopnia, III rok

### PRAKTYKA ŚRÓDROCZNA W PRACOWNI KINEZYTERAPII

wypełnia student

imię i nazwisko studenta/numer albumu.....

imię i nazwisko mentora praktyki.....

Wypełnia mentor praktyk

| WIEDZA                                                                                                                                                    | ZALICZENIE |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----|
|                                                                                                                                                           | TAK        | NIE |
| <b>K_W06</b> - Opisuje patogenezę i objawy kliniczne podstawowych jednostek chorobowych w stopniu umożliwiającym racjonalne stosowanie metod fizjoterapii |            |     |
| <b>K_W07</b> - Opisuje narzędzia i zasady oceny stanu pacjenta dla potrzeb fizjoterapii                                                                   |            |     |

| UMIEJĘTNOŚCI                                                                                                                                                           | ZALICZENIE |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----|
|                                                                                                                                                                        | TAK        | NIE |
| <b>K_U04</b> - Obsługuje sprzęt do kinezyterapii                                                                                                                       |            |     |
| <b>K_U08</b> - Wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując wiedzę z zakresu budowy anatomicznej oraz funkcjonowania poszczególnych układów i narządów organizmu człowieka |            |     |
| <b>K_U09</b> - Wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując znajomość patogenezы i objawów klinicznych określonych jednostek chorobowych.                                  |            |     |
| <b>K_U27</b> - Opracowuje dokumentację medyczną oraz pisemne raporty z przebiegu procesu usprawniania                                                                  |            |     |
| <b>K_U29</b> - Korzysta z dokumentacji i wyników badań w zakresie niezbędnym w pracy fizjoterapeuty                                                                    |            |     |
| <b>K_U33, K_U34</b> – Przygotowuje pisemny raport i prezentuje ustnie wyniki realizowanego postępowania fizjoterapeutycznego                                           |            |     |

| KOMPETENCJE SPOŁECZNE                                                                                        | ZALICZENIE |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----|
|                                                                                                              | TAK        | NIE |
| <b>K_K02</b> - Wie, kiedy zwrócić się o pomoc do ekspertów, będąc świadomy własnych ograniczeń               |            |     |
| <b>K_K03</b> - Okazuje szacunek dla pacjentów i dba o ich dobro                                              |            |     |
| <b>K_K04</b> - Przestrzega praw pacjenta                                                                     |            |     |
| <b>K_K06</b> - Współpracuje w grupie przyjmując w niej różne role                                            |            |     |
| <b>K_K09</b> - Postępuje zgodnie z zasadami BHP                                                              |            |     |
| <b>K_K10</b> - Formuluje opinie dotyczące leczonych pacjentów w kontekście postępowania fizjoterapeutycznego |            |     |

data, podpis i pieczęć opiekuna praktyk.....



### III ROK

|                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                     |             |               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------|
| <b>ZAKRES PRAKTYKI</b>                                                                                                                                                                                                | <b>PRAKTYKA ŚRÓDROCZNA W PRACOWNI FIZYKOTERAPII</b><br>Cel kształcenia: :nabycie umiejętności praktycznych w zakresie fizykoterapii |             |               |
| <b>MIEJSCE PRAKTYKI</b>                                                                                                                                                                                               | .....<br>( pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)                                                               |             |               |
| <b>CZAS TRWANIA</b>                                                                                                                                                                                                   | V semestr - 100 godz; VI semestr - 70 godz. (praktyka śródroczna)                                                                   |             |               |
| <b>IŁOŚĆ GODZIN</b>                                                                                                                                                                                                   | 170                                                                                                                                 |             |               |
| <b>ZAKRES CZYNNOŚCI I WYKAZ NABYTYCH UMIEJĘTNOŚCI</b>                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                     | <b>DATA</b> | <b>PODPIS</b> |
| <i>Laseroterapia</i>                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                     |             |               |
| 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             |                                                                                                                                     |             |               |
| <i>Magnetoterapia</i>                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                     |             |               |
| 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 |                                                                                                                                     |             |               |
| <i>Fototerapia</i>                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                     |             |               |
| 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 |                                                                                                                                     |             |               |
| <i>Termoterapia</i>                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                     |             |               |
| Stosowanie zasad BHP obowiązujących w trakcie zabiegów z zakresu termoterapii                                                                                                                                         |                                                                                                                                     |             |               |
| Wykonanie zabiegów z zakresu ciepłolecznictwa i krioterapii                                                                                                                                                           |                                                                                                                                     |             |               |
| <i>Elektroterapia</i>                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                     |             |               |
| 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                                       |                                                                                                                      |  |
| <i>Sonoterapia</i>                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                      |  |
| 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. |                                                                                                                      |  |
| <b>SEMESTR V</b><br><br>.....<br>(data)                                                                                                                                                                                            | .....<br>(podpis i pieczęć imienna opiekuna praktyki z jednostki organizacyjnej, w której praktyka była realizowana) |  |
| <b>SEMESTR VI</b><br><br>.....<br>(data)                                                                                                                                                                                           | .....<br>(podpis i pieczęć imienna opiekuna praktyki z jednostki organizacyjnej, w której praktyka była realizowana) |  |

#### OPIS PRZYPADKU V SEMESTR:

#### Praktyki zatwierdził:

.....

( data)

.....

(podpis i pieczęć imienna Koordynatora praktyk CM w Bydgoszczy)

**OPIS PRZYPADKU VI SEMESTR:**

**Praktyki zatwierdził:**

.....

( data)

.....

(podpis i pieczęć imienna Koordynatora praktyk CM w Bydgoszczy)

# KARTA WERYFIKACJI EFEKTÓW KSZTAŁCENIA

kierunek Fizjoterapia, studia I stopnia, III rok

## PRAKTYKA ŚRÓDROCZNA PRACOWNIA FIZYKOTERAPII

wypełnia student

imię i nazwisko studenta/numer albumu.....

imię i nazwisko mentora praktyki.....

Wypełnia mentor praktyk

| WIEDZA                                                                                                                                                    | ZALICZENIE |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----|
|                                                                                                                                                           | TAK        | NIE |
| <b>K_W06</b> - Opisuje patogenezę i objawy kliniczne podstawowych jednostek chorobowych w stopniu umożliwiającym racjonalne stosowanie metod fizjoterapii |            |     |
| <b>K_W07</b> - Opisuje narzędzia i zasady oceny stanu pacjenta dla potrzeb fizjoterapii                                                                   |            |     |

| UMIEJĘTNOŚCI                                                                                                                                                           | ZALICZENIE |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----|
|                                                                                                                                                                        | TAK        | NIE |
| <b>K_U04</b> - Obsługuje aparaturę do fizykoterapii                                                                                                                    |            |     |
| <b>K_U08</b> - Wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując wiedzę z zakresu budowy anatomicznej oraz funkcjonowania poszczególnych układów i narządów organizmu człowieka |            |     |
| <b>K_U09</b> - Wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując znajomość patogenezы i objawów klinicznych określonych jednostek chorobowych.                                  |            |     |
| <b>K_U27</b> - Opracowuje dokumentację medyczną oraz pisemne raporty z przebiegu procesu usprawniania                                                                  |            |     |
| <b>K_U29</b> - Korzysta z dokumentacji i wyników badań w zakresie niezbędnym w pracy fizjoterapeuty                                                                    |            |     |
| <b>K_U33, K_U34</b> – Przygotowuje pisemny raport i prezentuje ustnie wyniki realizowanego postępowania fizjoterapeutycznego                                           |            |     |

| KOMPETENCJE SPOŁECZNE                                                                                        | ZALICZENIE |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----|
|                                                                                                              | TAK        | NIE |
| <b>K_K02</b> - Wie, kiedy zwrócić się o pomoc do ekspertów, będąc świadomy własnych ograniczeń               |            |     |
| <b>K_K03</b> - Okazuje szacunek dla pacjentów i dba o ich dobro                                              |            |     |
| <b>K_K04</b> - Przestrzega praw pacjenta                                                                     |            |     |
| <b>K_K06</b> - Współpracuje w grupie przyjmując w niej różne role                                            |            |     |
| <b>K_K09</b> - Postępuje zgodnie z zasadami BHP                                                              |            |     |
| <b>K_K10</b> - Formułuje opinie dotyczące leczonych pacjentów w kontekście postępowania fizjoterapeutycznego |            |     |

data, podpis i pieczęć opiekuna praktyk.....

### III ROK

| <b>ZAKRES PRAKTYKI</b>                                                                              | <b>Praktyka w zakresie fizjoterapii klinicznej</b><br><b>ODDZIAŁ REHABILITACJI</b><br>Cele kształcenia: nabycie umiejętności w zakresie fizjoterapii neurologicznej i fizjoterapii w chorobach zwyrodnieniowych |      |        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------|
| <b>MIEJSCE PRAKTYKI</b>                                                                             | .....<br>(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)                                                                                                                                            |      |        |
| <b>CZAS TRWANIA</b>                                                                                 | V semestr (praktyka śródroczna)                                                                                                                                                                                 |      |        |
| <b>IŁOŚĆ GODZIN</b>                                                                                 | 40                                                                                                                                                                                                              |      |        |
| 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 chorobą zwyrodnieniową stawów kolanowych               |                                                                                                                                                                                                                 |      |        |
| planowanie i prowadzenie ćwiczeń u chorych z chorobą zwyrodnieniową stawów biodrowych               |                                                                                                                                                                                                                 |      |        |
| planowanie i przeprowadzenie ćwiczeń u pacjentów po udarze mózgu                                    |                                                                                                                                                                                                                 |      |        |
| planowanie i prowadzenie ćwiczeń u chorych z chorobą zwyrodnieniową kręgosłupa w odcinku szyjnym    |                                                                                                                                                                                                                 |      |        |
| planowanie i prowadzenie ćwiczeń u chorych z chorobą zwyrodnieniową kręgosłupa w odcinku piersiowym |                                                                                                                                                                                                                 |      |        |
| planowanie i prowadzenie ćwiczeń u chorych z chorobą zwyrodnieniową kręgosłupa w odcinku lędźwiowym |                                                                                                                                                                                                                 |      |        |
| planowanie i przeprowadzenie ćwiczeń u pacjentów po urazie czaszkowo-mózgowym                       |                                                                                                                                                                                                                 |      |        |
| 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                           |                                                                                                                      |  |
| prorowadzenie dokumentacji fizjoterapeutycznej                        |                                                                                                                      |  |
| <b>DATA</b>                                                           | .....<br>(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**  
kierunek Fizjoterapia, studia I stopnia, III rok  
**PRAKTYKA W ZAKRESIE FIZJOTERAPII KLINICZNEJ**  
**ODDZIAŁ REHABILITACJI**

wypełnia student

imię i nazwisko studenta/numer albumu.....

imię i nazwisko mentora praktyki.....

Wypełnia mentor praktyk

| WIEDZA                                                                                                                                                     | ZALICZENIE |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----|
|                                                                                                                                                            | TAK        | NIE |
| <b>K_W06</b> - Opisuje patogenezę i objawy kliniczne podstawowych jednostek chorobowych w stopniu umożliwiającym racjonalne stosowanie metod fizjoterapii. |            |     |
| <b>K_W07</b> - Opisuje narzędzia i zasady oceny stanu pacjenta dla potrzeb fizjoterapii                                                                    |            |     |
| <b>K_W09</b> - Opisuje międzynarodową klasyfikację funkcjonalności (ICF).                                                                                  |            |     |

| UMIEJĘTNOŚCI                                                                                                                                                           | ZALICZENIE |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----|
|                                                                                                                                                                        | TAK        | NIE |
| <b>K_U06</b> - Współpracuje z interdyscyplinarnym zespołem specjalistów w celu zapewnienia ciągłości opieki nad pacjentem                                              |            |     |
| <b>K_U08</b> - Wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując wiedzę z zakresu budowy anatomicznej oraz funkcjonowania poszczególnych układów i narządów organizmu człowieka |            |     |
| <b>K_U09</b> - Wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując znajomość patogenezы i objawów klinicznych określonych jednostek chorobowych.                                  |            |     |
| <b>K_U19</b> - Dobiera rodzaje zaopatrzenia ortopedycznego w zależności od wskazań                                                                                     |            |     |
| <b>K_U27</b> - Opracowuje dokumentację medyczną oraz pisemne raporty z przebiegu procesu usprawniania                                                                  |            |     |
| <b>K_U29</b> - Korzysta z dokumentacji i wyników badań w zakresie niezbędnym w pracy fizjoterapeuty                                                                    |            |     |
| <b>K_U33, K_U34</b> – Przygotowuje pisemny raport i prezentuje ustnie wyniki realizowanego postępowania fizjoterapeutycznego                                           |            |     |

| KOMPETENCJE SPOŁECZNE                                                                                        | ZALICZENIE |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----|
|                                                                                                              | TAK        | NIE |
| <b>K_K02</b> - Wie, kiedy zwrócić się o pomoc do ekspertów, będąc świadomy własnych ograniczeń               |            |     |
| <b>K_K03</b> - Okazuje szacunek dla pacjentów i dba o ich dobro                                              |            |     |
| <b>K_K04</b> - Przestrzega praw pacjenta                                                                     |            |     |
| <b>K_K06</b> - Współpracuje w grupie przyjmując w niej różne role                                            |            |     |
| <b>K_K09</b> - Postępuje zgodnie z zasadami BHP                                                              |            |     |
| <b>K_K10</b> - Formułuje opinie dotyczące leczonych pacjentów w kontekście postępowania fizjoterapeutycznego |            |     |

data, podpis i pieczęć opiekuna praktyk.....

### III ROK

|                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                             |             |               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------|
| <b>ZAKRES PRAKTYKI</b>                                                                                | <b>Praktyka w zakresie fizjoterapii klinicznej</b><br><b>ODDZIAŁ INTENSYWNEJ TERAPII</b><br>Cel kształcenia: nabycie umiejętności z fizjoterapii pacjentów hospitalizowanych w Oddziale Intensywnej Terapii |             |               |
| <b>MIEJSCE PRAKTYKI</b>                                                                               | .....<br>(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)                                                                                                                                        |             |               |
| <b>CZAS TRWANIA</b>                                                                                   | VI semestr (praktyka śródroczna)                                                                                                                                                                            |             |               |
| <b>IŁOŚĆ GODZIN</b>                                                                                   | 20                                                                                                                                                                                                          |             |               |
| <b>ZAKRES CZYNNOŚCI I WYKAZ NABYTYCH UMIEJĘTNOŚCI</b>                                                 |                                                                                                                                                                                                             | <b>DATA</b> | <b>PODPIS</b> |
| 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                                                          |                                                                                                                                                                                                             |             |               |
| <b>DATA</b>                                                                                           | .....<br>(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**  
 kierunek Fizjoterapia , studia I stopnia, III rok  
**PRAKTYKA W ZAKRESIE FIZJOTERAPII KLINICZNEJ**  
**ODDZIAŁ INTENSYWNEJ TERAPII**

wypełnia student

imię i nazwisko studenta/numer albumu.....

imię i nazwisko mentora praktyki.....

Wypełnia mentor praktyk

| WIEDZA                                                                                                                                                     | ZALICZENIE |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----|
|                                                                                                                                                            | TAK        | NIE |
| <b>K_W06</b> - Opisuje patogenezę i objawy kliniczne podstawowych jednostek chorobowych w stopniu umożliwiającym racjonalne stosowanie metod fizjoterapii. |            |     |
| <b>K_W07</b> - Opisuje narzędzia i zasady oceny stanu pacjenta dla potrzeb fizjoterapii                                                                    |            |     |
| <b>K_W09</b> - Opisuje międzynarodową klasyfikację funkcjonalności (ICF)                                                                                   |            |     |

| UMIEJĘTNOŚCI                                                                                                                                                           | ZALICZENIE |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----|
|                                                                                                                                                                        | TAK        | NIE |
| <b>K_U06</b> - Współpracuje z interdyscyplinarnym zespołem specjalistów w celu zapewnienia ciągłości opieki nad pacjentem                                              |            |     |
| <b>K_U08</b> - Wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując wiedzę z zakresu budowy anatomicznej oraz funkcjonowania poszczególnych układów i narządów organizmu człowieka |            |     |
| <b>K_U09</b> - Wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując znajomość patogenezы i objawów klinicznych określonych jednostek chorobowych.                                  |            |     |
| <b>K_U21</b> - Rozpoznaje stany zagrożenia zdrowotnego                                                                                                                 |            |     |
| <b>K_U27</b> - Opracowuje dokumentację medyczną oraz pisemne raporty z przebiegu procesu usprawniania                                                                  |            |     |
| <b>K_U29</b> - Korzysta z dokumentacji i wyników badań w zakresie niezbędnym w pracy fizjoterapeuty                                                                    |            |     |
| <b>K_U33, K_U34</b> – Przygotowuje pisemny raport i prezentuje ustnie wyniki realizowanego postępowania fizjoterapeutycznego                                           |            |     |

| KOMPETENCJE SPOŁECZNE                                                                                        | ZALICZENIE |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----|
|                                                                                                              | TAK        | NIE |
| <b>K_K02</b> - Wie, kiedy zwrócić się o pomoc do ekspertów, będąc świadomy własnych ograniczeń               |            |     |
| <b>K_K03</b> - Okazuje szacunek dla pacjentów i dba o ich dobro                                              |            |     |
| <b>K_K04</b> - Przestrzega praw pacjenta                                                                     |            |     |
| <b>K_K06</b> - Współpracuje w grupie przyjmując w niej różne role                                            |            |     |
| <b>K_K09</b> - Postępuje zgodnie z zasadami BHP                                                              |            |     |
| <b>K_K10</b> - Formułuje opinie dotyczące leczonych pacjentów w kontekście postępowania fizjoterapeutycznego |            |     |

data, pieczęć i podpis opiekuna praktyk.....

### III ROK

|                                                                         |                                                                                                                                                                                           |             |               |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------|
| <b>ZAKRES PRAKTYKI</b>                                                  | <b>Praktyka w zakresie fizjoterapii klinicznej</b><br><b>ODDZIAŁ REUMATOLOGII</b><br>Cel kształcenia: nabycie umiejętności z zakresu fizjoterapii pacjentów ze schorzeniami reumatycznymi |             |               |
| <b>MIEJSCE PRAKTYKI</b>                                                 | .....<br>(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)                                                                                                                      |             |               |
| <b>CZAS TRWANIA</b>                                                     | V semestr ( praktyka śródroczna)                                                                                                                                                          |             |               |
| <b>IŁOŚĆ GODZIN</b>                                                     | 30                                                                                                                                                                                        |             |               |
| <b>ZAKRES CZYNNOŚCI I WYKAZ NABYTYCH UMIEJĘTNOŚCI</b>                   |                                                                                                                                                                                           | <b>DATA</b> | <b>PODPIS</b> |
| 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                            |                                                                                                                                                                                           |             |               |
| <b>DATA</b>                                                             | .....<br>(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**  
 kierunek Fizjoterapia , studia I stopnia, III rok  
**PRAKTYKA W ZAKRESIE FIZJOTERAPII KLINICZNEJ**  
**ODDZIAŁ REUMATOLOGII**

wypełnia student

imię i nazwisko studenta/numer albumu.....

imię i nazwisko mentora praktyki.....

Wypełnia mentor praktyk

| WIEDZA                                                                                                                                                     | ZALICZENIE |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----|
|                                                                                                                                                            | TAK        | NIE |
| <b>K_W06</b> - Opisuje patogenezę i objawy kliniczne podstawowych jednostek chorobowych w stopniu umożliwiającym racjonalne stosowanie metod fizjoterapii. |            |     |
| <b>K_W07</b> - Opisuje narzędzia i zasady oceny stanu pacjenta dla potrzeb fizjoterapii                                                                    |            |     |
| <b>K_W09</b> - Opisuje międzynarodową klasyfikację funkcjonalności (ICF).                                                                                  |            |     |

| UMIEJĘTNOŚCI                                                                                                                                                           | ZALICZENIE |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----|
|                                                                                                                                                                        | TAK        | NIE |
| <b>K_U06</b> - Współpracuje z interdyscyplinarnym zespołem specjalistów w celu zapewnienia ciągłości opieki nad pacjentem                                              |            |     |
| <b>K_U08</b> - Wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując wiedzę z zakresu budowy anatomicznej oraz funkcjonowania poszczególnych układów i narządów organizmu człowieka |            |     |
| <b>K_U09</b> - Wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując znajomość patogenezы i objawów klinicznych określonych jednostek chorobowych.                                  |            |     |
| <b>K_U19</b> - Dobiera rodzaje zaopatrzenia ortopedycznego w zależności od wskazań                                                                                     |            |     |
| <b>K_U27</b> - Opracowuje dokumentację medyczną oraz pisemne raporty z przebiegu procesu usprawniania                                                                  |            |     |
| <b>K_U29</b> - Korzysta z dokumentacji i wyników badań w zakresie niezbędnym w pracy fizjoterapeuty                                                                    |            |     |
| <b>K_U33, K_U34</b> – Przygotowuje pisemny raport i prezentuje ustnie wyniki realizowanego postępowania fizjoterapeutycznego                                           |            |     |

| KOMPETENCJE SPOŁECZNE                                                                                        | ZALICZENIE |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----|
|                                                                                                              | TAK        | NIE |
| <b>K_K02</b> - Wie, kiedy zwrócić się o pomoc do ekspertów, będąc świadomy własnych ograniczeń               |            |     |
| <b>K_K03</b> - Okazuje szacunek dla pacjentów i dba o ich dobro                                              |            |     |
| <b>K_K04</b> - Przestrzega praw pacjenta                                                                     |            |     |
| <b>K_K06</b> - Współpracuje w grupie przyjmując w niej różne role                                            |            |     |
| <b>K_K09</b> - Postępuje zgodnie z zasadami BHP                                                              |            |     |
| <b>K_K10</b> - Formułuje opinie dotyczące leczonych pacjentów w kontekście postępowania fizjoterapeutycznego |            |     |

data, podpis i pieczęć opiekuna praktyk.....

### III ROK

|                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                            |             |               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------|
| <b>ZAKRES PRAKTYKI</b>                                                                                                    | <b>Praktyka w zakresie fizjoterapii klinicznej</b><br><b>ODDZIAŁ CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH</b><br>Cel kształcenia: nauka postępowania fizjoterapeutycznego w schorzeniach narządów wewnętrznych |             |               |
| <b>MIEJSCE PRAKTYKI</b>                                                                                                   | .....<br>(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)                                                                                                                       |             |               |
| <b>CZAS TRWANIA</b>                                                                                                       | VI semestr (praktyka śródroczna)                                                                                                                                                           |             |               |
| <b>IŁOŚĆ GODZIN</b>                                                                                                       | 30                                                                                                                                                                                         |             |               |
| <b>ZAKRES CZYNNOŚCI I WYKAZ NABITYCH UMIEJĘTNOŚCI</b>                                                                     |                                                                                                                                                                                            | <b>DATA</b> | <b>PODPIS</b> |
| 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 i pozycji ułożeniowych ułatwiających oddychanie                                           |                                                                                                                                                                                            |             |               |
| wykonywanie ćwiczeń skutecznego kaszlu                                                                                    |                                                                                                                                                                                            |             |               |
| zaplanowanie ćwiczeń fizycznych i ich przeprowadzenie u osób z cukrzycą                                                   |                                                                                                                                                                                            |             |               |
| ocena poziomu glikemii przed i po ćwiczeniach u pacjentów z cukrzycą                                                      |                                                                                                                                                                                            |             |               |
| zaplanowanie ćwiczeń fizycznych i ich przeprowadzenie u pacjentów z polineuropatią cukrzycową                             |                                                                                                                                                                                            |             |               |
| zaplanowanie programu ćwiczeń i ich przeprowadzenie u osób starszych z chorobą zwyrodnieniową stawów                      |                                                                                                                                                                                            |             |               |
| zaplanowanie programu ćwiczeń dla osób z osteoporozą                                                                      |                                                                                                                                                                                            |             |               |
| zaplanowanie programu ćwiczeń i ich przeprowadzenie u pacjentów starszych z zaburzeniami równowagi (profilaktyka upadków) |                                                                                                                                                                                            |             |               |
| dopasowanie pomocy ortopedycznych i wózka inwalidzkiego do potrzeb pacjenta                                               |                                                                                                                                                                                            |             |               |
| prowadzenie dokumentacji fizjoterapeutycznej                                                                              |                                                                                                                                                                                            |             |               |
| <b>DATA</b>                                                                                                               | .....<br>(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

kierunek Fizjoterapia, studia I stopnia, III rok

### PRAKTYKA W ZAKRESIE FIZJOTERAPII KLINICZNEJ

#### ODDZIAŁ CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH

wypełnia student

imię i nazwisko studenta/numer albumu.....

imię i nazwisko mentora praktyki.....

Wypełnia mentor praktyk

| WIEDZA                                                                                                                                                    | ZALICZENIE |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----|
|                                                                                                                                                           | TAK        | NIE |
| <b>K_W06</b> - Opisuje patogenezę i objawy kliniczne podstawowych jednostek chorobowych w stopniu umożliwiającym racjonalne stosowanie metod fizjoterapii |            |     |
| <b>K_W07</b> - Opisuje narzędzia i zasady oceny stanu pacjenta dla potrzeb fizjoterapii                                                                   |            |     |
| <b>K_W09</b> - Opisuje międzynarodową klasyfikację funkcjonalności (ICF)                                                                                  |            |     |

| UMIEJĘTNOŚCI                                                                                                                                                           | ZALICZENIE |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----|
|                                                                                                                                                                        | TAK        | NIE |
| <b>K_U06</b> - Współpracuje z interdyscyplinarnym zespołem specjalistów w celu zapewnienia ciągłości opieki nad pacjentem                                              |            |     |
| <b>K_U08</b> - Wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując wiedzę z zakresu budowy anatomicznej oraz funkcjonowania poszczególnych układów i narządów organizmu człowieka |            |     |
| <b>K_U09</b> - Wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując znajomość patogenezы i objawów klinicznych określonych jednostek chorobowych.                                  |            |     |
| <b>K_U19</b> - Dobiera rodzaje zaopatrzenia ortopedycznego w zależności od wskazań                                                                                     |            |     |
| <b>K_U27</b> - Opracowuje dokumentację medyczną oraz pisemne raporty z przebiegu procesu usprawniania                                                                  |            |     |
| <b>K_U29</b> - Korzysta z dokumentacji i wyników badań w zakresie niezbędnym w pracy fizjoterapeuty                                                                    |            |     |
| <b>K_U33, K_U34</b> – Przygotowuje pisemny raport i prezentuje ustnie wyniki realizowanego postępowania fizjoterapeutycznego                                           |            |     |

| KOMPETENCJE SPOŁECZNE                                                                                        | ZALICZENIE |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----|
|                                                                                                              | TAK        | NIE |
| <b>K_K02</b> - Wie, kiedy zwrócić się o pomoc do ekspertów, będąc świadomy własnych ograniczeń               |            |     |
| <b>K_K03</b> - Okazuje szacunek dla pacjentów i dba o ich dobro                                              |            |     |
| <b>K_K04</b> - Przestrzega praw pacjenta                                                                     |            |     |
| <b>K_K06</b> - Współpracuje w grupie przyjmując w niej różne role                                            |            |     |
| <b>K_K09</b> - Postępuje zgodnie z zasadami BHP                                                              |            |     |
| <b>K_K10</b> - Formułuje opinie dotyczące leczonych pacjentów w kontekście postępowania fizjoterapeutycznego |            |     |

data, pieczęć i podpis opiekuna praktyk .....



### III ROK

|                                                                                                 |                                                                                                                                                                          |               |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--|
| <b>ZAKRES PRAKTYKI</b>                                                                          | <b>Praktyka w zakresie fizjoterapii klinicznej</b><br><b>ODDZIAŁ KARDIOLOGII</b><br>Cel kształcenia: nauka postępowania fizjoterapeutycznego w chorobach układu krążenia |               |  |
| <b>MIEJSCE PRAKTYKI</b>                                                                         | .....<br>(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)                                                                                                     |               |  |
| <b>CZAS TRWANIA</b>                                                                             | VI semestr (praktyka śródroczna)                                                                                                                                         |               |  |
| <b>IŁOŚĆ GODZIN</b>                                                                             | 20                                                                                                                                                                       |               |  |
| <b>ZAKRES CZYNNOŚCI I WYKAZ NABYTYCH UMIEJĘTNOŚCI</b>                                           | <b>DATA</b>                                                                                                                                                              | <b>PODPIS</b> |  |
| 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                                                    |                                                                                                                                                                          |               |  |
| <b>DATA</b>                                                                                     | .....<br>(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**  
 kierunek Fizjoterapia, studia I stopnia, III rok  
**PRAKTYKA W ZAKRESIE FIZJOTERAPII KLINICZNEJ**  
**ODDZIAŁ KARDIOLOGII**

wypełnia student

imię i nazwisko studenta/numer albumu.....

imię i nazwisko mentora praktyki.....

Wypełnia mentor praktyk

| WIEDZA                                                                                                                                                    | ZALICZENIE |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----|
|                                                                                                                                                           | TAK        | NIE |
| <b>K_W06</b> - Opisuje patogenezę i objawy kliniczne podstawowych jednostek chorobowych w stopniu umożliwiającym racjonalne stosowanie metod fizjoterapii |            |     |
| <b>K_W07</b> - Opisuje narzędzia i zasady oceny stanu pacjenta dla potrzeb fizjoterapii                                                                   |            |     |
| <b>K_W09</b> - Opisuje międzynarodową klasyfikację funkcjonalności (ICF)                                                                                  |            |     |

| UMIEJĘTNOŚCI                                                                                                                                                           | ZALICZENIE |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----|
|                                                                                                                                                                        | TAK        | NIE |
| <b>K_U06</b> - Współpracuje z interdyscyplinarnym zespołem specjalistów w celu zapewnienia ciągłości opieki nad pacjentem                                              |            |     |
| <b>K_U08</b> - Wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując wiedzę z zakresu budowy anatomicznej oraz funkcjonowania poszczególnych układów i narządów organizmu człowieka |            |     |
| <b>K_U09</b> - Wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując znajomość patogenezy i objawów klinicznych określonych jednostek chorobowych.                                  |            |     |
| <b>K_U21</b> - Rozpoznaje stany zagrożenia zdrowotnego                                                                                                                 |            |     |
| <b>K_U27</b> - Opracowuje dokumentację medyczną oraz pisemne raporty z przebiegu procesu usprawniania                                                                  |            |     |
| <b>K_U29</b> - Korzysta z dokumentacji i wyników badań w zakresie niezbędnym w pracy fizjoterapeuty                                                                    |            |     |
| <b>K_U33, K_U34</b> – Przygotowuje pisemny raport i prezentuje ustnie wyniki realizowanego postępowania fizjoterapeutycznego                                           |            |     |

| KOMPETENCJE SPOŁECZNE                                                                                        | ZALICZENIE |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----|
|                                                                                                              | TAK        | NIE |
| <b>K_K02</b> - Wie, kiedy zwrócić się o pomoc do ekspertów, będąc świadomy własnych ograniczeń               |            |     |
| <b>K_K03</b> - Okazuje szacunek dla pacjentów i dba o ich dobro                                              |            |     |
| <b>K_K04</b> - Przestrzega praw pacjenta                                                                     |            |     |
| <b>K_K06</b> - Współpracuje w grupie przyjmując w niej różne role                                            |            |     |
| <b>K_K09</b> - Postępuje zgodnie z zasadami BHP                                                              |            |     |
| <b>K_K10</b> - Formułuje opinie dotyczące leczonych pacjentów w kontekście postępowania fizjoterapeutycznego |            |     |

data, podpis i pieczęć opiekuna praktyk.....

### ROK III

|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                            |             |               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------|
| <b>ZAKRES PRAKTYKI</b>                                                                                                      | <b>Praktyka w zakresie fizjoterapii klinicznej</b><br><b>ODDZIAŁ NEUROCHIRURGII</b><br>Cele kształcenia: nabycie umiejętności postępowania fizjoterapeutycznego u pacjentów w okresie wczesnym i późnym pooperacyjnym leczonych na Oddziale Neurochirurgii |             |               |
| <b>MIEJSCE PRAKTYKI</b>                                                                                                     | .....<br>(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)                                                                                                                                                                                       |             |               |
| <b>CZAS TRWANIA</b>                                                                                                         | V semestr (praktyka śródroczna)                                                                                                                                                                                                                            |             |               |
| <b>IŁOŚĆ GODZIN</b>                                                                                                         | 30                                                                                                                                                                                                                                                         |             |               |
| <b>ZAKRES CZYNNOŚCI I WYKAZ NABYTYCH UMIEJĘTNOŚCI</b>                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>DATA</b> | <b>PODPIS</b> |
| 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                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                            |             |               |
| <b>DATA</b>                                                                                                                 | .....<br>(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**  
kierunek Fizjoterapia, studia I stopnia, III rok  
**PRAKTYKA W ZAKRESIE FIZJOTERAPII KLINICZNEJ**  
**ODDZIAŁ NEUROCHIRURGII**

wypełnia student

imię i nazwisko studenta/numer albumu.....

imię i nazwisko mentora praktyki.....

Wypełnia mentor praktyk

| WIEDZA                                                                                                                                                    | ZALICZENIE |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----|
|                                                                                                                                                           | TAK        | NIE |
| <b>K_W06</b> - Opisuje patogenezę i objawy kliniczne podstawowych jednostek chorobowych w stopniu umożliwiającym racjonalne stosowanie metod fizjoterapii |            |     |
| <b>K_W07</b> - Opisuje narzędzia i zasady oceny stanu pacjenta dla potrzeb fizjoterapii                                                                   |            |     |
| <b>K_W09</b> - Opisuje międzynarodową klasyfikację funkcjonalności (ICF)                                                                                  |            |     |

| UMIEJĘTNOŚCI                                                                                                                                                           | ZALICZENIE |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----|
|                                                                                                                                                                        | TAK        | NIE |
| <b>K_U06</b> - Współpracuje z interdyscyplinarnym zespołem specjalistów w celu zapewnienia ciągłości opieki nad pacjentem                                              |            |     |
| <b>K_U08</b> - Wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując wiedzę z zakresu budowy anatomicznej oraz funkcjonowania poszczególnych układów i narządów organizmu człowieka |            |     |
| <b>K_U09</b> - Wykonuje zabiegi fizykalne wykorzystując znajomość patogenezы i objawów klinicznych określonych jednostek chorobowych.                                  |            |     |
| <b>K_U19</b> - Dobiera rodzaje zaopatrzenia ortopedycznego w zależności od wskazań                                                                                     |            |     |
| <b>K_U27</b> - Opracowuje dokumentację medyczną oraz pisemne raporty z przebiegu procesu usprawniania                                                                  |            |     |
| <b>K_U29</b> - Korzysta z dokumentacji i wyników badań w zakresie niezbędnym w pracy fizjoterapeuty                                                                    |            |     |
| <b>K_U33, K_U34</b> – Przygotowuje pisemny raport i prezentuje ustnie wyniki realizowanego postępowania fizjoterapeutycznego                                           |            |     |

| KOMPETENCJE SPOŁECZNE                                                                                        | ZALICZENIE |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----|
|                                                                                                              | TAK        | NIE |
| <b>K_K02</b> - Wie, kiedy zwrócić się o pomoc do ekspertów, będąc świadomy własnych ograniczeń               |            |     |
| <b>K_K03</b> - Okazuje szacunek dla pacjentów i dba o ich dobro                                              |            |     |
| <b>K_K04</b> - Przestrzega praw pacjenta                                                                     |            |     |
| <b>K_K06</b> - Współpracuje w grupie przyjmując w niej różne role                                            |            |     |
| <b>K_K09</b> - Postępuje zgodnie z zasadami BHP                                                              |            |     |
| <b>K_K10</b> - Formułuje opinie dotyczące leczonych pacjentów w kontekście postępowania fizjoterapeutycznego |            |     |

data, podpis i pieczęć opiekuna praktyk.....