**Dziennik praktyk dla studentów V roku na kierunku FIZJOTERAPIA w Akademii Wychowania Fizycznego
im. E. Piaseckiego w Poznaniu, Wydziału Nauk o Zdrowiu opracowanego na podstawie OBWIESZCZENIA MINISTRA ZDROWIA z dnia 4 lipca 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie praktyki zawodowej realizowanej w ramach kształcenia fizjoterapeutów z dnia 26 maja 2022 r.**

**DZIENNIK**

**PRAKTYKI ZAWODOWEJ REALIZOWANEJ W RAMACH KSZTAŁCENIA**

**W ZAKRESIE FIZJOTERAPII**

**AKADEMIA WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

**IM. E. PIASECKIEGO W POZNANIU**

**WYDZIAŁ NAUK O ZDROWIU**

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

(własnoręczny podpis praktykanta)

*\*) wewnętrzna strona okładki*

Dr hab. Marzena Wiernicka – Pełnomocnik Dziekana ds. Praktyk klinicznych



Pan(i)

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

(imię i nazwisko praktykanta)

Posiadający/posiadająca numer PESEL1) …………………….……………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(miejsce odbywania praktyki – nazwa podmiotu, oddział)

……………………………………………………………………………………

(daty rozpoczęcia i zakończenia praktyki zawodowej)

……………………………………………………………………………………………….……..

(imię, nazwisko opiekuna; nr prawa wykonywania zawodu; pieczątka)

…………………………………………………………….…………………………………………

(pieczątka, nadruk lub naklejka zawierające imię i nazwisko

oraz oznaczenie funkcji kierownika jednostki organizacyjnej uczelni oraz jego własnoręczny podpis)

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

**Część I *(\*wypełnia praktykant, gdy placówka jest jednoprofilowa)***

|  |  |
| --- | --- |
| **Data: dzień/miesiąc/rok** | **Wyszczególnienie zajęć – wykonywane czynności praktyczne i nabyte umiejętności**(m.in.: wiek, płeć pacjenta**, ICD-10 z opisem**, rodzaj i opis wykonywania zabiegu fizjoterapeutycznego, czas trwania zabiegu \* krótkie opisy przypadków choroby i leczenia, opisy metod diagnostycznych, planowanie fizjoterapii, opisy metodyki zabiegów terapeutycznych, opisy metody postępów leczenia, wynik leczenia w sposób **uniemożliwiający** identyfikację pacjentów) |
|  |  |

 ……………………..…………………………………………………………………

 (pieczątka, nadruk lub naklejka zawierające imię i nazwisko

oraz oznaczenie funkcji opiekuna, oraz jego własnoręczny podpis)

**Część I *(\*wypełnia praktykant, gdy placówka jest wieloprofilowa)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Data: dzień/miesiąc/rok** | **Oddział** (\* wg zakresu praktyki zawodowej opisanej w rozporządzeniu wymienić pacjentów leczonych w zakresie reumatologii, pediatrii, geriatrii, neurologii, ortopedii, kardiologii, psychiatrii, pulmonologii, onkologii i medycyny paliatywnej) | **Wiek**, **płeć pacjenta, ICD-10 z opisem, rodzaj i opis wykonywania zabiegu fizjoterapeutycznego, czas trwania zabiegu** (\* krótkie opisy przypadków choroby i leczenia, opisy metod diagnostycznych, planowanie fizjoterapii, opisy metodyki zabiegów terapeutycznych, opisy metody postępów leczenia, wynik leczenia w sposób **uniemożliwiający** identyfikację pacjentów) |
|  |  |  |

 ……………………..…………………………………………………………………

 (pieczątka, nadruk lub naklejka zawierające imię i nazwisko

oraz oznaczenie funkcji opiekuna, oraz jego własnoręczny podpis)

**Część II**

**Wykaz zaliczonych umiejętności określonych w programie praktyki zawodowej**

 *(\* wypełnia opiekun praktyki zawodowej w placówce, gdzie odbywa się praktyka)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Wykaz umiejętności nabytych przez praktykanta podczas realizacji praktyki zawodowej** | **Podpis, pieczęć i zaliczenie (zaliczone/niezaliczone) opiekuna praktyk w placówce, w której realizowana była praktyka zawodowa.** |
| 1.Umiejętność wykonywania badania podmiotowego i przedmiotowego na potrzeby fizjoterapii |  |
| 2. Umiejętność zaplanowania, weryfikowania, modyfikowania programu terapii z użyciem zabiegów fizykalnych w wybranych jednostkach chorobowych  |  |
| 3. Umiejętność doboru zabiegu fizykalnego (balneoterapeutycznego) adekwatnie do stanu zdrowia pacjenta- dobór parametrów zabiegów fizykalnych w warunkach w warunkach klinicznych,- kontrolowanie przebiegu zabiegów fizykalnych,-ocena reakcji organizmu w odpowiedzi na różne zabiegi fizykalne. |  |
| 4. Wykonanie zabiegów fizykalnych − zabiegi cieplne miejscowe i ogólne (zabieg sauny), miejscowe zabiegi schładzania i krioterapii, kąpiele i półkąpiele, natryski, masaż wirowy kończyn górnych i dolnych, masaż podwodny, zabiegi z użyciem światła podczerwonego i nadfioletowego, laseroterapia, magnetoterapia, zabiegi z użyciem pól magnetycznych wielkiej częstotliwości, terapia ultradźwiękowa i fonoforeza, inhalacje; zabiegi elektroterapii z użyciem prądu stałego oraz prądów małej i średniej częstotliwości i inne.~~(~~*~~\* podkreślić te zabiegi, które były wykonywane na praktykach).~~* |  |
| 5.Planowanie i wykonanie diagnostyki funkcjonalnej pacjentów z różnymi dysfunkcjami układu ruchu dla potrzeb kinezyterapii (badanie podmiotowe, przedmiotowe, podstawowe pomiary, sposoby oceny, testy funkcjonalne oraz testy specyficzne niezbędne dla programowania kinezyterapii). |  |
| 6. Kwalifikacja, planowanie i prowadzenie odpowiednie do stanu funkcjonalnego pacjenta ćwiczeń i technik z zakresu kinezyterapii, w oparciu o wyniki przeprowadzonej oceny funkcjonalnej. |  |
| 7. Umiejętność wykonania masażu w wybranych jednostkach chorobowych i modyfikowania masażu w zależności od stanu i wieku pacjenta. |  |
| 8. Umiejętność zaprogramowania badania funkcjonalnego układu ruchu, narządów wewnętrznych oraz badań wydolnościowych niezbędnych dla stosowania odpowiednich metod specjalnych fizjoterapii. |  |
| 9. Wykorzystanie w terapii zasad i technik z zakresu metod specjalnych fizjoterapii u osób z chorobami i dysfunkcjami dotyczącymi różnych narządów i układów – stosownie do ich stanu klinicznego i funkcjonalnego. |  |
| 10. Umiejętność zaprogramowania treningu funkcjonalnego w fizjoterapii odpowiednio do stanu pacjenta, umiejętność instruowania chorych odnośnie do wykonywania ćwiczeń z zakresu metod specjalnych w domu. |  |
| 11. Umiejętność programowania adaptowanej aktywności fizycznej w rehabilitacji kompleksowej i podtrzymywaniu sprawności osób ze specjalnymi potrzebami. |  |
| 12. Dobór przedmiotów ortopedycznych do potrzeb osoby rehabilitowanej. |  |
| 13. Udzielenie pacjentowi porady w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki niepełnosprawności, np. osteoporozy, otyłości itp. |  |
| 14. Umiejętność zastosowania w praktyce znajomości obowiązków pracowniczych i regulaminu pracy fizjoterapeuty. |  |
| 15. Umiejętność zastosowania w praktyce znajomości praw pacjenta określonych w odrębnych przepisach. |  |
| 16. Umiejętność prowadzenia dokumentacji medycznej, znajomość zasad jej dostępności i obiegu dokumentów. |  |
| 17. Umiejętność określania kosztów działalności fizjoterapeutycznej. |  |

 …………………………………………………………………………………………

 (data, pieczątka, nadruk lub naklejka zawierające imię i nazwisko

oraz oznaczenie funkcji opiekuna, oraz jego własnoręczny podpis)

**Część III**

Rozstrzygnięcie w sprawie skrócenia praktyki zawodowej oraz informacja o jego przekazaniu do kierownika jednostki organizacyjnej uczelni ***(dotyczy tylko i wyłącznie studenta posiadającego poświadczone dokumenty uprawniające do pracy na stanowisku technika fizjoterapii lub technika masażysty oraz posiadanie co najmniej 5 lat udokumentowanego doświadczenia zawodowego)***

………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………

……………………..…………………………………………………………………

(pieczątka, nadruk lub naklejka zawierające imię i nazwisko

oraz oznaczenie funkcji opiekuna, oraz jego własnoręczny podpis)

**Część IV**

Informacja o skróceniu praktyki zawodowej

***(dotyczy tylko i wyłącznie studenta posiadającego poświadczone dokumenty uprawniające do pracy na stanowisku technika fizjoterapii lub technika masażysty oraz posiadanie co najmniej 5 lat udokumentowanego doświadczenia zawodowego)***

………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………

……………………..…………………………………………………………………

(pieczątka, nadruk lub naklejka zawierające imię i nazwisko

oraz oznaczenie funkcji opiekuna, oraz jego własnoręczny podpis)

**Część V**

  ……………………………………………..

 (pieczęć, nadruk lub naklejka

adres oraz NIP zawierające nazwę, adres

oraz NIP podmiotu leczniczego)

**Opinia opiekuna praktyki zawodowej realizowanej w ramach kształcenia fizjoterapeutów**

Pan(i)

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

(imię i nazwisko praktykanta)

posiadający/posiadająca numer PESEL2) …………………………………………………………………………………………..……..

zaliczył(a) praktykę zawodową realizowaną w okresie od ……………….… do ……………………..… w liczbie godzin dydaktycznych ………………….

w podmiocie leczniczym ……………………………………….……...……………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………….…

……………………………………………………………………………………………...………………………………………………………….……

(nazwa i adres podmiotu leczniczego)

(treść opinii opiekuna praktyki)

…………………………………….…………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…

Imię i nazwisko opiekuna praktyki ………………………………………………………………………………………………………….

Nazwa i adres podmiotu leczniczego …………………………………………………………………………..............................

…………………………………………………………………………………………………………………................................................

…………………………………………………………………………………………………………………................................................

**1. Ocena przygotowania teoretycznego studenta do wykonywanej pracy**

\*A,B,C,D,E,F

**2. Ocena umiejętności praktycznych**

\*A,B,C,D,E,F

**3. Ocena kompetencji społecznych** (m.in.: dbałość o samokształcenie, odpowiedzialność za własne przygotowanie do pracy, świadomość własnych ograniczeń, krytycyzm w ocenie podejmowanych działań, inicjatywa, samodzielne wykonywanie powierzonych zadań, akceptacja opinii członków zespołu rehabilitacyjnego, przestrzeganie zasad etyki zawodowej, wykazywanie zrozumienia dla problemów wynikających z choroby i niepełnosprawności pacjenta, wykorzystywanie i promowanie standardów obowiązujących w fizjoterapii, dbałość o prestiż związany z wykonywaniem zawodu)

\*A,B,C,D,E,F

\*A – BARDZO DOBRY

 B – DOBRY PLUS

 C – DOBRY

 D – DOSTATECZNY PLUS

 E – DOSTATECZNY

 F – NIEDOSTATECZNY

Ocena końcowa wystawiona przez Opiekuna praktyki: ……………………………………………………………………..

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

(data, pieczątka i podpis opiekuna)

Ocena dziennika praktyk

 ……………………………

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

(data, pieczątka i podpis osoby upoważnionej z ramienia Uczelni)

*Praktykę zalicza kierownik jednostki organizacyjnej uczelni na podstawie wymaganych wpisów w dzienniku*

*praktyki zawodowej, na podstawie opinii opiekuna oraz oceny dziennika praktyk.*

 Ocena końcowa praktyki zawodowej

 …………………………………………………………

……..………………………………….……………………………

(data, pieczątka i podpis kierownika jednostki organizacyjnej uczelni)

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