**Weryfikacja efektów uczenia się uzyskanych w wyniku
 odbytej praktyki z fizjoterapii klinicznej**

**Kierunek studiów**: fizjoterapia

**Poziom kształcenia:** studia jednolite magisterskie

**Forma studiów:** studia stacjonarne/niestacjonarne

**Rok i semestr studiów:** III rok, semestr VI

**Rok akademicki**: ………… Pieczęć Uczelni

***Wiedza:***

**Proszę ocenić wiedzę zdobytą przez studenta podczas realizacji praktyki:**

1. Zna teoretyczne, metodyczne i praktyczne podstawy kinezyterapii i terapii manualnej, w usprawnianiu pacjentów w jednostkach chorobowych z zakresu fizjoterapii klinicznej

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Tak Nie |  |

1. Zna teoretyczne, metodyczne i praktyczne podstawy fizykoterapii i masażu leczniczego w zastosowaniu w jednostkach chorobowych z zakresu fizjoterapii klinicznej

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Tak Nie |  |

1. Posiada wiedzę z zakresu anatomii oraz biomechaniki kręgosłupa, kończyn górnych i dolnych oraz mięśni szkieletowych

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Tak Nie |  |

1. Zna i rozumie podstawowe badania diagnostyczne mające zastosowanie w fizjoterapii klinicznej

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Tak Nie |  |

1. Zna zaopatrzenie i pomoce ortopedyczne w przypadku dysfunkcji narządu ruchu

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Tak Nie |  |

1. Posiada wiedzę na temat jednostek chorobowych

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Tak Nie |  |

1. Zna mechanizm działania, wskazania, przeciwwskazania do prowadzenia procesu usprawniania

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Tak Nie |  |

1. Posiada wiedzę z zakresu prewencji wtórnej pacjentów.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Tak Nie |  |

***Umiejętności:***

**Proszę ocenić sposób i wkład pracy studenta:**

1. Potrafi zaplanować proces fizjoterapii u pacjentów

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Tak Nie |  |

1. Potrafi samodzielnie wykonać badania narządu ruchu i interpretować ich wyniki

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Tak Nie |  |

1. Potrafi przeprowadzić zaplanowaną fizjoterapię u pacjentów

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Tak Nie |  |

1. Potrafi obsługiwać aparaturę diagnostyczną i leczniczą

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Tak Nie |  |

1. Potrafi samodzielnie wykonywać zabiegi z zakresu fizjoterapii klinicznej

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Tak Nie |  |

1. Potrafi monitorować proces usprawniania

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Tak Nie |  |

***Kompetencje społeczne:***

**Proszę ocenić sposób zachowania studenta:**

1. Potrafi właściwie organizować pracę własną

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Tak Nie |  |

1. Realizuje zadania zgodnie z zasadami BHP

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Tak Nie |  |

1. Troszczy się o dobro pacjenta i właściwe relacje z pacjentem i jego rodziną

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Tak Nie |  |

……………………………..… .......................................................... Data i podpis opiekuna praktyk Miejsce realizacji praktyk (pieczątka zakładu)

 ……………………………………………..

 Podpis koordynatora praktyk na kierunku fizjoterapia