

**Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej**

**Wydział Nauk o Zdrowiu**

**Zakład Fizjoterapii**



**Kierunek: FIZJOTERAPIA**

**Nabór: 2018/2019**

**Studia stacjonarne**

**Studia jednolite magisterskie**

**PROGRAM PRAKTYKI ZAWODOWEJ  
FIZJOTERAPEUTYCZNEJ CIĄGŁEJ  
SEMESTRALNEJ**

**Opracowanie: mgr Monika Kadłubowska**

## Spis treści

|   |    |
|---|----|
| Rozdział I. Postanowienia ogólne  | 3  |
| Rozdział II. Charakterystyka praktyki   | 3  |
| Rozdział III. Organizacja praktyki, treści i formy pracy  | 4  |
| Rozdział IV. Miejsca odbywania praktyki   | 6  |
| Rozdział V. Procedura weryfikacji efektów kształcenia i warunki zaliczenia praktyki   | 6  |
| Rozdział VI. Zaliczenie praktyki  | 7  |
| Rozdział VII. Zaliczenie praktyk zrealizowanych za granicą  | 7  |
| Rozdział VIII. Termin złożenia dokumentacji praktyki do uczelnianego opiekuna praktyk   | 7  |
| Rozdział IX. Hospitacje praktyki  | 8  |
| Rozdział X. Skala ocen  | 8  |
| Rozdział XI. Uwagi końcowe  | 8  |
| Załącznik nr 1 do Programu praktyki zawodowej fizjoterapeutycznej ciągłej semestralnej – <i>Potwierdzenie możliwości realizacji efektów kształcenia praktyki zawodowej fizjoterapeutycznej ciągłej semestralnej w semestrze IX;</i> | 10 |
| Załącznik nr 2 do Programu praktyki zawodowej fizjoterapeutycznej ciągłej semestralnej – <i>Potwierdzenie możliwości realizacji efektów kształcenia praktyki zawodowej fizjoterapeutycznej ciągłej semestralnej w semestrze X;</i>  | 11 |
| Załącznik nr 3 do Programu praktyki zawodowej fizjoterapeutycznej ciągłej semestralnej – <i>Karta weryfikacji efektów kształcenia semestr IX;</i>   | 12 |
| Załącznik nr 4 do Programu praktyki zawodowej fizjoterapeutycznej ciągłej semestralnej – <i>Karta weryfikacji efektów kształcenia semestr X;</i>  | 14 |
| Załącznik nr 5 do Programu praktyki zawodowej fizjoterapeutycznej ciągłej semestralnej – <i>Opinia opiekuna praktyki zawodowej realizowanej w ramach kształcenia fizjoterapeutów;</i>   | 16 |
| Załącznik nr 6 do Programu praktyki zawodowej fizjoterapeutycznej ciągłej semestralnej - <i>Protokół zaliczenia praktyki.</i>   | 17 |

## **Rozdział I**

### **Postanowienia ogólne**

1. Podstawę prawną niniejszego Programu praktyki zawodowej fizjoterapeutycznej ciągłej semestralnej stanowią:
  - Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 lutego 2017 r. w sprawie praktyki zawodowej realizowanej w ramach kształcenia fizjoterapeutów (Dz.U. 2017, poz. 537);
  - Zarządzenie Rektora nr 48/2018;
  - Regulamin praktyk Państwowej Szkoły Wyższej im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej
  - Regulamin studiów Państwowej Szkoły Wyższej im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej
  
2. Program i Regulamin Praktyki określa szczegółowo zasady organizacji praktyki, w tym cele, zadania i efekty praktyki; katalog zadań i umiejętności praktycznych zdobywanych przez studenta; treści, formy, miejsca i czas trwania praktyki; warunki zaliczenia praktyki, w tym metody weryfikacji osiągniętych przez praktykanta efektów kształcenia oraz obowiązki opiekunów praktyki i studentów.
  
3. Użyte w programie określenia oznaczają:
  - *PSW/Uczelnia* - Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej;
  - *Uczelniany opiekun praktyk* – wybrany na dany rok akademicki nauczyciel akademicki sprawujący nadzór dydaktyczny nad praktyką;
  - *Zakładowy opiekun praktyk* - opiekun praktykanta w zakładzie pracy, w którym odbywa się praktyka.

## **Rozdział II**

### **Charakterystyka praktyki**

**Charakter:** specjalistyczna kształtująca kompetencje zawodowe. W trakcie jej trwania studenci nabywają, uzupełniają oraz doskonalą wiedzę i umiejętności niezbędne do prowadzenia procesu rehabilitacji każdą grupą pacjentów, nabywają umiejętności prawidłowego prowadzenia dokumentacji medycznej w zakresie fizjoterapii oraz nabywają umiejętności organizacyjne oraz wiedzę teoretyczną i praktyczną niezbędną do samodzielnego tworzenia warsztatu pracy fizjoterapeuty.

**Tryb:** indywidualna

**Czas trwania i miejsce w cyklu kształcenia:** studia jednolite magisterskie, V rok, IX i X semestr

**Wymiar godzinowy:** 1000 godzin (IX semestr 440 godz. + X semestr 560 godz.)

**Liczba punktów ECTS:** 38 pkt ECTS (IX semestr 18 ECTS + X semestr 20 ECTS)

### Rozdział III

#### Organizacja praktyki, treści i formy pracy

##### **Organizacja praktyki:**

Praktyka jest prowadzona na podstawie zapisów niniejszego Programu praktyki zawodowej fizjoterapeutycznej ciągłej semestralnej.

- *Zakładowy opiekun praktyk* wskazany jest przez przyjmującą studenta jednostkę / instytucję / placówkę.
- Studenta obowiązuje 8-godzinny pobyt w instytucji placówce, podczas którego realizuje zadania wyznaczone przez *zakładowego opiekuna praktyk* z uwzględnieniem założonych w programie efektów kształcenia (zob. Karta weryfikacji efektów kształcenia), przy czym za 1 godzinę praktyki przyjmuje się jednostkę 45-minutową (tzn. 8 godzin x 45 minut = 6 godzin zegarowych).
- Przedłużenie dobowego czasu wymiaru praktyki jest dopuszczalne, za zgodą praktykanta, nie więcej niż do 12 godzin dydaktycznych. Przedłużony dobowy wymiar czasu praktyki jest równoważony krótszym dobowym wymiarem czasu praktyki w innych dniach lub dniami wolnymi od praktyki w przyjętym w danym podmiocie leczniczym okresie rozliczeniowym, lub skróceniem praktyki.
- Miesięczny rozkład czasu odbywania praktyki ustala opiekun, biorąc pod uwagę opinię praktykanta. Opiekun zapoznaje praktykanta z miesięcznym rozkładem czasu odbywania praktyki, co najmniej 7 dni przed rozpoczęciem kolejnego miesiąca praktyki.
- *Zakładowy opiekun praktyki* prowadzi ewidencję czasu odbywania praktyki celem prawidłowego ustalenia wymiaru czasu praktyki i jej zaliczenia.
- *Zakładowy opiekun praktyki* na początku zapoznaje praktykanta z harmonogramem, zakresem zadań oraz sposobem ich wykonywania na wyznaczonych stanowiskach.
- Zmiana podmiotu leczniczego, w którym odbywana jest praktyka, następuje, gdy wskazane przez kierownika jednostki organizacyjnej uczelni, podmiot leczniczy przestaje spełniać wymogi niezbędne do realizacji ramowego programu praktyki.
- W trakcie praktyki student jest zobowiązany do systematycznego i rzetelnego prowadzenia wpisów w Dzienniku Praktyk, które są na bieżąco weryfikowane przez *zakładowego opiekuna praktyk* lub uprawnioną osobę wskazaną przez kierownictwo instytucji / placówki. *Zakładowy opiekun praktyk* może zlecić praktykantowi zadanie wypełniania innych formularzy dokumentujących przebieg praktyki i wykonania zleconych zadań (np. karty obserwacji).
- W przypadku choroby lub innej uzasadnionej nieobecności (wypadek losowy) student zawiadamia o zaistniałej sytuacji *zakładowego opiekuna praktyk* oraz *uczelnianego opiekuna praktyk*. Okresy zwolnień lekarskich nie są zaliczane, jako odbyta praktyka i muszą zostać odpracowane w innym terminie, ustalonym w porozumieniu z *zakładowym i uczelnianym opiekunem praktyk*.
- Termin odpracowywania godzin opuszczonych z powodu zwolnienia lekarskiego lub innej uzasadnionej nieobecności nie może kolidować z planem obowiązkowych zajęć dydaktycznych w PSW, ani z indywidualnym terminarzem zaliczeń i egzaminów.

- W pierwszym miesiącu odbywania praktyki student może wystąpić z wnioskiem do Prorektora ds. kształcenia i studentów o skrócenie praktyki<sup>1</sup>. Do wniosku należy dołączyć kopie dokumentów uzasadniających skrócenie. Prorektor może żądać okazania oryginałów dokumentów. Wniosek zostaje rozpatrzony w terminie 14 dni od jego otrzymania. W przypadku skrócenia praktyki praktykant zostaje poinformowany o długości okresu skrócenia. Prorektor ds. kształcenia i studentów sporządza rozstrzygnięcie w sprawie wniosku, w postaci papierowej w dwóch egzemplarzach lub w postaci elektronicznej. Opiekun przekazuje rozstrzygnięcie praktykantowi adnotację o skróceniu praktyki opiekun zamieszcza w dzienniku praktyki zawodowej.
- W przypadku odbywania praktyki w kilku podmiotach leczniczych lub odbywania praktyki z przerwami wpisy w dzienniku praktyki zawodowej obejmują informacje dotyczące przebiegu kolejnych etapów praktyki w każdym z podmiotów leczniczych, z uwzględnieniem dat rozpoczęcia i zakończenia okresu ich trwania.
- Po zakończeniu praktyki student:
  - przedkłada dziennik praktyki zawodowej *zakładowemu opiekunowi praktyki*, który wystawia opinię na temat przebiegu praktyki realizowanej przez praktykanta w zakresie przygotowanie teoretycznego do wykonywanej pracy, umiejętności praktycznych i kompetencji społecznych i następnie, nie później niż w terminie 7 dni od dnia otrzymania podpisanego dziennika praktyki, przekazuje je uczelnianemu opiekunowi praktyki.
  - sporządza pisemny raport / sprawozdanie z przebiegu praktyki wraz z opisem wykonywanych zadań zleconych przez *zakładowego opiekuna praktyk* w celu osiągnięcia założonych efektów;
  - dokonuje ewaluacji miejsca odbywania praktyki, tzn. wypełnia ankietę elektroniczną przygotowaną przez Sekcję Praktyk Studenckich i Biuro Karier.

**Treści i formy pracy:** wykonywanej przez studenta w trakcie praktyki wynikają z zapisów i wymogów niniejszego Programu Praktyk i oraz ze specyfiki, misji, organizacji i charakteru pracy w danym podmiocie leczniczym, realizowanych w niej zadań i form działalności. Wiążą się ściśle z uczestnictwem praktykanta w różnorodnych formach pracy placówki z możliwościami wykorzystywania wiedzy i umiejętności fizjoprofilaktycznych, fizjoterapeutycznych zdobytych na zajęciach w PSW. Przewiduje się następujące formy odbywania praktyki: wizyty w placówce, obserwacja, asystowanie opiekunowi zakładowemu, samodzielne praktykowanie poleconych zadań pod nadzorem, planowanie, realizowanie, omawianie wykonywanych zadań. Realizując zadania wynikające z programu praktyki, praktykant:

- sumiennie i starannie wykonuje powierzone mu czynności i zadania;
- przestrzega ustalonego harmonogramu i czasu odbywania praktyki;
- przestrzega przepisów i zasad etycznych dotyczących wykonywania zawodu fizjoterapeuty
- przestrzega regulaminu organizacyjnego i porządku ustalonego w podmiocie leczniczym
- przestrzega przepisów prawa pracy oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, a także przepisów przeciwpożarowych;

---

<sup>1</sup> Zgodnie z rekomendacją KEP i PEF jako podstawę do skrócenia czasu trwania praktyki można uznać posiadanie przez studenta poświadczonych dokumentami uprawnień do pracy na stanowisku technika fizjoterapii lub technika masażyści oraz posiadanie co najmniej 5 lat udokumentowanego doświadczenia zawodowego.

- dba o dobro podmiotu leczniczego, chroni jego mienie oraz dochowuje tajemnicy zawodowej oraz innych tajemnic ustawowo chronionych;
- przestrzega zasad współżycia społecznego.

#### Zakres praktyki zawodowej:

- fizjoterapia w ortopedii i traumatologii;
- fizjoterapia w reumatologii;
- fizjoterapia w neurologii i neurochirurgii;
- fizjoterapia w wieku rozwojowym;
- fizjoterapia w kardiologii i kardiologii;
- fizjoterapia w pulmonologii;
- fizjoterapia w chirurgii;
- fizjoterapia w ginekologii i położnictwie;
- fizjoterapia w pediatrii;
- fizjoterapia w geriatricii;
- fizjoterapia w psychiatrii;
- fizjoterapia w onkologii i medycynie paliatywnej;
- fizjoterapia w medycynie sportowej.

### **Rozdział IV** **Miejsca odbywania praktyki**

Ośrodki, Szpitale i Placówki Medyczne będące podmiotami leczniczymi, wyposażone w niezbędny sprzęt do prowadzenia:

- fizjoterapii w ortopedii i traumatologii;
- fizjoterapii w reumatologii;
- fizjoterapii w neurologii i neurochirurgii;
- fizjoterapii w wieku rozwojowym;
- fizjoterapii w kardiologii i kardiologii;
- fizjoterapii w pulmonologii;
- fizjoterapii w chirurgii;
- fizjoterapii w ginekologii i położnictwie;
- fizjoterapii w pediatrii;
- fizjoterapii w geriatricii;
- fizjoterapii w psychiatrii;
- fizjoterapii w onkologii i medycynie paliatywnej;
- fizjoterapii w medycynie sportowej.

### **Rozdział V** **Procedura weryfikacji efektów kształcenia i warunki zaliczenia praktyki**

Weryfikacja stopnia osiągnięcia efektów kształcenia oraz zaliczenie z oceną Praktyki zawodowej wystawiane jest przez uczelnianego opiekuna praktyk na podstawie dokumentacji praktyki.

Dokumentacja obejmuje:

- prawidłowo wypełniony *Dziennik Praktyk* (tzn. zawierający wymagane wpisy, pieczęcie, podpisy oraz zwięzły zapis przebiegu zajęć/opis wykonywanych zadań, wraz z krótką refleksją studenta);
- ocenę stopnia osiągnięcia każdego z wymaganych efektów kształcenia wystawioną przez opiekuna zakładowego wg podanych kryteriów w *Karcie weryfikacji efektów kształcenia*
- opinię i ocenę pracy studenta podczas praktyki przez zakładowego opiekuna praktyki w *Karcie weryfikacji efektów kształcenia*;
- raport obejmujący zwięzły opis organizacji wybranych aspektów pracy i typów zadań wykonywanych w zakładzie pracy/instytucji, zaakceptowany i podpisany przez *zakładowego opiekuna praktyki*.

## **Rozdział VI**

### **Zaliczenie praktyki**

**Do zaliczenia praktyki wymagane są następujące dokumenty:**

1. *Dziennik Praktyk*<sup>2</sup>, w którym student odbywający praktykę dokonuje następujących wpisów:
  - data rozpoczęcia praktyki, data zakończenia praktyki, dokładna nazwa i adres placówki, w której student odbywał praktykę, pieczęć instytucji; podpis i pieczęć Kierownika / Dyrektora zakładu pracy;
  - dzienny, zwięzły zapis przebiegu praktyki i wykonywanych zadań wraz z odniesieniem każdego zadania do efektów kształcenia (kolumny w tabeli w *Dzienniku*: opis wykonywanego zadania - numer efektu) oraz z krótką refleksją dotyczącą podejmowanych przez studenta działań (czego się nauczył, korzyści, problemy, wnioski na przyszłość), potwierdzony pieczęcią zakładu pracy na każdej karcie oraz podpisem *zakładowego opiekuna praktyk* na dole każdej karty tygodniowej
2. Karta weryfikacji efektów kształcenia
3. Opinia zakładowego opiekuna praktyki zawodowej realizowanej w ramach kształcenia fizjoterapeutów
4. Raport zaakceptowany i podpisany przez *zakładowego opiekuna praktyk*

## **Rozdział VII**

### **Zaliczenie praktyk odbytych za granicą**

1. Dokumentacja zgodnie z wytycznymi
2. Inne wymogi – wszystkie dokumenty w języku polskim

## **Rozdział VIII**

### **Termin złożenia dokumentacji praktyki do uczelnianego opiekuna praktyk**

- *semestr IX* - do ostatniego dnia sesji poprawkowej zimowej przewidzianej w terminarzu roku akademickiego;

---

<sup>2</sup> Wzór dziennika praktyki zawodowej stanowi załącznik nr 2 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 lutego 2017 r. w sprawie praktyki zawodowej realizowanej w ramach kształcenia fizjoterapeutów

- *semestr X* - do ostatniego dnia sesji poprawkowej letniej przewidzianej w terminarzu roku akademickiego.

## **Rozdział IX Hospitacje praktyki**

*Uczelniany opiekun praktyk* może przeprowadzać hospitacje zajęć studenta oraz kontaktować się z *zakładowym opiekunem praktyk* drogą mailową i/lub telefoniczną. Rozpoczynając praktykę student ma obowiązek złożyć *uczelnianemu opiekunowi praktyk* plan swoich zajęć wraz z numerem kontaktowym oraz powiadamiać *uczelnianego opiekuna praktyk* o ewentualnych zmianach.

## **Rozdział X Skala ocen**

Skala ocen jest zgodna ze skalą obowiązującą w systemie oceniania przedmiotowego w PSW:

2,0 - brak zaliczenia, ocena niedostateczna;

3,0 – ocena dostateczna;

3,5 – ocena dostateczna plus;

4,0 – ocena dobra;

4,5 – ocena dobra plus;

5,0 – ocena bardzo dobra.

## **Rozdział XI Uwagi końcowe**

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi zasadami mają zastosowanie przepisy następujących dokumentów:

- Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 lutego 2017 r. w sprawie praktyki zawodowej realizowanej w ramach kształcenia fizjoterapeutów (Dz. U. 2017, poz. 537).
- Ustawa z dn. 27 lipca 2005 Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. 2017, poz. 2183 j. t., z późn. zm.)
- Regulamin praktyk Państwowej Szkoły Wyższej im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej
- Regulamin studiów PSW im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej

2. Załączniki stanowią integralną część niniejszego Programu Praktyki

- Załącznik nr 1 do Programu praktyki zawodowej fizjoterapeutycznej ciągłej semestralnej – *Potwierdzenie możliwości realizacji efektów kształcenia praktyki zawodowej fizjoterapeutycznej ciągłej semestralnej w semestrze IX;*
- Załącznik nr 2 do Programu praktyki zawodowej fizjoterapeutycznej ciągłej semestralnej – *Potwierdzenie możliwości realizacji efektów kształcenia praktyki zawodowej fizjoterapeutycznej ciągłej semestralnej w semestrze X;*
- Załącznik nr 3 do Programu praktyki zawodowej fizjoterapeutycznej ciągłej semestralnej – *Karta weryfikacji efektów kształcenia semestr IX;*
- Załącznik nr 4 do Programu praktyki zawodowej fizjoterapeutycznej ciągłej semestralnej – *Karta weryfikacji efektów kształcenia semestr X;*
- Załącznik nr 5 do Programu praktyki zawodowej fizjoterapeutycznej ciągłej semestralnej - *Opinia opiekuna praktyki zawodowej realizowanej w ramach kształcenia fizjoterapeutów;*
- Załącznik nr 6 do Programu praktyki zawodowej fizjoterapeutycznej ciągłej semestralnej - *Protokół zaliczenia praktyki.*



3. Wszelkie pytania i uwagi należy konsultować z *uczelnianym opiekunem praktyk*.
4. Niniejszy program wchodzi w życie z dniem zatwierdzenia przez Radę Wydziału.

Załączniki:

1. Karta weryfikacji efektów kształcenia semestr IX
2. Karta weryfikacji efektów kształcenia semestr X
3. Opinia opiekuna praktyki zawodowej realizowanej w ramach kształcenia fizjoterapeutów
4. Protokół zaliczenia praktyki

**POTWIERDZENIE MOŻLIWOŚCI REALIZACJI EFEKTÓW KSZTAŁCENIA  
PRAKTYKI ZAWODOWEJ FIZJOTERAPEUTYCZNEJ  
CIĄGŁEJ SEMESTRALNEJ  
w semestrze IX  
na kierunku Fizjoterapia**

Imię i nazwisko studenta:.....Nr albumu:.....

Miejsce realizacji praktyki:.....

.....

(pełna nazwa zakładu pracy)

| Nr efektu | Opis efektu kształcenia dla praktyki   | Podpis |
|-----------|--|--------|
| 1.        | Umiejętność wykonywania badania podmiotowego i przedmiotowego na potrzeby fizjoterapii   |        |
| 2.        | Umiejętność zaplanowania, weryfikowania, modyfikowania programu terapii z użyciem zabiegów fizykalnych w wybranych jednostkach chorobowych   |        |
| 3.        | Umiejętność doboru rodzaju zabiegu fizykalnego (balneoterapeutycznego) adekwatnie do stanu zdrowia pacjenta:<br>- dobór parametrów zabiegów fizykalnych w warunkach klinicznych<br>- kontrolowanie przebiegu zabiegów fizykalnych<br>- ocena reakcji organizmu w odpowiedzi na różne zabiegi fizykalne   |        |
| 4.        | Wykonanie zabiegów fizykalnych — zabiegi ciepłne 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 fonoforeza, inhalacje; zabiegi elektroterapii z użyciem prądu stałego oraz prądów małej i średniej częstotliwości i inne |        |
| 5.        | 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 specyficzne niezbędne dla programowania kinezyterapii)  |        |
| 6.        | Kwalifikacja, planowanie i prowadzenie odpowiednie do stanu funkcjonalnego pacjenta ćwiczeń i technik z zakresu kinezyterapii, w oparciu o wyniki przeprowadzonej oceny funkcjonalnej  |        |
| 7.        | Umiejętność wykonania masażu w wybranych jednostkach chorobowych i modyfikowania masażu w zależności od stanu i wieku pacjenta   |        |

Niniejszym zaświadczam, że w zakładzie pracy istnieje możliwość zrealizowania ww. efektów kształcenia.

.....  
Data i podpis zakładowego opiekuna praktyk, zajmowane stanowisko

.....  
nr telefonu lub adres e-mail zakładowego opiekuna praktyk

Akceptuję

.....  
Data i podpis uczelnianego opiekuna praktyk

**POTWIERDZENIE MOŻLIWOŚCI REALIZACJI EFEKTÓW KSZTAŁCENIA  
PRAKTYKI ZAWODOWEJ FIZJOTERAPEUTYCZNEJ  
CIĄGŁEJ SEMESTRALNEJ  
w semestrze X  
na kierunku Fizjoterapia**

Imię i nazwisko studenta:.....Nr albumu:.....

Miejsce realizacji praktyki:.....

.....

(pełna nazwa zakładu pracy)

| Nr efektu | Opis efektu kształcenia dla praktyki  | Podpis |
|-----------|---|--------|
| 1.        | Umiejętność zaprogramowania badania funkcjonalnego układu ruchu, narządów wewnętrznych oraz badań wydolnościowych niezbędnych dla stosowania odpowiednich metod specjalnych fizjoterapii                        |        |
| 2.        | Wykorzystanie w terapii zasad i technik z zakresu metod specjalnych fizjoterapii u osób z chorobami i dysfunkcjami dotyczącymi różnych narządów i układów — stosownie do ich stanu klinicznego i funkcjonalnego |        |
| 3.        | Umiejętność zaprogramowania treningu funkcjonalnego w fizjoterapii odpowiednio do stanu pacjenta, umiejętność instruowania chorych odnośnie do wykonywania ćwiczeń z zakresu metod specjalnych w domu           |        |
| 4.        | Umiejętność programowania adaptowanej aktywności fizycznej w rehabilitacji kompleksowej i podtrzymywaniu sprawności osób ze specjalnymi potrzebami  |        |
| 5.        | Dobór przedmiotów ortopedycznych do potrzeb osoby rehabilitowanej   |        |
| 6.        | Udzielenie pacjentowi porady w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki niepełnosprawności, np. osteoporozy, otyłości itp.  |        |
| 7.        | Umiejętność zastosowania w praktyce znajomości obowiązków pracowniczych i regulaminu pracy fizjoterapeuty   |        |
| 8.        | Umiejętność zastosowania w praktyce znajomości praw pacjenta określonych w odrębnych przepisach   |        |
| 9.        | Umiejętność prowadzenia dokumentacji medycznej, znajomości zasad jej dostępności i obiegu dokumentów  |        |
| 10.       | Umiejętność określania kosztów działalności fizjoterapeutycznej   |        |

Niniejszym zaświadczam, że w zakładzie pracy istnieje możliwość zrealizowania ww. efektów kształcenia.

.....  
Data i podpis zakładowego opiekuna praktyk, zajmowane stanowisko

.....  
nr telefonu lub adres e-mail zakładowego opiekuna praktyk

Akceptuję

.....

Data i podpis uczelnianego opiekuna praktyk

**KARTA WERYFIKACJI EFEKTÓW KSZTAŁCENIA****FIZJOTERAPIA – nabór 2017/2018****PRAKTYKA ZAWODOWA FIZJOTERAPEUTYCZNA CIĄGŁA SEMESTRALNA  
Semestr IX**

Imię i nazwisko studenta: ..... nr albumu: .....

| <b>NR EFEKTU</b> | <b>OPIS EFEKTU KSZTAŁCENIA DLA PRAKTYKI</b>  | <b>EFEKTY KIERUNKOWE</b>                        | <b>Zaliczenie*<br/>metoda weryfikacji /<br/>podstawa zaliczenia</b>  | <b>Ocena**<br/>zakładowego<br/>opiekuna<br/>praktyk</b> |
|------------------|--|---|--|---|
| 1.               | Umiejętność wykonywania badania podmiotowego i przedmiotowego na potrzeby fizjoterapii   | K_W12, K_W13, KW_15, K_U07                      | <input type="checkbox"/> obecność w placówce<br><input type="checkbox"/> rozmowa z praktykantem<br><input type="checkbox"/> obserwacja pracy praktykanta i codzienna współpraca z praktykantem |   |
| 2.               | Umiejętność zaplanowania, weryfikowania, modyfikowania programu terapii z użyciem zabiegów fizykalnych w wybranych jednostkach chorobowych   | K_W13, KW_15, K_W16, K_W18, K_U01, K_U06, K_U10 | <input type="checkbox"/> obecność w placówce<br><input type="checkbox"/> rozmowa z praktykantem<br><input type="checkbox"/> obserwacja pracy praktykanta i codzienna współpraca z praktykantem |   |
| 3.               | Umiejętność doboru rodzaju zabiegu fizykalnego (balneoterapeutycznego) adekwatnie do stanu zdrowia pacjenta:<br>- dobór parametrów zabiegów fizykalnych w warunkach klinicznych<br>- kontrolowanie przebiegu zabiegów fizykalnych<br>- ocena reakcji organizmu w odpowiedzi na różne zabiegi fizykalne   | K_W13, KW_15, K_W16, K_W18, K_U01, K_U06, K_U10 | <input type="checkbox"/> obecność w placówce<br><input type="checkbox"/> rozmowa z praktykantem<br><input type="checkbox"/> obserwacja pracy praktykanta i codzienna współpraca z praktykantem |   |
| 4.               | Wykonanie zabiegów fizykalnych — zabiegi ciepłne 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 fonoforeza, inhalacje; zabiegi elektroterapii z użyciem prądu stałego oraz prądów małej i średniej częstotliwości i inne | K_W13, KW_15, K_W16, K_W18, K_U01, K_U06, K_U10 | <input type="checkbox"/> obecność w placówce<br><input type="checkbox"/> rozmowa z praktykantem<br><input type="checkbox"/> obserwacja pracy praktykanta i codzienna współpraca z praktykantem |   |

|    |   |  |  |  |
|----|---|--|--|--|
| 5. | 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 specyficzne niezbędne dla programowania kinezyterapii) | K_W12, K_W13, K_U06, K_U07, K_U15, K_U16                                     | <input type="checkbox"/> obecność w placówce<br><input type="checkbox"/> rozmowa z praktykantem<br><input type="checkbox"/> obserwacja pracy praktykanta i codzienna współpraca z praktykantem |  |
| 6. | Kwalifikacja, planowanie i prowadzenie odpowiednie do stanu funkcjonalnego pacjenta ćwiczeń i technik z zakresu kinezyterapii, w oparciu o wyniki przeprowadzonej oceny funkcjonalnej   | K_W12, K_W13, K_W19, K_W16, K_W18, K_U01, K_U06, K_U15, K_U18, K_U21, K_K02, | <input type="checkbox"/> obecność w placówce<br><input type="checkbox"/> rozmowa z praktykantem<br><input type="checkbox"/> obserwacja pracy praktykanta i codzienna współpraca z praktykantem |  |
| 7. | Umiejętność wykonania masażu w wybranych jednostkach chorobowych i modyfikowania masażu w zależności od stanu i wieku pacjenta  | K_W13, KW_15, K_W16, K_W18, K_U01, K_U06, K_U10                              | <input type="checkbox"/> obecność w placówce<br><input type="checkbox"/> rozmowa z praktykantem<br><input type="checkbox"/> obserwacja pracy praktykanta i codzienna współpraca z praktykantem |  |

\*Należy wybrać lub podać metodę weryfikacji efektu

\*\*Należy wykorzystać poniższe kryteria oceny stopnia osiągniętych przez studenta efektów kształcenia.

### Kryteria oceny praktyki

- 5.0 – efekt kształcenia został osiągnięty bez zastrzeżeń
- 4.5 – efekt kształcenia został osiągnięty z pojedynczymi brakami/błędami
- 4.0 – efekt kształcenia został osiągnięty z nielicznymi brakami/błędami
- 3.5 – efekt kształcenia został osiągnięty z wieloma brakami/błędami
- 3.0 – efekt kształcenia został osiągnięty z licznymi i istotnymi brakami/błędami (minimalnie wymagany poziom osiągnięcia efektu)
- 2.0 – efekt kształcenia nie został osiągnięty

.....  
*miejsowość i data*

.....  
*podpis zakładowego opiekuna praktyk*

## KARTA WERYFIKACJI EFEKTÓW KSZTAŁCENIA

FIZJOTERAPIA – nabór 2017/2018

PRAKTYKA ZAWODOWA FIZJOTERAPEUTYCZNA CIĄGŁA SEMESTRALNA  
Semestr X

Imię i nazwisko studenta: ..... nr albumu: .....

| NR EFEKTU | OPIS EFEKTU KSZTAŁCENIA DLA PRAKTYKI  | EFEKTY KIERUNKOWE  | Zaliczenie*<br>metoda weryfikacji /<br>podstawa zaliczenia   | Ocena**<br>zakładowego<br>opiekuna<br>praktyk |
|-----------|---|--|--|---|
| 1.        | Umiejętność zaprogramowania badania funkcjonalnego układu ruchu, narządów wewnętrznych oraz badań wydolnościowych niezbędnych dla stosowania odpowiednich metod specjalnych fizjoterapii                        | K_W12, K_W13, K_U06,<br>K_U07, K_U15, K_U16  | <input type="checkbox"/> obecność w placówce<br><input type="checkbox"/> rozmowa z praktykaniem<br><input type="checkbox"/> obserwacja pracy praktykanta i codzienna współpraca z praktykaniem |   |
| 2.        | Wykorzystanie w terapii zasad i technik z zakresu metod specjalnych fizjoterapii u osób z chorobami i dysfunkcjami dotyczącymi różnych narządów i układów — stosownie do ich stanu klinicznego i funkcjonalnego | K_W12, K_W13, K_W19,<br>K_W16, K_W18, K_U01,<br>K_U06, K_U15, K_U18<br>K_U21, K_K02, | <input type="checkbox"/> obecność w placówce<br><input type="checkbox"/> rozmowa z praktykaniem<br><input type="checkbox"/> obserwacja pracy praktykanta i codzienna współpraca z praktykaniem |   |
| 3.        | Umiejętność zaprogramowania treningu funkcjonalnego w fizjoterapii odpowiednio do stanu pacjenta, umiejętność instruowania chorych odnośnie do wykonywania ćwiczeń z zakresu metod specjalnych w domu           | K_W13, K_W14,<br>K_U02, K_U03  | <input type="checkbox"/> obecność w placówce<br><input type="checkbox"/> rozmowa z praktykaniem<br><input type="checkbox"/> obserwacja pracy praktykanta i codzienna współpraca z praktykaniem |   |
| 4.        | Umiejętność programowania adaptowanej aktywności fizycznej w rehabilitacji kompleksowej i podtrzymywaniu sprawności osób ze specjalnymi potrzebami  | K_W13, K_W14,<br>K_U02, K_U03  | <input type="checkbox"/> obecność w placówce<br><input type="checkbox"/> rozmowa z praktykaniem<br><input type="checkbox"/> obserwacja pracy praktykanta i codzienna współpraca z praktykaniem |   |
| 5.        | Dobór przedmiotów ortopedycznych do potrzeb osoby rehabilitowanej   | K_W17, K_U13   | <input type="checkbox"/> obecność w placówce<br><input type="checkbox"/> rozmowa z praktykaniem<br><input type="checkbox"/> obserwacja pracy praktykanta i codzienna współpraca z praktykaniem |   |
| 6.        | Udzielenie pacjentowi porady w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki niepełnosprawności, np. osteoporozy, otyłości itp.  | K_W14, K_U02, K_U03  | <input type="checkbox"/> obecność w placówce<br><input type="checkbox"/> rozmowa z praktykaniem<br><input type="checkbox"/> obserwacja pracy praktykanta i codzienna współpraca z praktykaniem |   |

|     |   |                            |  |
|-----|---|----------------------------|--|
| 7.  | Umiejętność zastosowania w praktyce znajomości obowiązków pracowniczych i regulaminu pracy fizjoterapeuty | K_W08, K_U17, K_K04, K_K09 | <input type="checkbox"/> obecność w placówce<br><input type="checkbox"/> rozmowa z praktykantem<br><input type="checkbox"/> obserwacja pracy praktykanta i codzienna współpraca z praktykantem |
| 8.  | Umiejętność zastosowania w praktyce znajomości praw pacjenta określonych w odrębnych przepisach           | K_W08, K_U05, K_K05,       | <input type="checkbox"/> obecność w placówce<br><input type="checkbox"/> rozmowa z praktykantem<br><input type="checkbox"/> obserwacja pracy praktykanta i codzienna współpraca z praktykantem |
| 9.  | Umiejętność prowadzenia dokumentacji medycznej, znajomości zasad jej dostępności i obiegu dokumentów      | K_W08, K_U21               | <input type="checkbox"/> obecność w placówce<br><input type="checkbox"/> rozmowa z praktykantem<br><input type="checkbox"/> obserwacja pracy praktykanta i codzienna współpraca z praktykantem |
| 10. | Umiejętność określania kosztów działalności fizjoterapeutycznej   | K_W09, K_W10, K_K07        | <input type="checkbox"/> obecność w placówce<br><input type="checkbox"/> rozmowa z praktykantem<br><input type="checkbox"/> obserwacja pracy praktykanta i codzienna współpraca z praktykantem |

\*Należy wybrać lub podać metodę weryfikacji efektu

\*\*Należy wykorzystać poniższe kryteria oceny stopnia osiągniętych przez studenta efektów kształcenia.

### Kryteria oceny praktyki

- 5.0 – efekt kształcenia został osiągnięty bez zastrzeżeń
- 4.5 – efekt kształcenia został osiągnięty z pojedynczymi brakami/błędami
- 4.0 – efekt kształcenia został osiągnięty z nielicznymi brakami/błędami
- 3.5 – efekt kształcenia został osiągnięty z wieloma brakami/błędami
- 3.0 – efekt kształcenia został osiągnięty z licznymi i istotnymi brakami/błędami (minimalnie wymagany poziom osiągnięcia efektu)
- 2.0 – efekt kształcenia nie został osiągnięty

.....  
miejsowość i data

.....  
podpis zakładowego opiekuna praktyk

**Opinia opiekuna praktyki zawodowej  
realizowanej w ramach kształcenia fizjoterapeutów**

Imię i nazwisko studenta

.....

Nazwa uczelni i jednostki organizacyjnej uczelni

.....

.....

Imię i nazwisko opiekuna praktyki

.....

Nazwa i adres podmiotu leczniczego

.....

.....

**1. Ocena przygotowania teoretycznego studenta do wykonywanej pracy**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**2. Ocena umiejętności praktycznych**

.....

.....

.....

.....

.....

**3. Ocena kompetencji społecznych** (m.in.: dbałość o samokształcenie, odpowiedzialność za własne przygotowanie do pracy, świadomość własnych ograniczeń, krytycyzm w ocenie podejmowanych działań, inicjatywa, samodzielne wykonywanie powierzonych zadań, akceptacja opinii członków zespołu rehabilitacyjnego, przestrzeganie zasad etyki zawodowej, wykazywanie zrozumienia dla problemów wynikających z choroby i niepełnosprawności pacjenta, wykorzystywanie i promowanie standardów obowiązujących w fizjoterapii, dbałość o prestiż związany z wykonywaniem zawodu)

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
*Data i podpis zakładowego opiekuna praktyki*



**PROTOKÓŁ ZALICZENIA PRAKTYKI ZAWODOWEJ FIZJOTERAPEUTYCZNEJ  
CIĄGŁEJ SEMESTRALNEJ**  
(wypełnia uczelniany opiekun praktyk)

Imię i nazwisko studenta:

.....

Nr albumu: .....

**Dokumentacja praktyk pod względem ilościowym i jakościowym**

|   |           |                                    |
|---|-----------|------------------------------------|
| (1) Dziennik Praktyk  | zaliczono | brak zaliczenia                    |
| (2) Raport zaakceptowany i podpisany przez<br><i>zakładowego opiekuna praktyk</i>                               | zaliczono | brak zaliczenia                    |
| (3) Karta weryfikacji efektów kształcenia<br><br>ocena wystawiona przez <i>zakładowego opiekuna<br/>praktyk</i> | zaliczono | brak zaliczenia<br><br>ocena:..... |
| (4) Opinia opiekuna praktyki zawodowej<br>realizowanej w ramach kształcenia fizjoterapeutów                     | zaliczono | brak zaliczenia                    |

Ocena wystawiona na podstawie wymaganych dokumentów przez uczelnianego opiekuna praktyk:

.....

Biała Podlaska, dn. ....

Podpis uczelnianego opiekuna praktyk: .....