

**FIZJOTERAPIA JEDNOLITE STUDIA MAGISTERSKIE**

**PRAKTYKA ASYSTENCKA – WDROŻENIOWA**

**I ROK**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko i imię studenta |  |
| Rok i tryb studiów |  |
| Nazwa i adres placówki (pieczątka placówki) |  |
| Kierownik/dyrektor placówki (pieczątka |  |
| Opiekun praktyk (pieczątka) |  |
| Termin praktyki |  |

**Poznań 2019/2020**

**Plan praktyk wakacyjnej po zakończeniu zajęć na I roku studiów**

**Praktyka asystencka wakacyjna - semestr II, 150 godzin, 5 ECTS.**

**Program praktyki asystenckiej – wakacyjna**

**Miejsce odbywania praktyk**: szpital lub inna placówka medyczna

**Opiekun Praktyk:** tylko magister fizjoterapii

**Ilość godzin praktyk:** 150 godzin do zrealizowania w ciągu 4 tygodni (8 godzin lekcyjnych dziennie)

**Cel praktyki:**

1. Poznanie struktury zakładu opieki zdrowotnej, jej organizacji i zasad funkcjonowania
2. Poznanie zasad przyjęć pacjentów na leczenie i rehabilitację
3. Nauka planowania pracy i organizacji stanowiska pracy
4. Poznanie zasad współpracy w zespole rehabilitacyjnym
5. Poznanie dokumentacji, sposobu jej prowadzenia oraz archiwizacji–historia choroby, karty zabiegowe, sprawozdania
6. doskonalenie umiejętności diagnostyki pacjentów oraz doboru odpowiednich zabiegów
7. poszerzenie wiedzy zdobytej na studiach i rozwijanie umiejętności jej wykorzystania,
8. poszerzenie wiedzy i umiejętności z zakresy fizykoterapii,
9. samodzielne prowadzenie zabiegów fizjoterapeutycznych pod nadzorem opiekuna
10. kształtowanie konkretnych umiejętności zawodowych związanych bezpośrednio z miejscem odbywania praktyki,
11. doskonalenie umiejętności posługiwania się językiem obcym w sytuacjach zawodowych,
12. nabycie umiejętności prowadzenia negocjacji,
13. przygotowanie studenta do samodzielnego wykonywania zadań,
14. stworzenie warunków do aktywizacji zawodowej studenta.

**Program praktyki:**

1. Zapoznanie z metodami i formami pracy fizjoterapeuty z pacjentami, zgodnymi ze specjalnością.
2. Poznanie pracy szpitala lub innej placówki medycznej
3. Organizacja działów i oddziałów fizjoterapii, gabinetów zabiegowych, sal gimnastycznych, basenów, pracowni specjalistycznych
4. Rola, miejsce, zadania i obowiązki fizjoterapeuty
5. Pomoc w zabiegach fizjoterapii
6. Pomoc w czynnościach pielęgniarskich ( mierzenie ciśnienia tętniczego krwi, tętna, liczby oddechów na minutę)
7. Badanie pacjenta dla potrzeb fizjoterapii i na tej podstawie opracowanie precyzyjnych programów usprawniania. Organizacja rekreacji w rehabilitacji
8. Dokumentacja w fizjoterapii. Cele, zasady, formy, środki i metody fizjoterapeutyczne. Indywidualna praca z pacjentem pod nadzorem opiekuna praktyk.

**Prowadzenie dziennika praktyk:**

* Zeszyt praktyk powinien być opisany następująco: imię i nazwisko studenta, rok, tryb studiów, imię i nazwisko dyrektora (pieczątka) lub kierownika placówki (pieczątka) oraz opiekuna praktyk (pieczątka), termin praktyk.
* Tabela obecności podpisywana przez opiekuna
* Opis zadań realizowanych każdego dnia powinien zostać sprawdzony i podpisany przez opiekuna praktyk (wymagana pieczątka).
* Efekty kształcenia ocenione przez opiekuna
* Sprawozdanie podpisane przez opiekuna i opieczętowane przez placówkę

**Zakończenie praktyk**:

1. Opiekun praktyk zobowiązany jest do wystawienia końcowej oceny pracy, postawy, zaangażowania studenta na praktyce.
2. Dziennik praktyk należy dostarczyć do Wydziału Zdrowia Publicznego zgodnie z harmonogramem odbywania praktyk wraz ze zgodą na odbycie praktyk w danej placówce, opinią opiekuna praktyk, sprawozdaniem z praktyki zawodowej.

**Zaliczenie praktyk:**

a. Pełnomocnik do spraw praktyk zawodowych wystawia ogólną ocenę z praktyk na podstawie opinii wydanej o studencie przez opiekuna praktyk, oceny cząstkowej opiekuna praktyk, oceny własnej prowadzonego dziennika praktyk (zgodne i pełne wykonanie planu praktyki, rzetelne i estetyczne prowadzenie dziennika praktyk).

b. Warunkiem zaliczenia praktyk jest zdanie dziennika praktyk w terminie i zgodnie z wytycznymi po zakończeniu praktyk.

Obecność na praktykach

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Dzień praktyk | Data | Ilość godzin | Podpis opiekuna praktyk |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Suma odbytych godzin | | |  |

Realizacja zadań praktyki

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DATA | OPIS ZADAŃ REALIZOWANY W CIĄGU DNIA | UWAGI |
|  |  |  |

……………………………….

Podpis opiekuna praktyk

Realizacja zadań praktyki

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DATA | OPIS ZADAŃ REALIZOWANY W CIĄGU DNIA | UWAGI |
|  |  |  |

……………………………….

Podpis opiekuna praktyk

Realizacja zadań praktyki

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DATA | OPIS ZADAŃ REALIZOWANY W CIĄGU DNIA | UWAGI |
|  |  |  |

……………………………….

Podpis opiekuna praktyk

Realizacja zadań praktyki

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DATA | OPIS ZADAŃ REALIZOWANY W CIĄGU DNIA | UWAGI |
|  |  |  |

……………………………….

Podpis opiekuna praktyk

**OCENA STUDENTA W TRAKCIE ODBYWANIA PRAKTYKI**

|  |
| --- |
| **Kryteria oceny wykonania poszczególnych czynności** |
| **0 pkt.** – efekt nie został osiągnięty, brak lub niepoprawnie wykonanie zaplanowanych czynności |
| **1 pkt.** – efekt osiągnięty częściowo bądź nie w pełni prawidłowo, ale w stopniu satysfakcjonującym |
| **2 pkt.** – efekt osiągnięty w pełni, czynność wykonana prawidłowo |

**Szczegółowe efekty kształcenia realizowane w I roku studiów, semestr II**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Efekty kształcenia** | **W wyniku realizacji praktyki zawodowej student potrafi** | **Zaliczenie/ocena** | **Data/Podpis opiekuna praktyk zawodowych** |
| **W zakresie wiedzy** | | | |
| F.W1. | zjawiska fizyczne zachodzące w organizmie człowieka pod wpływem czynników zewnętrznych; |  |  |
| F.W3. | metody oceny stanu układu ruchu człowieka służące do wyjaśnienia zaburzeń struktury i funkcji tego układu oraz do potrzeb fizjoterapii w dysfunkcjach układu ruchu i w chorobach wewnętrznych; |  |  |
| F.W4. | metody oceny zaburzeń strukturalnych i funkcjonalnych wywołanych chorobą lub urazem oraz podstawowe reakcje człowieka na chorobę i ból w zakresie niezbędnym dla fizjoterapii; |  |  |
| F.W5. | metody opisu i interpretacji podstawowych jednostek i zespołów chorobowych w stopniu umożliwiającym racjonalne stosowanie środków fizjoterapii i planowanie fizjoterapii; |  |  |
| F.W6. | podstawy edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia oraz profilaktyki z uwzględnieniem zjawiska niepełnosprawności; |  |  |
| F.W7. | zasady doboru różnych form adaptowanej aktywności fizycznej oraz dyscyplin sportowych osób z niepełnosprawnościami w rehabilitacji kompleksowej i podtrzymywaniu sprawności osób ze specjalnymi potrzebami; |  |  |
| F.W9. | zasady etyczne obowiązujące w pracy z pacjentem; |  |  |
| F.W10. | zasady postępowania fizjoterapeutycznego oparte na dowodach naukowych (evidence based medicine/physiotherapy); |  |  |
| F.W11. | standardy fizjoterapeutyczne; |  |  |
| F.W12. | rolę fizjoterapeuty w procesie kompleksowej rehabilitacji i innych specjalistów w zespole terapeutycznym; |  |  |
| F.W14. | zasady promocji zdrowia, jej zadania oraz rolę fizjoterapeuty w propagowaniu zdrowego stylu życia; |  |  |
| F.W15. | podstawowe zagadnienia dotyczące zależności psychosomatycznych i metod z zakresu budowania świadomości ciała; |  |  |
| F.W17. | zasady etyki zawodowej fizjoterapeuty; |  |  |
| F.W18. | zasady odpowiedzialności zawodowej fizjoterapeuty. |  |  |
| **W zakresie umiejętności** | | | |
| F.U4. | wykazać specjalistyczne umiejętności ruchowe z zakresu wybranych form aktywności fizycznej; |  |  |
| F.U8. | pracować w zespole interdyscyplinarnym zapewniającym ciągłość opieki nad pacjentem oraz komunikować się z innymi członkami zespołu, z pacjentem i jego rodziną; |  |  |
| F.U9. | wprowadzić dane i uzyskane informacje oraz opis efektów zabiegów i działań terapeutycznych do dokumentacji pacjenta; |  |  |
| F.U10. | określić zakres swoich kompetencji zawodowych i współpracować z przedstawicielami innych zawodów medycznych; |  |  |
| F.U11. | inicjować, organizować i realizować działania ukierunkowane na edukację zdrowotną, promocję zdrowia i profilaktykę niepełnosprawności; |  |  |
| F.U13. | pracować w zespole i przyjmować odpowiedzialność za udział w podejmowaniu decyzji; |  |  |
| F.U14. | aktywnie uczestniczyć w pracach zespołu terapeutycznego; |  |  |
| F.U15. | aktywnie uczestniczyć w dyskusjach na temat problemów zawodowych, z uwzględnieniem zasad etycznych; |  |  |
| F.U16. | stosować się do zasad deontologii zawodowej, w tym do zasad etyki zawodowej fizjoterapeuty; |  |  |
| F.U17. | przestrzegać praw pacjenta; |  |  |
| F.U18. | nawiązać relację z pacjentem i współpracownikami opartą na wzajemnym zaufaniu i szacunku. |  |  |
| **W zakresie kompetencji społecznych** | | | |
| K\_K02 | posiada umiejętność komunikacji międzyludzkiej, zna swoje obowiązki i miejsce w grupie społecznej oraz reprezentuje postawę prospołeczną zarówno w przypadku pracy w zespole badawczym, fizjoterapeutycznym, z grupa pacjentów, jak i w przypadku indywidualnej pracy z pacjentem |  |  |
| K\_K03 | Zna prawa pacjenta oraz wykazuje postawę szacunku wobec pacjenta lub grupy społecznej z zamiarem oddziaływania na ich dobrostan psychiczny i fizyczny. Dba o prestiż zawodu fizjoterapeuty |  |  |

**Świadectwo odbycia praktyk studenckich - karta informacyjna dla WSPiA**

(należy złożyć przy zaliczaniu praktyk u pełnomocnika ds praktyk)

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa praktyki | **ASYSTENCKA - WAKACYJNA** |
| Imię i nazwisko studenta |  |
| Rok studiów, tryb, specjalność |  |
| Numer albumu |  |

Praktyki w roku akademickim …………………………………………….. odbyłam / em w :

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

(nazwa instytucji oraz pieczęć)

Czas trwania praktyki: ……………………………

Opinia opiekuna praktyk:

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

**Ocena studenta z praktyk zawodowych** (wyrażona stopniem): ............................................

………………………………………

(podpis i pieczęć opiekuna praktyk)

1. Zapoznałam/em się z Regulaminem Praktyk Wydziału Zdrowia Publicznego Wyższej Szkoły Pedagogiki i Administracji im. Mieszka I w Poznaniu.
2. Zobowiązana/y jestem do archiwizowania materiałów dotyczących praktyk po ich zaliczeniu, do końca trwania studiów i udostępnienia na życzenie Dziekanatu.
3. Na czas praktyk obowiązkowe jest ubezpieczenie OC i NW.

….…………………………………..

(podpis studenta)