r.

Pieczęć Uczelni

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

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

**INDYWIDUALNA KARTA PRAKTYKI**

**Zakres praktyki**: praktyka kierunkowa
**Wymiar godzin do realizacji**: 300 godzin
**Kierunek studiów**: fizjoterapia
**Poziom kształcenia:** studia drugiego stopnia
**Forma studiów:** studia stacjonarne/niestacjonarne
**Rok i semestr studiów:** II rok, semestr IV
**Rok akademicki:** ……………
**Miejsce realizacji praktyki**:………………………………………………………………………………………........
…………………………………………………………………………………………………………………………...
**Okres pobytu w placówce**: od dnia……………….do dnia………………..

**Liczba godzin zrealizowana w placówce** ………………

**Realizowane efekty uczenia się**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Z zakresu wiedzy** | **Data** | **Ocena** | **Podpis** |
| Posiada wiedzę dotyczącą genetyki, różnicuje wady, zespoły i choroby genetyczne |  |  |  |
| Posiada wiedzę na temat rozwoju całego organizmu |  |  |  |
| Potrafi wykorzystać określone zabiegi fizykoterapeutyczne w przypadku różnych schorzeń i dolegliwości |  |  |  |
| Potrafi wykonywać badania dla potrzeb fizjoterapii |  |  |  |
| Zna narzędzia diagnostyczne niezbędne do oceny pacjenta |  |  |  |
| Zna metody specjalne i niekonwencjonalne stosowane w fizjoterapii |  |  |  |
| Posiada wiedze na temat balneoklimatologii i leczenia uzdrowiskowego |  |  |  |
| Zna funkcjonowanie poszczególnych układów i narządów |  |  |  |
| Posiada wiedzę na temat niepełnosprawności w ujęciu demograficznym i psychologicznym, społecznym |  |  |  |
| Posiada wiedzę z zakresu aktywności ruchowej w rehabilitacji kompleksowej |  |  |  |
| Posiada zaawansowaną wiedzę na temat zaopatrzenia ortopedycznego |  |  |  |
| **Z zakresu umiejętności** |  |  |  |
| Potrafi posługiwać się zaawansowanym technicznie sprzętem stosowanym w fizjoterapii |  |  |  |
| Potrafi dobrać odpowiednio do jednostki chorobowej badanie diagnostyczne stosowane w fizjoterapii |  |  |  |
| Potrafi tworzyć i przeprowadzać postępowanie fizjoterapeutyczne odpowiednio dostosowane do jednostki chorobowej, analizować i krytycznie ocenić jakość zabiegów |  |  |  |
| Potrafi programować i przeprowadzać zajęcia usprawniające z zakresu adaptacyjnej aktywności ruchowej i sportu niepełnosprawnych |  |  |  |
| Potrafi właściwie dobrać przedmioty ortopedyczne do rodzaju dysfunkcji i potrzeb pacjenta |  |  |  |
| Posiada zaawansowane umiejętności do prowadzenia różnych form zajęć rekreacyjnych i sportowych osób niepełnosprawnych |  |  |  |
| Potrafi rozwiązywać problemy pedagogiczne i psychologiczne i ocenić ich wpływ na przebieg i skuteczność postepowania fizjoterapeutycznego |  |  |  |
| Potrafi wykorzystać elementy metod specjalnych stosowanych w fizjoterapii |  |  |  |
| **Z zakresu kompetencji** |  |  |  |
| Potrafi samodzielnie podejmować decyzje oraz pracować w zespole |  | * Tak
* Nie
 |  |
| Troszczy się o dobro pacjenta i właściwe relacje z pacjentem i jego rodziną |  | * Tak
* Nie
 |  |
| Przestrzega zasady etyczne w relacji z pacjentem i współpracownikami |  | * Tak
* Nie
 |  |
| Zna i przestrzega zasady BHP |  | * Tak
* Nie
 |  |

**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 placowkę

 .......................................................... Podpis studenta