# DZIENNIK

**PRAKTYKI ZAWODOWEJ REALIZOWANEJ W RAMACH KSZTAŁCENIA W ZAKRESIE FIZJOTERAPII**

**Uniwersytet Opolski**

**Wydział Nauk o Zdrowiu**

okładka – strona 1

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

(własnoręczny podpis praktykanta)

wewnętrzna strona okładki 1 – strona 2

……………………………………………………………….. Imię i nazwisko kierownika jednostki organizacyjnej uczelni

Pan(i)

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

pieczęć, nadruk lub naklejka zawierające

nazwę, adres oraz NIP jednostki

organizacyjnej uczelni

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

(imię i nazwisko praktykanta)

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

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

………………………………………… (data rozpoczęcia praktyki zawodowej)

……………………………………………………………………………………………….…….. (imię i nazwisko opiekuna)

…………………………………………

pieczątka, nadruk lub naklejka zawierające

imię i nazwisko oraz oznaczenie funkcji

kierownika jednostki organizacyjnej uczelni   
 oraz jego własnoręczny podpis

strona 3

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

### Część I

Wykaz czynności praktycznych wykonywanych przez praktykanta

|  |  |
| --- | --- |
| **Data** | **Wyszczególnienie zajęć – wykonywane czynności praktyczne**  **i nabyte umiejętności** |
|  |  |

strona 4

…………..…………..………………..

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Wykaz umiejętności** | **Podpis opiekuna** |
| Umiejętność wykonywania badania podmiotowego  i przedmiotowego na potrzeby fizjoterapii |  |
| Umiejętność zaplanowania, weryfikowania, modyfikowania  programu terapii z użyciem zabiegów fizykalnych w wybranych jednostkach chorobowych |  |
| Umiejętność doboru rodzaju zabiegu fizykalnego (balneoterapeutycznego) adekwatnie do stanu zdrowia pacjenta:   * dobór parametrów zabiegów fizykalnych w warunkach klinicznych * kontrolowanie przebiegu zabiegów fizykalnych * ocena reakcji organizmu w odpowiedzi na różne zabiegi fizykalne |  |
| 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 |  |
| 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) |  |
| Kwalifikacja, planowanie i prowadzenie odpowiednie do stanu funkcjonalnego pacjenta ćwiczeń i technik z zakresu kinezyterapii,  w oparciu o wyniki przeprowadzonej oceny funkcjonalnej |  |
| Umiejętność wykonania masażu w wybranych jednostkach  chorobowych i modyfikowania masażu w zależności od stanu i wieku pacjenta |  |

strona 5

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wykaz umiejętności** | | | | | **Podpis opiekuna** |
| Umiejętność zaprogramowania badania funkcjonalnego układu ruchu, narządów wewnętrznych oraz badań wydolnościowych niezbędnych dla stosowania odpowiednich metod specjalnych  fizjoterapii | | | | |  |
| 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 | | | | |  |
| Umiejętność zaprogramowania treningu funkcjonalnego w fizjoterapii odpowiednio do stanu pacjenta, umiejętność instruowania chorych odnośnie do wykonywania ćwiczeń  z zakresu metod specjalnych w domu | | | | |  |
| Umiejętność programowania adaptowanej aktywności fizycznej  w rehabilitacji kompleksowej i podtrzymywaniu sprawności osób ze specjalnymi potrzebami | | | | |  |
| Dobór przedmiotów  rehabilitowanej | ortopedycznych | do | potrzeb | osoby |  |
| Udzielenie pacjentowi porady w zakresie promocji zdrowia  i profilaktyki niepełnosprawności, np. osteoporozy, otyłości itp. | | | | |  |
| Umiejętność zastosowania w praktyce znajomości obowiązków  pracowniczych i regulaminu pracy fizjoterapeuty | | | | |  |
| Umiejętność zastosowania w praktyce znajomości praw pacjenta  określonych w odrębnych przepisach | | | | |  |
| Umiejętność prowadzenia dokumentacji medycznej, znajomość  zasad jej dostępności i obiegu dokumentów | | | | |  |
| Umiejętność określania kosztów działalności fizjoterapeutycznej | | | | |  |

……..…………..………………..

pieczątka, nadruk lub naklejka

zawierające imię i nazwisko

oraz oznaczenie funkcji opiekuna,

oraz jego własnoręczny podpis

strona 6

### Część III

Rozstrzygnięcie w sprawie skrócenia praktyki zawodowej oraz informacja o jego przekazaniu do kierownika jednostki organizacyjnej uczelni

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

……..…………..………………..

pieczątka, nadruk lub naklejka

zawierające imię i nazwisko

oraz oznaczenie funkcji opiekuna, oraz jego własnoręczny podpis

strona 7

Informacja o skróceniu praktyki zawodowej

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

……..…………..………………..

pieczątka, nadruk lub naklejka

zawierające imię i nazwisko

oraz oznaczenie funkcji opiekuna,

oraz jego własnoręczny podpis

strona 8

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

pieczęć, nadruk lub naklejka zawierające nazwę, pieczęć, nadruk lub naklejka zawierające nazwę,

adres oraz NIP jednostki organizacyjnej uczelni adres oraz NIP podmiotu leczniczego

Pan(i)

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

(imię i nazwisko praktykanta)

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

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

zaliczył(a) praktykę zawodową realizowaną w okresie od ……………….…

do ……………………..…

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

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

……………………………………………………………………………………………...……… (nazwa i adres podmiotu leczniczego)

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

pieczątka, nadruk lub naklejka zawierające imię i nazwisko

oraz oznaczenie funkcji opiekuna, oraz jego własnoręczny podpis

…………………………….…………………………….

pieczątka, nadruk lub naklejka zawierające imię i nazwisko

oraz oznaczenie funkcji kierownika jednostki organizacyjnej uczelni

oraz jego własnoręczny podpis

strona 9

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