Pieczęć Uczelni

 Imię i nazwisko studenta .......................................................................

 Nr albumu ..............................................................................................

**INDYWIDUALNA KARTA PRAKTYKI**

**Zakres praktyki**: praktyka z fizjoterapii klinicznej
**Wymiar godzin do realizacji**: 180 godzin
**Kierunek studiów**: fizjoterapia
**Poziom kształcenia:** studia jednolite magisterskie
**Forma studiów:** studia stacjonarne/niestacjonarne
**Rok i semestr studiów:** III rok, semestr VI
**Rok akademicki:** …………………………….
**Miejsce realizacji praktyki**:………………………………………………………………………………………........
…………………………………………………………………………………………………………………………...
**Okres pobytu w placówce**: od dnia……………….do dnia………………..

**Liczba godzin realizowana w placówce……………….**

**Realizowane efekty uczenia się**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Z zakresu wiedzy** | **Data** | **Ocena** | **Podpis** |
| Student zna teoretyczne, metodyczne i praktyczne podstawy kinezyterapii i terapii manualnej, w usprawnianiu pacjentów w jednostkach chorobowych z zakresu fizjoterapii klinicznej |  |  |  |
| Student na teoretyczne, metodyczne i praktyczne podstawy fizykoterapii i masażu leczniczego w zastosowaniu w jednostkach chorobowych z zakresu fizjoterapii klinicznej |  |  |  |
| Student posiada wiedzę z zakresu anatomii oraz biomechaniki kręgosłupa, kończyn górnych i dolnych oraz mięśni szkieletowych |  |  |  |
| Student zna i rozumie podstawowe badania diagnostyczne mające zastosowanie w fizjoterapii klinicznej |  |  |  |
| Student zna zaopatrzenie i pomoce ortopedyczne w przypadku dysfunkcji narządu ruchu |  |  |  |
| Student posiada wiedzę na temat jednostek chorobowych |  |  |  |
| Student zna mechanizm działania, wskazania, przeciwwskazania do prowadzenia procesu usprawniania |  |  |  |
| Student posiada wiedzę z zakresu prewencji wtórnej pacjentów. |  |  |  |
| **Z zakresu umiejętności** |  |  |  |
| Student potrafi zaplanować proces fizjoterapii u pacjentów |  |  |  |
| Student potrafi samodzielnie wykonać badania narządu ruchu i interpretować ich wyniki |  |  |  |
| Student potrafi przeprowadzić zaplanowaną fizjoterapię u pacjentów |  |  |  |
| Student potrafi obsługiwać aparaturę diagnostyczną i leczniczą |  |  |  |
| Student potrafi samodzielnie wykonywać zabiegi z zakresu fizjoterapii klinicznej |  |  |  |
| Student potrafi monitorować proces usprawniania |  |  |  |
|  **Z zakresu kompetencji społecznych** |  |  |  |
| Student potrafi właściwie organizować pracę własną |  |  |  |
| Student realizuje zadania zgodnie z zasadami BHP |  |  |  |
| Student troszczy się o dobro pacjenta i właściwe relacje z pacjentem i jego rodziną |  |  |  |

**Zadania wymagane do zaliczenia praktyk**:

* Realizacja praktyki w pełnym wymiarze godzin
* Dokumentowanie codziennych działań w dzienniku praktyk
* Zrealizowanie wszystkich efektów uczenia się

**Poświadczenie realizacji i zaliczenia praktyki zawodowej**

**Miejsce realizacji praktyki**:............................................................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………………...Poświadczam zrealizowanie praktyki zawodowej zgodnie z programem i efektami uczenia się przez

.............................................................................. ………………………………………………………
 Imię i nazwisko studenta Ocena końcowa (cyfra i słownie)

............................................................................... ………………………………………………............
Pieczęć zakładu realizującego praktykę Data, pieczęć, podpis opiekuna praktyki

**Oświadczenie studenta**

Oświadczam, że zostałem poinformowany o konieczności posiadania następujących dokumentów, niezbędnych do realizacji praktyki:

1. ubezpieczenia od OC i NW (rozszerzony o ekspozycję na zakażenie wirusem HIV, żółtaczką typu B lub C)
2. aktualnej książeczki do celów sanitarno-epidemiologicznych,
3. szczepienia przeciwko WZW typu B,
4. obowiązkowej dokumentacji niezbędnej do zaliczenia praktyki (w tym dziennik praktyki)
5. inne dokumenty wymagane przez placówkę

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

Podpis studenta