# 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 podmiotowegoi przedmiotowego na potrzeby fizjoterapii |  |
| Umiejętność zaplanowania, weryfikowania, modyfikowaniaprogramu 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 małeji 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 specyficzneniezbędne 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 jednostkachchorobowych 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 specjalnychfizjoterapii |  |
| Wykorzystanie w terapii zasad i technik z zakresu metod specjalnych fizjoterapii u osób z chorobami i dysfunkcjami dotyczącymi różnych narządów i układów – stosownie do ichstanu klinicznego i funkcjonalnego |  |
| Umiejętność zaprogramowania treningu funkcjonalnego w fizjoterapii odpowiednio do stanu pacjenta, umiejętność instruowania chorych odnośnie do wykonywania ćwiczeńz zakresu metod specjalnych w domu |  |
| Umiejętność programowania adaptowanej aktywności fizycznejw rehabilitacji kompleksowej i podtrzymywaniu sprawności osób ze specjalnymi potrzebami |  |
| Dobór przedmiotówrehabilitowanej | ortopedycznych | do | potrzeb | osoby |  |
| Udzielenie pacjentowi porady w zakresie promocji zdrowiai profilaktyki niepełnosprawności, np. osteoporozy, otyłości itp. |  |
| Umiejętność zastosowania w praktyce znajomości obowiązkówpracowniczych i regulaminu pracy fizjoterapeuty |  |
| Umiejętność zastosowania w praktyce znajomości praw pacjentaokreślonych w odrębnych przepisach |  |
| Umiejętność prowadzenia dokumentacji medycznej, znajomośćzasad 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.