



PAŃSTWOWA  
WYŻSZA  
SZKOŁA  
ZAWODOWA  
W LESZNIE

im. JANA AMOSA KOMEŃSKIEGO

## **INSTYTUT ZDROWIA I KULTURY FIZYCZNEJ**

**Kierunek: Fizjoterapia**

### **DZIENNIK PRAKTYK STUDENCKICH**

**Wakacyjna praktyka profilowana - wybieralna cz. I**

Nazwisko i imię studenta .....nr albumu.....

Rok....., semestr.....,

Studia: jednolite magisterskie; Tryb: stacjonarne

Rok akademicki: 2021/2022

Termin realizacji praktyki: 04.07.2022 – 09.09.2022

Termin oddania dziennika praktyk: 12.09.2022

Miejsce odbywania praktyki.....

(Nazwa instytucji, zakładu pracy - pieczęć)

Zakładowy opiekun praktyki.....

**Kierunkowy opiekun praktyk:** dr Justyna Adamczyk  
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Lesznie im. J.A. Komeńskiego  
Instytut Zdrowia i Kultury Fizycznej, 64-100 Leszno, ul. Mickiewicza 5  
pokój 406, [justyna.adamczyk@pwsz.edu.pl](mailto:justyna.adamczyk@pwsz.edu.pl)

**Biuro praktyk:** pokój 131;  
email: [biuro.praktyk@pwsz.edu.pl](mailto:biuro.praktyk@pwsz.edu.pl) tel. 65/5296069

## OŚWIADCZENIA STUDENTA

### 1. Poświadczam posiadanie szczepienia WZW typu B

.....  
(data i podpis studenta)

### 2. Poświadczam posiadanie aktualnej książeczki dla celów sanitarno – epidemiologicznych na praktykach studenckich dla kierunku Fizjoterapia.

.....  
(data i podpis studenta)

### 3. Poświadczam posiadanie ubezpieczenia OC i NNW i ekspozycji zawodowej na praktykach studenckich dla kierunku Fizjoterapia.

.....  
(data i podpis studenta)

### 4. Poświadczam, iż zapoznałem się z uczelnianym i kierunkowym regulaminem praktyk.

.....  
(data i podpis studenta)

Własnoręczny podpis studenta:.....

Nr indeksu.....PESEL.....

# Wakacyjna praktyka profilowana – wybieralna cz. I

**Czas trwania: 200 godzin dydaktycznych**

**MIEJSCE PRAKTYKI:** Wakacyjna praktyka profilowana - wybieralna dotyczy jednego z trzech zakresów tematycznych:

- fizjoterapia w dysfunkcjach układu ruchu
- fizjoterapia w chorobach wewnętrznych
- fizjoterapia w wieku rozwojowym

Praktyka realizowana w poszczególnych działach Fizjoterapii:

1. Fizjoterapii w ortopedii i traumatologii
2. Fizjoterapii w neurologii i neurochirurgii
3. Fizjoterapii w reumatologii
4. Fizjoterapii w chirurgii i onkologii
5. Fizjoterapia w chorobach wewnętrznych ( kardiologii i pulmonologii )
6. Fizjoterapia w ginekologii
7. Fizjoterapia w pediatrii i neurologii rozwojowej

## **CELE PRAKTYKI:**

Celem praktyki jest doskonalenie umiejętności oraz praktyczne wykorzystanie wiadomości teoretycznych zdobytych na wykładach i ćwiczeniach.

## **ZAKRES PROGRAMOWY PRAKTYKI:**

1. Przestrzeganie obowiązującego regulaminu i przepisów BHP w zakresie fizjoterapii obowiązującego w placówkach medycznych.
2. Prowadzenie dokumentacji medycznej w zakresie fizjoterapii.
3. Udział w ogólnomedycznych badaniach diagnostycznych prowadzonych dla potrzeb fizjoterapii.
4. Dobór odpowiednich metod usprawniania na bazie badań diagnostycznych.
5. Wykonywanie zabiegów fizjoterapeutycznych odpowiednio dobranych do określonych jednostek chorobowych pod nadzorem fizjoterapeuty.
6. Praktyczne usprawnianie chorych z różnymi jednostkami chorobowymi pod nadzorem dyplomowanego fizjoterapeuty.
7. Zapoznanie się z zasadami pracy fizjoterapeuty w ramach zespołu rehabilitacyjnego tzn. lekarzem, psychologiem, logopedą, pielęgniarką.
8. Identyfikowanie ICD-10 oraz ICF,

**SKALA I KRYTERIA OCEN ZA WAKACYJNĄ PRAKTYKĘ PROFILOWANĄ -  
WYBIERALNĄ cz.I**

**Skala ocen:**

- Bardzo dobry (5,0)
- Dobry plus (4,5)
- Dobry (4,0)
- Dostateczny plus (3,5)
- Dostateczny (3,0)
- Niedostateczny (2,0)

**LISTA OBECNOŚCI NA WAKACYJNEJ PRAKTYCE PROFILOWANEJ - WYBIERALNEJ cz.I**

Dzień praktyki	Data	Ilość przepracowanych godzin (godziny dydaktyczne)	Podpis opiekuna (pieczętka)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

$\Sigma$  przepracowanych godzin

**REALIZOWANY PLAN WAKACYJNEJ PRAKTYKI PROFILOWANEJ - WYBIERALNEJ cz. I**

Opis czynności, zadań które student wykonuje na praktyce w pierwszym tygodniu praktyki (szczegółowy opis 3 przypadków – jednostka chorobowa, choroby współistniejące, krótki wywiad, objawy choroby, prowadzona terapia, zabiegi, (stan pacjenta przed terapią, po terapii)

.....  
Podpis opiekuna  
(pieczętka)

**REALIZOWANY PLAN WAKACYJNEJ PRAKTYKI PROFILOWANEJ - WYBIERALNEJ cz. I**

Opis czynności, zadań które student wykonuje na praktyce w drugim tygodniu praktyki (szczegółowy opis 3 przypadków – jednostka chorobowa, choroby współistniejące, krótki wywiad, objawy choroby, prowadzona terapia, zabiegi, (stan pacjenta przed terapią, po terapii)

.....  
Podpis opiekuna  
(pieczętka)



**REALIZOWANY PLAN WAKACYJNEJ PRAKTYKI PROFILOWANEJ - WYBIERALNEJ cz. I**

Opis czynności, zadań które student wykonuje na praktyce w trzecim tygodniu praktyki (szczegółowy opis 3 przypadków – jednostka chorobowa, choroby współistniejące, krótki wywiad, objawy choroby, prowadzona terapia, zabiegi, (stan pacjenta przed terapią, po terapii)

.....  
Podpis opiekuna  
(pieczęć)

**REALIZOWANY PLAN WAKACYJNEJ PRAKTYKI PROFILOWANEJ - WYBIERALNEJ cz. I**

Opis czynności, zadań które student wykonuje na praktyce w czwartym tygodniu praktyki (szczegółowy opis 3 przypadków – jednostka chorobowa, choroby współistniejące, krótki wywiad, objawy choroby, prowadzona terapia, zabiegi, (stan pacjenta przed terapią, po terapii)

.....  
Podpis opiekuna  
(pieczęć)

**REALIZOWANY PLAN WAKACYJNEJ PRAKTYKI PROFILOWANEJ - WYBIERALNEJ cz. I**

Opis czynności, zadań które student wykonuje na praktyce w piątym tygodniu praktyki (szczegółowy opis 3 przypadków – jednostka chorobowa, choroby współistniejące, krótki wywiad, objawy choroby, prowadzona terapia, zabiegi, (stan pacjenta przed terapią, po terapii)

.....  
Podpis opiekuna  
(pieczętka)

## Ocena uzyskania zamierzonych efektów uczenia się

### POTWIERDZENIE EFEKTÓW UCZENIA SIĘ

Osiągnięcie efektów kształcenia w zakresie wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych podczas realizacji całej praktyki – ocena wg przyjętych kryteriów oceny. **Warunkiem zaliczenia praktyki jest uzyskanie oceny pozytywnej z każdego efektu kształcenia.**

	<b>WIEDZA</b> <b>W zakresie wiedzy student/ka zna i rozumie:</b>	<b>OCENA</b> <b>(2, 3, 4, 5)</b>
F.W1.	zjawiska fizyczne zachodzące w organizmie człowieka pod wpływem czynników zewnętrznych;	
F.W2	teoretyczne, metodyczne i praktyczne podstawy kinezyterapii i terapii manualnej, specjalnych metod fizjoterapii, ergonomii oraz fizykoterapii i masażu leczniczego;	
F.W3	metody oceny stanu układu ruchu człowieka służące do wyjaśnienia zaburzeń struktury i funkcji tego układu oraz potrzeb fizjoterapii w dysfunkcjach układu ruchu i 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.W8	zasady działania wyrobów medycznych stosowanych w rehabilitacji;	
F.W9	zasady etyczne obowiązujące w pracy z pacjentem;	
F.W11	standardy fizjoterapeutyczne;	
F.W17	zasady etyki zawodowej fizjoterapeuty;	
F.W18	zasady odpowiedzialności zawodowej fizjoterapeuty.	
	<b>UMIEJĘTNOŚCI</b> <b>W zakresie umiejętności student/ka zna i rozumie:</b>	
F.U1	przeprowadzić badania i zinterpretować ich wyniki oraz przeprowadzić testy funkcjonalne niezbędne do doboru środków fizjoterapii, wykonywania zabiegów i stosowania podstawowych metod terapeutycznych;	
F.U3.	tworzyć , weryfikować i modyfikować programy usprawniania osób z różnymi dysfunkcjami układu ruchu i innych narządów oraz układów, stosownie do ich stanu klinicznego i funkcjonalnego, oraz	

	celów kompleksowej rehabilitacji	
F.U5	dobierać wyroby medyczne stosownie do rodzaju dysfunkcji i potrzeb pacjenta na każdym etapie rehabilitacji	
F.U7	wykorzystywać i obsługiwać aparaturę, sprzęt do fizykoterapii i sprzęt do badań funkcjonalnych oraz przygotować stanowiskopracy	
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.U12	samodzielnie wykonywać powierzone zadania i właściwie organizować własną pracę oraz brać za nią odpowiedzialność;	
F.U14.	aktywnie uczestniczyć w pracach zespołu terapeutycznego	
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.	

Opinia o opinia o studencie.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
Pieczątką i podpis Zakładowego opiekuna praktyk

**DRUK DLA UCZELNI:**

## **OCENA ZAKŁADOWEGO OPIEKUNA PRAKTYK**

Nazwisko i imię studenta/studentki .....Numer albumu.....

nazwa i adres placówki – pieczętka placówki .....

.....  
.....

Czas trwania praktyki (podać termin od –do).....

**Ocena za praktykę zawodową (Z)**.....

(ocena w skali od 2 do 5)

.....

Pieczętka i podpis Zakładowego opiekuna praktyk

## **PROTOKÓŁ ZALICZENIA PRAKTYKI**

Realizacja praktyki zawodowej (terminowość, dokumentacja, sprawozdanie z praktyki)

**Ocena za realizację praktyki (U)**.....

(ocena w skali od 2 do 5)

**Ocena realizacji mini zadań zawodowych (S)**.....

## **OCENA KOŃCOWA ZA PRAKTYKĘ ZAWODOWĄ:**

$0,45 \times Z + 0,4 \times S + 0,15 \times U =$  .....

.....

data i podpis instytutowego opiekuna praktyk

**DRUK DLA UCZELNI**

Instytut.....

Nazwisko i imię studenta/studentki .....Numer albumu.....

Kierunek studiów.....

Studia: jednolite magisterskie

Studia: stacjonarne

Termin praktyki.....

Miejsce odbywania praktyki.....

**SPRAWOZDANIE STUDENTA/STUDENTKI Z WAKACYJNEJ  
PRAKTYKI PROFILOWANEJ - WYBIERALNEJ cz.I (200  
GODZIN)**

**W CAŁOŚCI ZREALIZOWAŁEM/-am/ PROGRAM WAKACYJNEJ  
PRAKTYKI PROFILOWANEJ - WYBIERALNEJ cz. I WRAZ Z  
EFEKTAMI KSZTAŁCENIA: TAK\* / NIE\***

*\*właściwe zaznaczyć*

**Samoocena studenta w zakresie nabytych umiejętności, kompetencji oraz  
osiągniętych efektów uczenia się.....**

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

.....

Data i czytelny podpis studenta/-ki

## **ZAKOŃCZENIE PRAKTYKI**

- Opiekun praktyk w placówce zobowiązany jest do dokonania oceny stopnia osiągnięcia przez studenta zakładanych efektów kształcenia oraz wystawienia oceny końcowej z praktyki w karcie zaliczenia praktyki.
- Dziennik praktyk (trwała oprawa) należy dostarczyć do Biura Praktyk (pokój 131) w wyznaczonym terminie w celu rozliczenia wraz z następującymi dokumentami:
  - Karta zaliczenia praktyki (nie bindować w dzienniku)
  - Sprawozdanie studenta/studentki z praktyki (nie bindować w dzienniku)
  - Ankiety ewaluacyjne dotyczące praktyk zawodowych (wypełnia student oraz opiekun praktyki).

## **ZALICZENIE PRAKTYKI**

- Zaliczenia praktyk zawodowych w karcie zaliczeniowej dokonuje kierunkowy opiekun praktyk na podstawie zaliczenia wszystkich efektów kształcenia na ocenę pozytywną przez opiekuna praktyk, opinii wydanej o studencie, oceny własnej dotyczącej dokumentacji prowadzonego dziennika praktyk (wykonanie planu praktyki, rzetelne i estetyczne prowadzenie dziennika praktyk).
- Warunkiem zaliczenia praktyk jest terminowe dostarczenie dokumentacji związanej z organizacją praktyki (podpisane porozumienie o prowadzenie praktyki, potwierdzenie przyjęcia studenta na praktykę, kryteria doboru placówki/opiekuna praktyki) oraz zdanie dziennika praktyk w terminie wyznaczonym przez kierownika praktyk.
- Niewywiązanie się z ustalonych terminów powoduje obniżenie oceny z praktyk.