

Zarządzenie nr 9/2016
Rektora Wyższej Szkoły Zarządzania i Administracji w Zamościu
z dnia 5 lipca 2016 r.

w sprawie wprowadzenia Regulaminu studenckich praktyk zawodowych w Wyższej Szkole
Zarządzania i Administracji w Zamościu

Działając na podstawie § 21 ust. 3 oraz § 25 ust. 9 „Statutu Wyższej Szkoły Zarządzania i Administracji z siedzibą w Zamościu”, zarządzam co następuje:

§1

Wprowadza się Regulamin studenckich praktyk zawodowych w Wyższej Szkole Zarządzania i Administracji w Zamościu, który stanowi załącznik nr 1 do niniejszego zarządzenia.

§2

1. Regulamin studenckich praktyk zawodowych w Wyższej Szkole Zarządzania i Administracji w Zamościu wprowadzony niniejszym zarządzeniem obowiązuje od 1 października 2016 roku.
2. Traci moc Regulamin studenckich praktyk zawodowych w Wyższej Szkole Zarządzania i Administracji w Zamościu wprowadzony Zarządzeniem nr 32/2014 Rektora WSZiA z dnia 18 grudnia 2014r.

§3

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Rektor
Wyższej Szkoły Zarządzania
i Administracji w Zamościu


dr Stanisław Wieczorek

Regulamin studenckich praktyk zawodowych w WSZiA

1. Postanowienia ogólne

§ 1

1. Studenckie praktyki zawodowe, zwane dalej „praktykami” w Wyższej Szkole Zarządzania i Administracji w Zamościu, zwaną dalej „Uczelnią”, są obowiązkowe, jeśli wpisane są w plan studiów i program kształcenia.
2. Obowiązkowi odbycia praktyk podlegają studenci studiów pierwszego stopnia trybu stacjonarnego i niestacjonarnego oraz studiów drugiego stopnia trybu stacjonarnego i niestacjonarnego, o ile przewiduje to program kształcenia.
3. Praktyki obowiązują w wymiarze godzin i formie określonej dla kierunku kształcenia, zgodnie z programem kształcenia określonym przez właściwą Radę Wydziału.

§ 2

1. Rodzaj i termin praktyk określa plan studiów dla danego kierunku i specjalności.
2. Praktyki należy odbyć:
 - a) w terminie wskazanym w planie studiów lub w programie praktyk,
 - b) w czasie wolnym od zajęć dydaktycznych lub w trakcie ich trwania, jeżeli nie utrudni to przebiegu studiów,
 - c) w jednostce wskazanej przez Uczelnię (lista dostępna w Dziekanacie) lub w szczególnych przypadkach w wybranej samodzielnie jednostce z zachowaniem procedury określonej w § 7.
3. W wyjątkowych przypadkach, na wniosek studenta zaopiniowany pozytywnie przez koordynatora praktyk, Dziekan może wyrazić zgodę na wcześniejsze odbycie, zmiany miejsca lub formy zaliczenia praktyk.

§ 3

1. Rektor powołuje koordynatora merytorycznego ds. praktyk dla każdego prowadzonego kierunku kształcenia.
2. Koordynator koordynuje prace związane z merytoryczną organizacją i przebiegiem praktyk, analizuje zakładane i uzyskane podczas praktyk efekty kształcenia, współpracuje z Dziekanatem i Biurem Karier w zakresie dbania o standardy prowadzenia praktyk, w tym dokonuje oceny i wyboru jednostek do realizacji praktyk oraz opiekunów praktyk.
3. Koordynator podejmuje decyzje w sprawach dotyczących praktyk w zakresie wskazanym w niniejszym regulaminie.

2. Formy praktyk studenckich

§ 4

Ustala się następujące formy praktyk pozwalające osiągnąć zakładane efekty kształcenia zgodne z profilem i kierunkiem studiów:

1. praktyka organizowana przez Uczelnię w jednostkach współpracujących z Uczelnią (zweryfikowanych wg. kryteriów zdefiniowanych dla każdego kierunku kształcenia),
2. praktyki organizowane w jednostkach organizacyjnych Uczelni,

3. udział w pracach naukowo-badawczych organizowanych przez Uczelnię,
4. praktyki w ramach Programu Erasmus,
5. staże odbyte w kraju i za granicą,
6. doświadczenie zawodowe oraz inne udokumentowane formy realizacji przedmiotowych efektów kształcenia przypisane praktyce w karcie przedmiotu.

3. Organizacja i przebieg praktyk

§ 5

1. Organizatorem obowiązkowych praktyk studenckich jest Uczelnia.
2. Organizację oraz obsługę administracyjną praktyk sprawuje Dziekanat.
3. Za prawidłową organizację i przebieg praktyk od strony merytorycznej odpowiedzialny jest koordynator.
4. Nadzór dydaktyczny nad realizacją praktyk sprawuje w formie hospitacji właściwy Dziekan Wydziału bądź kierownik katedry.
5. Studenta w trakcie realizacji praktyki prowadzi wyznaczony przez jednostkę przyjmującą i zatwierdzony przez koordynatora praktyk - opiekun praktyk.

§ 6

1. W celu odbycia praktyki w jednostce wskazanej przez Uczelnię student powinien:
 - a) skontaktować się z jednostką celem ustalenia terminu realizacji praktyki,
 - b) zgłosić do Dziekanatu termin realizacji praktyki przed jej rozpoczęciem oraz odebrać następujące dokumenty:
 - skierowanie na praktykę,
 - porozumienie o realizacji praktyk,
 - dzienniczek praktyk,
 - kartę przedmiotu,
 - c) pobrać z portalu Informacyjno-edukacyjnego Uczelni program praktyk celem przedłożenia opiekunowi praktyk.
2. Student powinien zwrócić do Dziekanatu przed rozpoczęciem praktyki porozumienie, podpisane przez osobę reprezentującą placówkę, w której będzie realizowana praktyka.
3. Student udający się na praktykę powinien posiadać ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków.

§ 7

1. W wyjątkowych sytuacjach student może sam przedstawić propozycję miejsca odbycia praktyki w wybranym przez siebie zakładzie pracy.
2. Zgody na odbycie praktyki w jednostce innej niż wskazana przez Uczelnię udziela Dziekan.
3. W celu uzyskania zgody Dziekana student powinien złożyć stosowny wniosek wraz z załącznikami tj. ankietą oceny jednostki oraz ankietą wyboru opiekuna praktyk, pozytywnie zaopiniowanymi przez koordynatora praktyk.
4. Po uzyskaniu zgody Dziekana student postępuje zgodnie z zapisami §6.

4. Warunki zaliczenia praktyki

§ 8

W ciągu 14 dni od zakończenia praktyki realizowanej w trakcie roku akademickiego student powinien złożyć dziennik praktyk w Dziekanacie w celu jej zaliczenia.

§ 9

1. Dziekan zalicza praktykę jeżeli student:
 - a) zrealizował praktykę w założonym wymiarze godzin,
 - b) osiągnął założone efekty kształcenia,
 - c) przedłożył stosowną dokumentację opisującą przebieg i termin realizacji praktyki, ocenę opiekuna praktyki w języku polskim, oraz podpisaną przez opiekuna praktyki kartę przedmiotu Praktyki zawodowej,
 - d) koordynator merytoryczny ds. praktyk potwierdził zgodność zrealizowanej praktyki z obowiązującymi wymaganiami.
2. W przypadku nie zaliczenia przez studenta założonych efektów kształcenia praktyka nie jest zaliczona i student musi ją powtórzyć, bądź uzupełnić.

§ 10

Studenci wykonujący prace zawodową lub prowadzący własną działalność gospodarczą mogą się ubiegać o zaliczenie praktyki pod warunkiem spełnienia następujących wymogów:

- a) wniosek do Dziekana o zwolnienie z odbycia praktyk zawodowych na podstawie posiadanego doświadczenia zawodowego zgodnie z Uchwałą Senatu WSZiA w Zamościu z dn. 26.09.2012 r.,
- b) formularz potwierdzający osiągnięcie przez studenta efektów kształcenia zgodnych z programem praktyki zawodowej,
- c) zaświadczenie z zakładu pracy poświadczające okres zatrudnienia i zajmowane stanowisko,
- d) zakres wykonywanych czynności.

5. Prawa i obowiązki studenta w związku z realizacją praktyk

§ 11

1. W związku z realizacją praktyk student ma prawo do:
 - a) pomocy ze strony Dziekanatu, Biura Karier, koordynatora w zakresie dotyczącym odbywania praktyk;
 - b) pełnego realizowania programu praktyk w ustalonej jednostce w warunkach odpowiadających wymogom bezpieczeństwa i higieny;
 - c) ubiegania się o zmianę miejsca, terminu i formy zaliczenia praktyk;
 - d) samodzielnego poszukiwania i wskazania jednostki, w której chciałby realizować praktykę.
2. W związku z odbywaniem praktyk student zobowiązany jest w szczególności do:
 - a) zapoznania się z regulaminem praktyk studenckich i programem praktyk na kierunku,
 - b) ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków (NNW) na czas trwania praktyki;

- c) sumiennego i rzetelnego realizowania programu praktyki, respektowania zasad obowiązujących w jednostce przyjmującej oraz przestrzegania regulaminu i dyscypliny pracy;
- d) systematycznego i rzetelnego uzupełniania dokumentów związanych z praktyką;
- e) informowania Dziekanatu o nieprawidłowościach występujących w trakcie realizacji praktyki;
- f) godnego reprezentowania Uczelni w trakcie praktyki;
- g) terminowego rozliczania się z praktyk.

§ 12

Za odbytą praktykę studentom nie przysługuje wynagrodzenie, jednak Zakład Pracy może zawrzeć ze studentem dodatkową umowę, na podstawie której student otrzyma wynagrodzenie.

6. Przepisy końcowe

§ 13

Przepisy niniejszego Regulaminu obowiązują wszystkich studentów WSZiA w Zamościu.

§ 14

W sprawach nieuregulowanych w niniejszym regulaminie zastosowanie mają wewnętrzne przepisy Uczelni oraz przepisy prawa polskiego powszechnie obowiązującego.

§ 15

Regulamin jest dostępny w wersji elektronicznej na stronie internetowej pod adresem www.wszia.edu.pl w zakładce Praktyki.

§16

Regulamin wchodzi w życie z dniem 1 października 2016r.

**Rektor
Wyższej Szkoły Zarządzania
i Administracji w Zamościu**

dr Stanisław Wieczorek

Załączniki:

1. Skierowanie na praktykę
2. Porozumienie o realizację praktyki
3. Dzienniczek praktyk dla kierunku
4. Ankieta oceny jednostki
5. Ankieta wyboru opiekuna praktyk
6. Wniosek do Dziekana o odbycie praktyki w miejscu innym niż wskazane przez Uczelnię.

Zamość, dnia r.

<miejsce odbywania praktyk>
<miejscowość>

Skierowanie

W związku z realizacją programu studiów na kierunku zwracam się z uprzejmą prośbą o przyjęcie Pani/Pana, studenta/ki Wyższej Szkoły Zarządzania i Administracji z siedzibą w Zamościu na odbycie praktyk zgodnie z opracowanym harmonogramem praktyk.

Podstawą odbycia praktyk jest porozumienie, które przesyłam w załączeniu z prośbą o jego podpisanie.

Z poważaniem

.....
Podpis i pieczętka Rektora WSZiA

POROZUMIENIE – wzór

Zawarte w dniuw.....
pomiędzy:

.....
adresNIP.....
reprezentowanym/ą przez
zwanym dalej „Pracodawcą”

a

Wyższą Szkołą Zarządzania i Administracji w Zamościu,
ul. Akademicka 4, NIP 922-21-36-495

Reprezentowaną przez:
....., Rektora WSZiA
zwaną dalej „Uczelnią”

§ 1

1. Przedmiotem niniejszego porozumienia jest określenie ramowych zasad odbywania praktyk zawodowych w
..... przez studentów kierunkuWSZiA w Zamościu.
2. Praktyki odbywają się w oparciu o skierowanie z Uczelni będące integralną częścią porozumienia.

§ 2

1. W oparciu o niniejsze porozumienie Uczelnia kieruje do Pracodawcy Pana/ią Studenta kierunku celem odbycia praktyk zawodowych.
2. Praktyki zawodowe mogą odbywać się w okresie od dołączny czas odbywania praktyki strony ustalają na

§ 3

Ramowy Program Praktyki Zawodowej określa Uczelnia. Stanowi on integralną część Porozumienia.

§ 4

1. Za przygotowanie dokumentacji i nadzór nad jej obiegiem odbywanych na podstawie niniejszego porozumienia praktyk ze strony Uczelni odpowiada koordynator merytoryczny praktyk właściwy dla kierunku.
2. Za realizację postanowień powyższego dokumentu w imieniu Pracodawcy odpowiada opiekun praktyk

§ 5

Pracodawca zobowiązuje się do zapewnienia warunków niezbędnych do przeprowadzenia praktyk w tym:

- 1) zapewnienia odpowiednich stanowisk pracy, pomieszczeń, urządzeń itp. zgodnie z programem praktyki,
- 2) zapoznania studentów z zakładowym regulaminem pracy, przepisami BHP oraz o ochronie tajemnicy państwowej i służbowej,
- 3) nadzoru nad wykonywaniem przez studentów zadań wynikających z programu praktyki.

§ 6

1. Przed rozpoczęciem praktyki student zobowiązany jest do przedstawienia w Dziekanacie potwierdzenia zawarcia indywidualnego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków (NNW)
2. Obowiązek o którym mowa w ust. 1 nie dotyczy studentów objętych grupowym ubezpieczeniem następstw nieszczęśliwych wypadków (NNW).

§ 7

Wszelkie zmiany niniejszego porozumienia wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 8

W sprawach nieregulowanych porozumieniem zastosowanie mają powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 9

1. Porozumienie zawarto na czas określony, ustalony w §2 ust.2 rozwiązanie porozumienia nie może nastąpić przed zakończeniem praktyk studentów już na nie skierowanych – z zastrzeżeniem postanowień §9, ust.2 niniejszego porozumienia.
2. Wcześniejsze rozwiązanie porozumienia przez Pracodawcę nastąpić może, jeżeli osoba skierowana przez Uczelnię:
 - 1) nie będzie przestrzegać przepisów odnośnie dyscypliny pracy;
 - 2) popełni przestępstwo stwierdzone prawomocnym wyrokiem sądowym, uniemożliwiająca dalszą realizację praktyki.

§ 10

Porozumienie sporządzono w 2 jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

REKTOR

**Wyższej Szkoły Zarządzania
i Administracji w Zamościu**

Załącznik nr 3/1 do
Regulaminu studenckich praktyk
zawodowych z dn.5.07.2016r.

KARTA ZALICZENIA
PRAKTYKI ZAWODOWEJ W SEMESTRZE

z zakresu

.....

Imię i nazwisko studenta:

Nr albumu:

Nazwa i adres zakładu opieki zdrowotnej, w którym student będzie odbywał
praktykę zawodową:

.....

Nazwa komórki organizacyjnej:

.....

Łączna liczba godzin:

KARTA ZALICZENIA
PRAKTYKI ZAWODOWEJ W SEMESTRZE

z zakresu

.....

Indeks umiejętności pielęgniarskich

Kryteria oceny umiejętności pielęgniarskich

Kryteria ogólne	Ocena	Normy					
		Zasady	Sprawność	Skuteczność	Samodzielność	Komunikowanie się z pacjentem	Postawa
Sposób wykonania czynności	4 lub 5	przestrzega zasad, stosuje właściwą technikę i kolejność wykonania czynności	czynności wykonuje pewnie, energicznie	postępowanie uwzględnia sytuację pacjenta, osiąga cel	działania wykonuje całkowicie samodzielnie	poprawny, samodzielny, skuteczny dobór treści oraz form i technik komunikacji	potrafi krytycznie ocenić i analizować swoje postępowanie, współpracuje z zespołem terapeutycznym, w pełni identyfikuje się z rolą zawodową
	3	przestrzega zasad po ukierunkowaniu	czynności wykonuje mało pewnie i wolno	nie zawsze uwzględnia sytuację zdrowotną pacjenta, osiąga cel po ukierunkowaniu	wymaga przypomnienia i ukierunkowania w niektórych działaniach	wymaga naprowadzania, ukierunkowania w wyborze treści oraz form i technik komunikacji	ma trudności w krytycznej ocenie i analizie swojego postępowania, we współpracy z zespołem terapeutycznym oraz w identyfikacji z rolą zawodową
	2	nie przestrzega zasad, chaotycznie wykonuje działania	czynności wykonuje niepewnie i wolno	nie bierze pod uwagę indywidualnej sytuacji pacjenta, nie osiąga celu	wymaga stałego naprowadzania i przypominania w każdym działaniu	nie potrafi utrzymać kontaktu werbalnego z pacjentem	nie potrafi krytycznie ocenić i analizować swojego postępowania, nie współpracuje z zespołem terapeutycznym, nie identyfikuje się z rolą zawodową

Opracowano w Katedrze Rozwoju Pielęgniarstwa WPINoZUM w Lublinie, modyfikacja za: Ciechaniewicz W.: Kształtowanie umiejętności praktycznych słuchaczy szkół pielęgniarskich. CKPPiP, Warszawa.

KARTA ZALICZENIA
PRAKTYKI ZAWODOWEJ W SEMESTRZE

z zakresu

.....

<u>Wykaz umiejętności praktycznych w zawodzie pielęgniarstwa:</u>		Praktyki zawodowe (..... godz.)/ Zakład Opieki Zdrowotnej	
		Ocena	Podpis opiekuna praktyki
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			

KARTA ZALICZENIA
PRAKTYKI ZAWODOWEJ W SEMESTRZE

z zakresu

.....

Karta praktyki z zakresu

Dzień	Data	Godziny pracy od - do	Liczba godzin pracy	Wyszczególnienie wykonywanych zajęć. Inne uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy.
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

**KARTA ZALICZENIA
PRAKTYKI ZAWODOWEJ W SEMESTRZE**

z zakresu
.....

Efekty kształcenia

Potwierdzenie osiągnięcia przez studenta efektów kształcenia zgodnych z programem praktyki zawodowej

Lp.	Opis efektów kształcenia	Ocena	Podpis opiekuna
Po zaliczeniu przedmiotu student w zakresie UMIEJĘTNOŚCI potrafi			
Po zaliczeniu przedmiotu student w zakresie KOMPETENCJI SPOŁECZNYCH potrafi			

Data zaliczenia praktyk zawodowych	Łączna liczba zrealizowanych godzin	Ocena końcowa*	Czytelny podpis opiekuna praktyk zawodowych

Zaliczenie praktyki zawodowej
z zakresu

.....
Data i podpis koordynatora praktyk

.....
Data i podpis Dziekana Wydziału Fizjoterapii i Pedagogiki

Wyższa Szkoła Zarządzania i Administracji
 w Zamościu

**KRYTERIA DOBORU PLACÓWKI DO REALIZACJI PRAKTYK ZAWODOWYCH
 NA KIERUNKU FIZJOTERAPIA**

Placówka szkoleniowa (pieczętka):

Kryterium		Ocena punktowa	Liczba punktów
Placówka szkoleniowa udziela świadczeń opieki zdrowotnej na wysokim poziomie (akredytacja, certyfikat ISO).	posiada akredytację	2	
	przygotowuje się do akredytacji	1	
	nie posiada akredytacji	0	
Placówka szkoleniowa udziela różnorodnych świadczeń opieki zdrowotnej (diagnostyczne, lecznicze, terapeutyczne, rehabilitacyjne, pielęgnacyjne) i cieszy się uznaniem w środowisku.	pełen zakres świadczeń	3	
	większość	2	
	niektóre	1	
Wykształcenie kadry realizującej praktyki zawodowe gwarantuje wysoką jakość zajęć.	większość z wyższym	3	
	prawie połowa z wyższym lub specjalizacją	2	
	wyłącznie średnie	1	
Wyposażenie placówki w nowoczesny sprzęt umożliwia zdobywanie praktycznej wiedzy i umiejętności.	w większości	3	
	prawie połowa sprzętu	2	
	dominuje stary sprzęt	1	
Doświadczenie w pracy ze studentami.	tak	1	
	nie	0	
Charakter i zakres świadczeń/usług umożliwia realizację celów kształcenia.	tak	1	
	nie	0	
Usługi realizowane są zgodnie z obowiązującymi standardami i według właściwych procedur.	tak	1	
	niektóre	0	
W placówce są pomieszczenia dydaktyczne przeznaczone do realizacji zajęć.	tak	1	
	nie	0	
W placówce jest zaplecze socjalne (pokój socjalny, szatnia, stołówka).	tak	1	
	nie	0	
* Warunki optymalne 15 - 16 pkt. * Warunki dobre 13 - 14 pkt. * Warunki dostateczne 10 – 12 pkt. * Brak odpowiednich warunków – 9 i mniej pkt.	LICZBA UZYSKANYCH PUNKTÓW OGÓŁEM*		

* niepotrzebne skreślić

.....
 Opinia i podpis koordynatora
 praktyk/data

.....
 Podpis i pieczętka osoby upoważnionej - Dyrektora/Kierownika Placówki

Wyższa Szkoła Zarządzania i Administracji
 w Zamościu

**KRYTERIA DOBORU PLACÓWKI DO REALIZACJI PRAKTYK ZAWODOWYCH
 NA KIERUNKU PIELĘGNIARSTWO**

Placówka szkoleniowa (pieczętka):

Kryterium		Ocena punktowa	Liczba punktów
Placówka szkoleniowa udziela świadczeń opieki zdrowotnej na wysokim poziomie (akredytacja, certyfikat ISO).	posiada akredytację	2	
	przygotowuje się do akredytacji	1	
	nie posiada akredytacji	0	
Placówka szkoleniowa udziela różnorodnych świadczeń opieki zdrowotnej (diagnostyczne, lecznicze, terapeutyczne, rehabilitacyjne, pielęgnacyjne) i cieszy się uznaniem w środowisku.	pełen zakres świadczeń	3	
	większość	2	
	niektóre	1	
Wykształcenie kadry realizującej praktyki zawodowe gwarantuje wysoką jakość zajęć.	większość z wyższym	3	
	prawie połowa z wyższym lub specjalizacją	2	
	wyłącznie średnie	1	
Wyposażenie placówki w nowoczesny sprzęt umożliwia zdobywanie praktycznej wiedzy i umiejętności.	w większości	3	
	prawie połowa sprzętu	2	
	dominuje stary sprzęt	1	
Doświadczenie w pracy ze studentami.	tak	1	
	nie	0	
Charakter i zakres świadczeń/usług umożliwia realizację celów kształcenia.	tak	1	
	nie	0	
Usługi realizowane są zgodnie z obowiązującymi standardami i według właściwych procedur.	tak	1	
	niektóre	0	
W placówce są pomieszczenia dydaktyczne przeznaczone do realizacji zajęć.	tak	1	
	nie	0	
W placówce jest zaplecze socjalne (pokój socjalny, szatnia, stołówka).	tak	1	
	nie	0	
* Warunki optymalne 15 - 16 pkt. * Warunki dobre 13 - 14 pkt. * Warunki dostateczne 10 - 12 pkt. * Brak odpowiednich warunków - 9 i mniej pkt.	LICZBA UZYSKANYCH PUNKTÓW OGÓŁEM*		

.....
 Podpis i pieczętka osoby upoważnionej - Dyrektora/Kierownika Placówki

.....
pieczęć placówki, w której będzie realizowana praktyka

**KRYTERIA DOBORU OPIEKUNA PRAKTYK ZAWODOWYCH
dla kierunku fizjoterapia**

Forma praktyki:

Kierunek / Specjalność / Semestr:

Tytuł, Imię i Nazwisko opiekuna:

Kryterium oceny		Ocena punktowa	Liczba punktów
Ukończone studia wyższe	mgr fizjoterapii specjalista	4	
	mgr fizjoterapii bez specjalizacji	2	
	inne	1	
Uprawnienia pedagogiczne	posiada	2	
	w trakcie kursu	1	
	nie posiada	0	
Specjalizacje / kursy / inne formy podnoszenia kwalifikacji	specjalizacja (jaka?)	3	
	kierunkowe studia podyplomowe	2	
	kursy (jakie?)	1	
	certyfikaty specjalistyczne	2	
	szkolenia (jakie?)	1	
	Skala punktowa: -spełnia kryteria: 15-9 pkt. - spełnia kryteria częściowo: 8-5 pkt. - nie spełnia kryteriów: 4-0 pkt.	spełnia kryteria – może pełnić funkcję opiekuna praktyk zawodowych*, spełnia kryteria częściowo – może warunkowo pełnić funkcję opiekuna*, praktyk zawodowych, nie spełnia kryteriów – nie może pełnić funkcji opiekuna praktyk zawodowych*.	
LICZBA UZYSKANYCH PUNKTÓW OGÓŁEM:			

* *niepotrzebne skreślić (wypełnia koordynator praktyk)*

.....
Podpis opiekuna

.....
Data/Opinia i podpis koordynatora praktyk

.....
Podpis i pieczęć osoby upoważnionej
Dyrektora/Kierownika Placówki

.....
pieczętka placówki, w której będzie realizowana praktyka

KRYTERIA DOBORU OPIEKUNA PRAKTYK ZAWODOWYCH
dla kierunku pielęgniarstwo

Forma praktyki:

Kierunek / Specjalność / Semestr:

Tytuł, Imię i Nazwisko opiekuna:

Kryterium oceny		Ocena punktowa	Liczba punktów
Ukończone studia wyższe	mgr pielęgniarstwa, specjalista	4	
	mgr pielęgniarstwa bez specjalizacji	2	
	inne	1	
Uprawnienia pedagogiczne	posiada	2	
	w trakcie kursu	1	
	nie posiada	0	
Specjalizacje / kursy / inne formy podnoszenia kwalifikacji	specjalizacja (jaka?)	3	
	kierunkowe studia podyplomowe	2	
	kursy (jakie?)	1	
	certyfikaty specjalistyczne	2	
	szkolenia (jakie?)	1	
		
Uwagi			
LICZBA UZYSKANYCH PUNKTÓW OGÓŁEM:			

.....
Podpis opiekuna

.....
Podpis i pieczętka osoby upoważnionej - Dyrektora/Kierownika Placówki

DECYZJA
w sprawie wyboru opiekuna praktyk zawodowych

Forma praktyki:

Kierunek / Specjalność / Semestr:

Opiniowana/y Pan/Pani

Imię i Nazwisko opiekuna

otrzymał/a punkty(ów) w związku z powyższym:

- **spełnia kryteria** – może pełnić funkcję opiekuna praktyk zawodowych*,
- **spełnia kryteria częściowo** – może warunkowo pełnić funkcję opiekuna*,
praktyk zawodowych,
- **nie spełnia kryteriów** – nie może pełnić funkcji opiekuna praktyk
zawodowych*.

.....
pieczętka i podpis Dziekana Wydziału

Skala punktowa:

- spełnia kryteria: 15-9 pkt.
- spełnia kryteria częściowo: 8-5 pkt.
- nie spełnia kryteriów: 4-0 pkt.

** niepotrzebne skreślić*

Załącznik nr 6 do Regulaminu studenckich praktyk zawodowych z dn.5.07.2016r.

Zamość, dnia 20.... r.

.....
(imię i nazwisko)

.....
(ulica /miejsowość)

.....
(kod pocztowy i poczta)

.....
(nr telefonu)

Rok studiów semestr

Kierunek
Studia: stacjonarne / niestacjonarne
I-go stopnia / II-go stopnia /

nr albumu _ _ _ _ _

Dziekan

Wydziału Zarządzania i Administracji
Wydziału Fizjoterapii i Pedagogiki

**Wyższej Szkoły Zarządzania i Administracji w
Zamościu**

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na **realizację praktyki:**
..... w wymiarze godz. tygodni w terminie
..... **w jednostce innej** niż wskazana przez Uczelnię. Proponowane miejsce
odbywania praktyki to (proszę podać dokładną nazwę placówki, adres, nr NIP, imię i nazwisko
pracodawcy):

.....

.....

Uzasadnienie:

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(podpis studenta)

Załączniki:

1. ankieta oceny jednostki, pozytywnie zaopiniowana przez koordynatora praktyk,
2. ankieta wyboru opiekuna praktyk, pozytywnie zaopiniowana przez koordynatora praktyk

Obowiązki i prawa studenta realizującego zajęcia praktyczne i praktyki zawodowe w jednostkach medycznych

I. Studenta realizującego zajęcia praktyczne i praktyki zawodowe obowiązuje :

1. Przygotowanie teoretyczne zgodne z programem i założonymi celami kształcenia praktycznego.
2. Kształtowanie umiejętności zawodowych.
3. Punktualne przychodzenie na zajęcia.
4. Systematyczne i aktywne uczestnictwo na zajęciach.
5. Noszenie estetycznego umundurowania – odzieży ochronnej, obuwia na zmianę i identyfikatora.
6. Przynoszenie na zajęcia aktualnej książeczki zdrowia, dokumentu z wpisem szczepień WZW, karty zajęć praktycznych oraz dziennika umiejętności praktycznych w zawodzie pielęgniarstwa.
7. Zakaz palenia tytoniu w miejscu realizacji kształcenia praktycznego
8. Zapoznanie się i przestrzeganie regulaminu zakładu, na terenie którego odbywa się kształcenie praktyczne oraz korzystanie z instrukcji i zarządzeń wewnętrznych danej jednostki organizacyjnej.
9. Udział w szkoleniu BHP i bezwzględne przestrzeganie zasad bhp oraz zasad reżimu sanitarnego obowiązującego na terenie danego zakładu.
10. Zakaz opuszczania stanowiska pracy bez zgody nauczyciela akademickiego.
11. Przestrzeganie praw pacjenta a w szczególności zachowanie w tajemnicy informacji o pacjencie i jego rodzinie uzyskanych w trakcie kształcenia praktycznego w danym zakładzie.
12. Dbanie o bezpieczeństwo pacjentów/klientów i ich rodzin.
13. Przestrzeganie zasad kultury współżycia w stosunku
14. do pacjentów/klientów i ich rodzin, personelu, nauczyciela kształcenia praktycznego, koleżanek i kolegów.
15. Dbanie o powierzony sprzęt i używanie go zgodnie z przeznaczeniem.

II. Student realizujący zajęcia praktyczne ma prawo do:

1. Dobrze zorganizowanego procesu kształcenia, zgodnie z zasadami higieny pracy umysłowej.
2. Warunków pobytu zapewniających bezpieczeństwo oraz poszanowanie godności osobistej.
3. Życzliwego i podmiotowego traktowania w procesie dydaktycznym
4. Konsultacji i pomocy nauczyciela akademickiego prowadzącego zajęcia praktyczne, nauczyciela przedmiotu.
5. Sprawiedliwej, obiektywnej, jawnej i zgodnej z ustalonymi kryteriami oceny.
6. Pomocy w przypadku trudności w nauce /kształtowaniu umiejętności praktycznych.
7. Przerwy na posiłek (20 min.) w wyznaczonym przez nauczyciela czasie i miejscu.



Wyższa Szkoła Zarządzania i Administracji w Zamościu
22-400 Zamość, ul. Akademicka 4
Tel./fax (0-84) 677 67 09, 677 67 10
E-mail: poczta@wszia.edu.pl, www: <http://www.wszia.edu.pl>

**Załącznik nr 3/2 do
Regulaminu praktyk studenckich z d. 5.07.2016r.**

DZIENNIK praktyk studenckich

Imię i nazwisko studenta:

Nr albumu:

Wydział: **Zarządzania i Administracji**

Kierunek studiów: **Administracja**

Studia stacjonarne /niestacjonarne *

* zakreśl właściwe

Czas trwania praktyki - 12 tygodni

Praktyki realizowane są po 4 i 5 semestrze studiów. Każdy etap praktyki realizowany jest przez 6 tygodni.

W okolicznościach uzasadnionych, z punktu widzenia realizacji programu praktyki i osiągnięcia określonych dla praktyki efektów kształcenia, Dziekan może zezwolić na indywidualny wymiar praktyki realizowany w wymienionych wyżej semestrach. Rozliczenie praktyki zawodowej musi nastąpić do końca semestru 6.

Do zaliczenia praktyki niezbędne jest wypełnienie tabelki na stronach 9 i 17 – **potwierdzających osiągnięcie przez studenta efektów kształcenia zgodnych z programem praktyki zawodowej.**

Na poszczególnych etapach praktyki student zalicza różne efekty kształcenia tak, aby po semestrze 6 zostały osiągnięte wszystkie wyszczególnione w karcie przedmiotu efekty kształcenia.

Kryteria oceny osiągniętych efektów znajdują się na str.19 Dziennika.

PRAKTYKA I – 1 tydzień

KARTA TYGODNIA

od 20..... r. do 20..... r.			
Dzień	Godziny pracy od - do	Liczba godzin pracy	Opis wykonywanych zadań Uwagi i wnioski studenta dotyczące wykonywanej pracy
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

PRAKTYKA I – 2 tydzień**KARTA TYGODNIA**

od 20.... r. do 20..... r.			
Dzień	Godziny pracy od - do	Liczba godzin pracy	Opis wykonywanych zadań Uwagi i wnioski studenta dotyczące wykonywanej pracy
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

PRAKTYKA I – 3 tydzień

KARTA TYGODNIA

od 20.... r. do 20.... r.

Dzień	Godziny pracy od - do	Liczba godzin pracy	Opis wykonywanych zadań Uwagi i wnioski studenta dotyczące wykonywanej pracy
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

PRAKTYKA I – 4 tydzień**KARTA TYGODNIA**

od 20.... r. do 20..... r.			
Dzień	Godziny pracy od - do	Liczba godzin pracy	Opis wykonywanych zadań Uwagi i wnioski studenta dotyczące wykonywanej pracy
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

PRAKTYKA I – 5 tydzień

KARTA TYGODNIA

od 20..... r. do 20..... r.			
Dzień	Godziny pracy od - do	Liczba godzin pracy	Opis wykonywanych zadań Uwagi i wnioski studenta dotyczące wykonywanej pracy
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

PRAKTYKA I – 6 tydzień**KARTA TYGODNIA**

od 20..... r. do 20..... r.			
Dzień	Godziny pracy od - do	Liczba godzin pracy	Opis wykonywanych zadań Uwagi i wnioski studenta dotyczące wykonywanej pracy
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Zaliczenie praktyki I

Potwierdzenie osiągnięcia przez studenta efektów kształcenia zgodnych z programem praktyki zawodowej

Po zaliczeniu praktyki student w zakresie UMIEJĘTNOŚCI potrafi		Ocena
U01	Posiada umiejętność rozumienia i analizowania zjawisk społecznych, a w szczególności posiada umiejętność rozumienia i analizowania zjawisk związanych z funkcjonowaniem administracji publicznej oraz instytucji niepublicznych	
U02	Posiada umiejętność wykorzystania zdobytej wiedzy z uwzględnieniem umiejętności nabytych podczas praktyki zawodowej – w organach administracji publicznej oraz instytucjach niepublicznych	
U03	Posiada umiejętność sprawnego posługiwania się dostępnymi środkami informacji i techniki biurowej	

Po zaliczeniu praktyki student w zakresie KOMPETENCJI SPOŁECZNYCH potrafi		Tak/Nie
K01	Potrafi aktywnie współdziałać i pracować w grupie, przyjmując w niej różne role m.in. organizować i kierować niewielkimi zespołami zawodowymi. Potrafi rozwiązywać problemy zawodowe, posiada umiejętności komunikowania się z otoczeniem w miejscu pracy.	
K02	Potrafi uzupełniać i doskonalić nabytą wiedzę i umiejętności, w tym także z zakresu prawa publicznego	
K03	Rozumie potrzebę uczenia się przez całe życie. Jest przygotowany do samodzielnego doskonalenia i uzupełniania nabytej wiedzy i umiejętności w warunkach postępu procesów integracyjnych w Europie.	

Wypełnia Opiekun praktykanta

Uwagi oraz ocena końcowa studenta (skala ocen: bardzo dobry, dobry plus, dobry, dostateczny plus, dostateczny, niedostateczny)

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

Opiekun praktyk ze strony placówki:

.....
Imię i Nazwisko, zajmowane stanowisko

Podpis opiekuna i pieczęć placówki:

.....

Zaliczam praktyki:

Podpis Dziekana Wydziału Zarządzania i Administracji WSZiA w Zamościu:

.....

Podpis specjalisty ds. praktyk WSZiA

.....

PRAKTYKA II – 1 tydzień

KARTA TYGODNIA

od 20.... r. do 20.... r.			
Dzień	Godziny pracy od - do	Liczba godzin pracy	Opis wykonywanych zadań Uwagi i wnioski studenta dotyczące wykonywanej pracy
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

PRAKTYKA II – 2 tydzień**KARTA TYGODNIA**

od 20.... r. do 20..... r.			
Dzień	Godziny pracy od - do	Liczba godzin pracy	Opis wykonywanych zadań Uwagi i wnioski studenta dotyczące wykonywanej pracy
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

PRAKTYKA II – 3 tydzień

KARTA TYGODNIA

od 20.... r. do 20.... r.			
Dzień	Godziny pracy od - do	Liczba godzin pracy	Opis wykonywanych zadań Uwagi i wnioski studenta dotyczące wykonywanej pracy
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

PRAKTYKA II – 4 tydzień**KARTA TYGODNIA**

od 20..... r. do 20..... r.			
Dzień	Godziny pracy od - do	Liczba godzin pracy	Opis wykonywanych zadań Uwagi i wnioski studenta dotyczące wykonywanej pracy
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

PRAKTYKA II – 5 tydzień

KARTA TYGODNIA

od 20..... r. do 20..... r.

Dzień	Godziny pracy od - do	Liczba godzin pracy	Opis wykonywanych zadań Uwagi i wnioski studenta dotyczące wykonywanej pracy
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

PRAKTYKA II – 6 tydzień**KARTA TYGODNIA**

od 20..... r. do 20..... r.			
Dzień	Godziny pracy od - do	Liczba godzin pracy	Opis wykonywanych zadań Uwagi i wnioski studenta dotyczące wykonywanej pracy
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Zaliczenie praktyki II

Potwierdzenie osiągnięcia przez studenta efektów kształcenia zgodnych z programem praktyki zawodowej

Po zaliczeniu praktyki student w zakresie UMIEJĘTNOŚCI potrafi		Ocena
U01	Posiada umiejętność rozumienia i analizowania zjawisk społecznych, a w szczególności posiada umiejętność rozumienia i analizowania zjawisk związanych z funkcjonowaniem administracji publicznej oraz instytucji niepublicznych	
U02	Posiada umiejętność wykorzystania zdobytej wiedzy z uwzględnieniem umiejętności nabytych podczas praktyki zawodowej – w organach administracji publicznej oraz instytucjach niepublicznych	
U03	Posiada umiejętność sprawnego posługiwania się dostępnymi środkami informacji i techniki biurowej	

Po zaliczeniu praktyki student w zakresie KOMPETENCJI SPOŁECZNYCH potrafi		Tak/Nie
K01	Potrafi aktywnie współdziałać i pracować w grupie, przyjmując w niej różne role m.in. organizować i kierować niewielkimi zespołami zawodowymi. Potrafi rozwiązywać problemy zawodowe, posiada umiejętności komunikowania się z otoczeniem w miejscu pracy.	
K02	Potrafi uzupełniać i doskonalić nabytą wiedzę i umiejętności, w tym także z zakresu prawa publicznego	
K03	Rozumie potrzebę uczenia się przez całe życie. Jest przygotowany do samodzielnego doskonalenia i uzupełniania nabytej wiedzy i umiejętności w warunkach postępu procesów integracyjnych w Europie.	

Wypełnia Opiekun praktykanta

Uwagi oraz ocena końcowa studenta (skala ocen: bardzo dobry, dobry plus, dobry, dostateczny plus, dostateczny, niedostateczny)

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

Opiekun praktyk ze strony placówki:

.....
Imię i Nazwisko, zajmowane stanowisko

Podpis opiekuna i pieczęć placówki:

.....

Zaliczam praktyki:

Podpis Dziekana Wydziału Zarządzania i Administracji WSZiA w Zamościu:

.....

Podpis specjalisty ds. praktyk WSZiA

.....

Kryteria oceny osiągniętych efektów kształcenia

Kryteria oceny efektów kształcenia w zakresie umiejętności (skala ocen: 2, 3, 3.5, 4, 4.5, 5)

Ocena	Ocena opisowa
3	Student częściowo wywiązywał się z powierzonych mu zadań. Nie wykazał się samodzielnością w wykonywaniu poleceń. Wykazywał braki w zakresie wiedzy informatycznej.
4	Student wypełniał powierzone mu zadania w całości lub w znaczącej części, lecz nie przejawiał przy tym pełnej samodzielności oraz inicjatywy. Wykazywał mało istotne braki w zakresie wiedzy informatycznej.
5	Student przez cały okres praktyki wzorowo wypełniał nałożone nań obowiązki. Wykazywał się dużą samodzielnością i inicjatywą, a zadania, które wykonał wymagały zaawansowanej wiedzy informatycznej.

Kryteria oceny efektów kształcenia w zakresie kompetencji społecznych (skala ocen: Tak, Nie)

Ocena	Ocena opisowa
Tak	Student zna obowiązujące zasady i je realizuje.
Nie	Student nie zna obowiązujących zasad, bądź ich nie realizuje.

.....
Pieczęć Wydziału

Załącznik nr 3/4 do
Regulaminu praktyk studenckich z dn. 5.07.2016r.

Wyższa Szkoła Zarządzania i Administracji
Wydział Fizjoterapii i Pedagogiki
ul. Akademicka 4, 22-400 Zamość
tel. 84 677 67 19

DZIENNIK PRAKTYK STUDENCKICH

Imię i nazwisko studenta:

Kierunek: Fizjoterapia

Nr albumu:

Studia stacjonarne I stopnia

Studia niestacjonarne I stopnia

Szczegółowe informacje dotyczące programu praktyk znajdują Państwo na stronie Uczelnianego Portalu Informacyjno-Edukacyjnego pod adresem: <http://portal.wszia.edu.pl> oraz w Dziale Praktyk WSZiA tel. 84 6776719.

PRAKTYKA KLINICZNA (I rok studiów)

.....
.....
Miejsce praktyki dokładny adres

KARTA TYGODNIOWA

tydzień od 20 ... r. do 20 ... r.			
dzień	godziny pracy od - do	liczba godzin pracy	Wyszczególnienie wykonywanych zajęć. Inne uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

pieczętka placówki

PRAKTYKA KLINICZNA (I rok studiów)

.....
.....
Miejsce praktyki dokładny adres

KARTA TYGODNIOWA

tydzień od 20 ... r. do 20 ... r.			
dzień	godziny pracy od - do	liczba godzin pracy	Wyszczególnienie wykonywanych zajęć. Inne uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

pieczętka placówki

podpis opiekuna praktyk ze strony placówki

PRAKTYKA KLINICZNA (I rok studiów)

PRZEBIEG I ZALICZENIE PRAKTYKI

Potwierdzenie rozpoczęcia oraz zakończenia praktyki	
I rok – 80 godzin	
Liczba tygodni pracy:	
Całkowita liczba przepracowanych dni, godzin:	
Data rozpoczęcia:	
Data zakończenia:	
Uwagi	

Potwierdzenie osiągnięcia przez studenta efektów kształcenia zgodnych z programem praktyki zawodowej

Lp.	Opis efektów kształcenia	Ocena
Po zaliczeniu praktyki student w zakresie KOMPETENCJI SPOŁECZNYCH potrafi (Tak/Nie)		
P_K01	przestrzega właściwych relacji z pacjentem, z rodziną pacjenta, z najbliższym otoczeniem i społeczeństwem	
P_K02	potrafi pracować w zespole	
P_K03	potrafi brać odpowiedzialności za pracę własną	

Lista wymaganych czynności

Lp.	Cel szczegółowy	Ocena: zaliczony/niezaliczony
1.	poznaje specyfikę organizacji różnych placówek prowadzących terapię,	
2.	uczy się prowadzenia obserwacji pacjenta, poznawania go,	
3.	dokonuje pierwszych prób diagnozowania dla potrzeb fizjoterapii,	
4.	poznaje nowe metody diagnostyczne,	
5.	poznaje metody oceny efektów prowadzonej fizjoterapii,	
6.	poznaje dokumentację, doskonali się w zakresie pisemnego przygotowania zajęć fizjoterapeutycznych i samodzielnego prowadzenia dokumentacji,	
7.	praktycznie wdraża się do samodzielnego prowadzenia procesu fizjoterapii,	
8.	komunikuje się z chorym jego rodziną i zespołem terapeutycznym,	
9.	poznaje zasady bezpiecznej i higienicznej pracy ,	
10.	poznaje zasady reżimu sanitarnego,	
11.	poznaje przepisy sanitarno – epidemiologiczne w czasie wykonywania zadań zawodowych.	

Uwagi oraz ocena końcowa studenta (skala ocen: bardzo dobry, dobry plus, dobry, dostateczny plus, dostateczny, niedostateczny):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Opiekun praktyk ze strony placówki:

.....
nazwisko i imię

.....
zajmowane stanowisko

.....
podpis opiekuna i pieczęćka placówki

Data r.

PRAKTYKA KLINICZNA (I rok studiów)

Zaliczenie praktyki klinicznej – 80 godzin:

Podpis specjalisty ds. praktyk WSZiA:

Podpis koordynatora praktyk:

Podpis Dziekana Wydziału Fizjoterapii i Pedagogiki:

Data r.

PRAKTYKA W PRACOWNI KINEZYTERAPII (I rok studiów)

.....
.....
Miejsce praktyki dokładny adres

KARTA TYGODNIOWA

tydzień od 20 ... r. do 20... r.			
dzień	godziny pracy od - do	liczba godzin pracy	Wyszczególnienie wykonywanych zajęć. Inne uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

pieczętka placówki

PRAKTYKA W PRACOWNI KINEZYTERAPII (I rok studiów)

.....
.....
Miejsce praktyki dokładny adres

KARTA TYGODNIOWA

tydzień od 20 ... r. do 20 ... r.			
dzień	godziny pracy od - do	liczba godzin pracy	Wyszczególnienie wykonywanych zajęć. Inne uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

pieczętka placówki

PRAKTYKA W PRACOWNI KINEZYTERAPII (I rok studiów)

.....
.....
Miejsce praktyki dokładny adres

KARTA TYGODNIOWA

tydzień od 20 ... r. do 20 ... r.			
dzień	godziny pracy od - do	liczba godzin pracy	Wyszczególnienie wykonywanych zajęć. Inne uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			

pieczętka placówki

PRAKTYKA W PRACOWNI KINEZYTERAPII (I rok studiów)

.....
.....
Miejsce praktyki dokładny adres

KARTA TYGODNIOWA

tydzień od 20... r. do 20... r.			
dzień	godziny pracy od - do	liczba godzin pracy	Wyszczególnienie wykonywanych zajęć. Inne uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			

pieczętka placówki

PRAKTYKA W PRACOWNI KINEZYTERAPII (I rok studiów)

.....
.....
Miejsce praktyki dokładny adres

KARTA TYGODNIOWA

tydzień od 20... r. do 20... r.			
dzień	godziny pracy od - do	liczba godzin pracy	Wyszczególnienie wykonywanych zajęć. Inne uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy
21.			
22.			
23.			
24.			
25.			

pieczętka placówki

podpis opiekuna praktyk ze strony placówki

PRAKTYKA W PRACOWNI KINEZYTERAPII

PRZEBIEG I ZALICZENIE PRAKTYKI

Potwierdzenie rozpoczęcia oraz zakończenia praktyki	
I rok – 200 godzin	
Liczba tygodni pracy:	
Całkowita liczba przepracowanych dni, godzin:	
Data rozpoczęcia:	
Data zakończenia:	
Uwagi:	

Potwierdzenie osiągnięcia przez studenta efektów kształcenia zgodnych z programem praktyki zawodowej

Lp.	Opis efektów kształcenia	Ocena
Po zaliczeniu praktyki student w zakresie UMIEJĘTNOŚCI potrafi (2-5)		
P_U01	umie samodzielnie wykonywać zabiegi z zakresu kinezyterapii i elementy terapii manualnej (<i>dokonyje oceny stanu pacjenta w planowanym postępowaniu kinezyterapeutycznym, wykonuje ćwiczenia lecznicze, dokonuje analizy i interpretacji zastosowanej techniki i metodyki usprawniania leczniczego</i>)	
P_U04	potrafi przeprowadzić diagnostykę funkcjonalną w zakresie niepełnosprawności układów narządu ruchu i zmysłu oraz zaplanować wykonanie zabiegów fizjoterapeutycznych (<i>dokonyje oceny stanu pacjenta w planowanym postępowaniu kinezyterapeutycznym, zna podstawy stosowania metod kinezyterapii, wskazania i przeciwwskazania do wykonywania ćwiczeń leczniczych, wykonuje ćwiczenia lecznicze, dokonuje analizy i interpretacji zastosowanej techniki i metodyki usprawniania leczniczego</i>)	
Po zaliczeniu praktyki student w zakresie KOMPETENCJI SPOŁECZNYCH potrafi (Tak/Nie)		
P_K01	przestrzega właściwych relacji z pacjentem, z rodziną pacjenta, z najbliższym otoczeniem i społeczeństwem	
P_K02	potrafi pracować w zespole	
P_K03	potrafi brać odpowiedzialności za pracę własną	

Lista wymaganych umiejętności z zakresu kinezyterapii

Lp.	Cel szczegółowy	Liczba zabiegów	Ocena potrafi/nie potrafi
1.	ocenia stan pacjenta dla potrzeb kinezyterapii – wywiady, podstawowe pomiary i sposoby oceny funkcjonalnej, testy, plany postępowania kinezyterapeutycznego,		
2.	wykonuje pomiary liniowe kontowe, dokonuje zapisu pomiarów,		
3.	wykonuje pomiary ruchomości kręgosłupa w przypadkach patologicznych, dobiera pozycje wyjściowe do pomiarów w zależności od choroby, wieku wydolności fizycznej,		
4.	ocenia siłę mięśniową kończyn górnych, kończyn dolnych, tułowia szyi (test Lovetta, ocena funkcjonalna, pomiar dynamometryczny) ,		
5.	wykonuje ćwiczenia bierne (przygotowanie pacjenta, wykonanie ćwiczeń, bierne zmiany pozycji złożeniowej), umiejętność doboru do ćwiczeń różnych form odciążania,		
6.	wykonuje ćwiczenia czynne wolne,		
7.	wykonuje ćwiczenia w odciążeniu z oporem,		
8.	wykonuje ćwiczenia czynne z oporem,		
9.	wykonuje ćwiczenia izometryczne,		
10.	wykonuje ćwiczenia redresyjne,		
11.	wykonuje ćwiczenia zespołowe,		
12.	uczy się prowadzenia obserwacji pacjenta, poznawania go, dokonuje pierwszych prób diagnozowania dla potrzeb fizjoterapii,		

Zaliczenie po I roku studiów

Uwagi oraz ocena końcowa studenta (skala ocen: bardzo dobry, dobry plus, dobry, dostateczny plus, dostateczny, niedostateczny):

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

Opiekun praktyk ze strony placówki:

.....
nazwisko i imię

.....
zajmowane stanowisko

.....
podpis opiekuna i pieczęć placówki

Data r.

Zaliczenie praktyki z kinezyterapii (I rok studiów) – 200 godzin :

Podpis specjalisty ds. praktyk WSZiA:

Podpis koordynatora praktyk

Podpis Dziekana Wydziału Fizjoterapii i Pedagogiki:

Data r.

PRAKTYKA W PRACOWNI KINEZYTERAPII (II rok studiów)

.....
.....
Miejsce praktyki dokładny adres

KARTA TYGODNIOWA

tydzień od 20 ... r. do 20 ... r.			
dzień	godziny pracy od - do	liczba godzin pracy	Wyszczególnienie wykonywanych zajęć. Inne uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy
26.			
27.			
28.			
29.			
30.			

pieczętka placówki

PRAKTYKA W PRACOWNI KINEZYTERAPII (II rok studiów)

.....
.....
Miejsce praktyki dokładny adres

KARTA TYGODNIOWA

tydzień od 20 ... r. do 20 ... r.			
dzień	godziny pracy od - do	liczba godzin pracy	Wyszczególnienie wykonywanych zajęć. Inne uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy
31.			
32.			
33.			
34.			
35.			

pieczętka placówki

podpis opiekuna praktyk ze strony placówki

PRAKTYKA W PRACOWNI KINEZYTERAPII

PRZEBIEG I ZALICZENIE PRAKTYKI

Potwierdzenie rozpoczęcia oraz zakończenia praktyki	
II rok – 60 godz.	
Liczba tygodni pracy:	
Całkowita liczba przepracowanych dni, godzin:	
Data rozpoczęcia:	
Data zakończenia:	
Uwagi:	

Potwierdzenie osiągnięcia przez studenta efektów kształcenia zgodnych z programem praktyki zawodowej

Lp.	Opis efektów kształcenia	Ocena
Po zaliczeniu praktyki student w zakresie UMIĘJĘTNOŚCI potrafi (2-5)		
P_U01	umie samodzielnie wykonywać zabiegi z zakresu kinezyterapii i elementy terapii manualnej (<i>dokonyje oceny stanu pacjenta w planowanym postępowaniu kinezyterapeutycznym, wykonuje ćwiczenia lecznicze, dokonuje analizy i interpretacji zastosowanej techniki i metodyki usprawniania leczniczego</i>)	
P_U04	potrafi przeprowadzić diagnostykę funkcjonalną w zakresie niepełnosprawności układów narządu ruchu i zmysłu oraz zaplanować wykonanie zabiegów fizjoterapeutycznych (<i>dokonyje oceny stanu pacjenta w planowanym postępowaniu kinezyterapeutycznym, zna podstawy stosowania metod kinezyterapii, wskazania i przeciwwskazania do wykonywania ćwiczeń leczniczych, wykonuje ćwiczenia lecznicze, dokonuje analizy i interpretacji zastosowanej techniki i metodyki usprawniania leczniczego</i>)	
Po zaliczeniu praktyki student w zakresie KOMPETENCJI SPOŁECZNYCH potrafi (Tak/Nie)		
P_K01	przestrzega właściwych relacji z pacjentem, z rodziną pacjenta, z najbliższym otoczeniem i społeczeństwem	
P_K02	potrafi pracować w zespole	
P_K03	potrafi brać odpowiedzialności za pracę własną	

Lista wymaganych umiejętności z zakresu kinezyterapii

Lp.	Cel szczegółowy	Liczba zabiegów	Ocena potrafi/nie potrafi
1.	ocenia stan pacjenta dla potrzeb kinezyterapii – wywiady, podstawowe pomiary i sposoby oceny funkcjonalnej, testy, plany postępowania kinezyterapeutycznego,		
2.	wykonuje pomiary liniowe kontowe, dokonuje zapisu pomiarów,		
3.	wykonuje pomiary ruchomości kręgosłupa w przypadkach patologicznych, dobiera pozycje wyjściowe do pomiarów w zależności od choroby, wieku wydolności fizycznej,		
4.	ocenia siłę mięśniową kończyn górnych, kończyn dolnych, tułowia szyi (test Lovetta, ocena funkcjonalna, pomiar dynamometryczny) ,		
5.	wykonuje ćwiczenia bierne (przygotowanie pacjenta, wykonanie ćwiczeń, bierne zmiany pozycji złożeniowej), umiejętność doboru do ćwiczeń różnych form odciążania,		
6.	wykonuje ćwiczenia czynne wolne,		
7.	wykonuje ćwiczenia w odciążeniu z oporem,		
8.	wykonuje ćwiczenia czynne z oporem,		
9.	wykonuje ćwiczenia izometryczne,		
10.	wykonuje ćwiczenia redresyjne,		
11.	wykonuje ćwiczenia zespołowe,		
12.	uczy się prowadzenia obserwacji pacjenta, poznawania go, dokonuje pierwszych prób diagnozowania dla potrzeb fizjoterapii,		

Zaliczenie po II roku studiów

Uwagi oraz ocena końcowa studenta (skala ocen: bardzo dobry, dobry plus, dobry, dostateczny plus, dostateczny, niedostateczny):

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

Opiekun praktyk ze strony placówki:

.....
nazwisko i imię

.....
zajmowane stanowisko

.....
podpis opiekuna i pieczęć placówki

Data r.

Zaliczenie praktyki z kinezyterapii (II rok) – 60 godzin:

Podpis specjalisty ds. praktyk WSZiA:

Podpis koordynatora praktyk

Podpis Dziekana Wydziału Fizjoterapii i Pedagogiki:

Data r.

PRAKTYKA W PRACOWNI FIZYKOTERAPII (II rok studiów)

.....
.....
Miejsce praktyki dokładny adres

KARTA TYGODNIOWA

tydzień od 20 ... r. do 20 ... r.			
dzień	godziny pracy od - do	liczba godzin pracy	Wyszczególnienie wykonywanych zajęć. Inne uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

pieczętka placówki

PRAKTYKA W PRACOWNI FIZYKOTERAPII (II rok studiów)

.....
.....
Miejsce praktyki dokładny adres

KARTA TYGODNIOWA

tydzień od 20.... r. do 20.... r.			
dzień	godziny pracy od - do	liczba godzin pracy	Wyszczególnienie wykonywanych zajęć. Inne uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

pieczętka placówki

PRAKTYKA W PRACOWNI FIZYKOTERAPII (II rok studiów)

.....
.....
Miejsce praktyki dokładny adres

KARTA TYGODNIOWA

tydzień od 20.... r. do 20.... r.			
dzień	godziny pracy od - do	liczba godzin pracy	Wyszczególnienie wykonywanych zajęć. Inne uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			

pieczętka placówki

PRAKTYKA W PRACOWNI FIZYKOTERAPII (II rok studiów)

.....
.....
Miejsce praktyki dokładny adres

KARTA TYGODNIOWA

tydzień od 20.... r. do 20.... r.			
dzień	godziny pracy od - do	liczba godzin pracy	Wyszczególnienie wykonywanych zajęć. Inne uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			

pieczętka placówki

PRAKTYKA W PRACOWNI FIZYKOTERAPII (II rok studiów)

.....
.....
Miejsce praktyki dokładny adres

KARTA TYGODNIOWA

tydzień od 20.... r. do 20.... r.			
dzień	godziny pracy od - do	liczba godzin pracy	Wyszczególnienie wykonywanych zajęć. Inne uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy
21.			
22.			
23.			
24.			
25.			

pieczętka placówki

PRAKTYKA W PRACOWNI FIZYKOTERAPII (II rok studiów)

.....
.....
Miejsce praktyki dokładny adres

KARTA TYGODNIOWA

tydzień od 20.... r. do 20.... r.			
dzień	godziny pracy od - do	liczba godzin pracy	Wyszczególnienie wykonywanych zajęć. Inne uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy
26.			
27.			
28.			
29.			
30.			

pieczętka placówki

PRAKTYKA W PRACOWNI FIZYKOTERAPII (II rok studiów)

.....
.....
Miejsce praktyki dokładny adres

KARTA TYGODNIOWA

tydzień od 20.... r. do 20.... r.			
dzień	godziny pracy od - do	liczba godzin pracy	Wyszczególnienie wykonywanych zajęć. Inne uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy
31.			
32.			
33.			
34.			
35.			

pieczętka placówki

podpis opiekuna praktyk ze strony placówki

PRAKTYKA W PRACOWNI FIZYKOTERAPII

PRZEBIEG I ZALICZENIE PRAKTYKI

Potwierdzenie rozpoczęcia oraz zakończenia praktyki	
II rok – 260 godzin	
Liczba tygodni pracy:	
Całkowita liczba przepracowanych dni, godzin:	
Data rozpoczęcia:	
Data zakończenia:	
Uwagi:	

Potwierdzenie osiągnięcia przez studenta efektów kształcenia zgodnych z programem praktyki zawodowej

Lp.	Opis efektów kształcenia	Ocena
Po zaliczeniu praktyki student w zakresie UMIEJĘTNOŚCI potrafi (2-5)		
P_U02	umie samodzielnie wykonywać zabiegi z zakresu fizykoterapii i masażu leczniczego (<i>wykonuje podstawowe formy masażu leczniczego, analizuje i interpretuje techniki i metodykę zabiegów masażu</i>).	
P_U03	potrafi wykorzystywać i obsługiwać aparaturę i sprzęt do fizykoterapii, potrafi wykorzystywać i obsługiwać sprzęt do kinezyterapii (<i>wykonuje podstawowe zabiegi fizykalne, analizuje i interpretuje techniki i metodykę zabiegów fizykoterapeutycznych</i>).	
Po zaliczeniu praktyki student w zakresie KOMPETENCJI SPOŁECZNYCH potrafi (Tak/Nie)		
P_K01	przestrzega właściwych relacji z pacjentem, z rodziną pacjenta, z najbliższym otoczeniem i społeczeństwem	
P_K02	potrafi pracować w zespole	
P_K03	potrafi brać odpowiedzialności za pracę własną	

Lista wymaganych umiejętności z zakresu fizykoterapii

Lp.	Cel szczegółowy	Liczba zabiegów	Potrafi/ nie potrafi
1.	przygotowanie pacjenta do zabiegu krioterapii, zasady wykonania zabiegów miejscowych,		
2.	wykonywanie zabiegów cieplnych z zastosowaniem promienników emitujących wyłącznie promieniowanie podczerwone długofalowe,		
3.	wykonywanie masażu w kąpielu wirowej kończyny górnej, dolnej i całego ciała		
4.	stosowanie kąpeli częściowych i całkowitych z wykorzystaniem właściwości fizycznych, i chemicznych wody,		

Lp.	Cel szczegółowy	Liczba zabiegów	Potrafi/ nie potrafi
5.	wykonywanie zabiegów przy wykorzystaniu urządzeń do naświetlania promieniowaniem podczerwonym i widzialnym lampami typu Solux, filtr czerwony i niebieski		
6.	wykonywanie zabiegów przy wykorzystaniu urządzeń emitujących promieniowanie nadfioletowe,		
7.	przygotowanie chorego do biostymulacji laserowej, zasady wykonania zabiegów z zakresu laseroterapii,		
8.	wykonywanie zabiegów laserowych zgodnie z wymaganą techniką zabiegową,		
9.	wykonywanie zabiegów przy wykorzystaniu prądu stałego galwanicznego,		
10.	wykonywanie galwanizacji anodowych i katodowych oraz wstępujących i zstępujących,		
11.	zabiegi galwaniczne w obrębie głowy i tułowia oraz kończyn przy zastosowaniu różnego rodzaju elektrod,		
12.	wykonywanie zabiegów jonoforezy,		
13.	wykonywanie zabiegów elektrostymulacji przy wykorzystaniu prądów małej częstotliwości-impulsowych, prąd prostokątny i trójkątny, Prądy Kotza,		
14.	wykonywanie zabiegów prądami TENS, diadynamicznymi, prądami interferencyjnymi,		
15.	wykonywanie zabiegów przeciwbólowych resorbcyjnych, dynamogennych miejscowo z zastosowaniem odpowiednich zakresów częstotliwości modulacji amplitudy od 0 do 100kHz metodą statyczną i kinetyczną,		
16.	wykonywanie zabiegów zmiennym polem magnetycznym małej częstotliwości,		
17.	wykonywanie zabiegów impulsowym polem elektromagnetycznym wielkiej częstotliwości, z uwzględnieniem czasu trwania impulsu, częstotliwości impulsów, szczytowej mocy impulsu, mocy średniej oraz stopnia natężenia bodźca,		
18.	wykonywanie zabiegów aparaturą będącą źródłem fali ultradźwiękowej, stosowanie ultradźwięków metodą stacjonarną i ruchomą,		

Uwagi oraz ocena końcowa studenta (skala ocen: bardzo dobry, dobry plus, dobry, dostateczny plus, dostateczny, niedostateczny):

.....

.....

.....

.....

.....

Opiekun praktyk ze strony placówki:

.....
nazwisko i imię

.....
zajmowane stanowisko

.....
podpis opiekuna i pieczęć placówki

...Data r.

Zaliczenie praktyki z fizykoterapii – 260 godzin:

Podpis specjalisty ds. praktyk WSZiA:

Podpis koordynatora praktyk

Podpis Dziekana Wydziału Fizjoterapii i Pedagogiki:

Data r.

PRAKTYKA W ZAKRESIE FIZJOTERAPII KLINICZNEJ (III rok studiów)

.....
.....
Miejsce praktyki dokładny adres

KARTA TYGODNIOWA

tydzień od 20... r. do 20. .. r.			
dzień	godziny pracy od - do	liczba godzin pracy	Wyszczególnienie wykonywanych zajęć. Inne uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

pieczętka placówki

PRAKTYKA W ZAKRESIE FIZJOTERAPII KLINICZNEJ

.....
.....
Miejsce praktyki dokładny adres

KARTA TYGODNIOWA

tydzień od 20 ... r. do 20 ... r.			
dzień	godziny pracy od - do	liczba godzin pracy	Wyszczególnienie wykonywanych zajęć. Inne uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

pieczętka placówki

podpis opiekuna praktyk ze strony placówki

PRAKTYKA W ZAKRESIE FIZJOTERAPII KLINICZNEJ

PRZEBIEG I ZALICZENIE PRAKTYKI

Potwierdzenie rozpoczęcia oraz zakończenia praktyki	
III rok – 80 godzin	
Liczba tygodni pracy:	
Całkowita liczba przepracowanych dni, godzin:	
Data rozpoczęcia:	
Data zakończenia:	
Uwagi:	

Potwierdzenie osiągnięcia przez studenta efektów kształcenia zgodnych z programem praktyki zawodowej

Lp.	Opis efektów kształcenia	Ocena
Po zaliczeniu praktyki student w zakresie UMIEJĘTNOŚCI potrafi (2-5)		
P_U04	potrafi przeprowadzić diagnostykę funkcjonalną w zakresie niepełnosprawności układów narządu ruchu i zmysłu oraz zaplanować wykonanie zabiegów fizjoterapeutycznych (<i>wykonywanie badań i testów niezbędnych dla doboru środków fizjoterapii, opis i analiza podstawowych jednostek zespołów chorobowych stopniu umożliwiającym racjonalne stosowanie środków fizjoterapii i planowanie procesu rehabilitacji</i>).	
P_U05	potrafi pracować w zespole interdyscyplinarnym zapewniającym ciągłość opieki nad pacjentem (<i>opis i analiza podstawowych jednostek zespołów chorobowych stopniu umożliwiającym racjonalne stosowanie środków fizjoterapii i planowanie procesu rehabilitacji</i>).	
Po zaliczeniu praktyki student w zakresie KOMPETENCJI SPOŁECZNYCH potrafi (Tak/Nie)		
P_K01	przestrzega właściwych relacji z pacjentem, z rodziną pacjenta, z najbliższym otoczeniem i społeczeństwem	
P_K02	potrafi pracować w zespole	
P_K03	potrafi brać odpowiedzialności za pracę własną	

Lista wymaganych czynności z zakresu fizjoterapii klinicznej

Lp.	Cel szczegółowy	Ocena: zaliczony/nie zaliczony
1.	tworzy podstawy własnego warsztatu pracy jako fizjoterapeuty, poznaje tajniki różnorodnych form, odmian i metod fizjoterapii,	
2.	uczy się praktycznej realizacji form, odmian i metod fizjoterapii w aspekcie metodyczno-zdrowotnym i organizacyjnym, realizuje fragmenty zadań praktycznych pod okiem opiekuna praktyki,	
3.	poznaje specyfikę organizacji różnych placówek prowadzących terapię,	
4.	zapoznaje się z kompleksową rehabilitacją prowadzoną w danej specjalistycznej placówce, poznaje praktyczną realizację założeń teoretycznych,	
5.	uczy się prowadzenia obserwacji pacjenta, poznawania go, dokonuje pierwszych prób diagnozowania dla potrzeb fizjoterapii,	
6.	poznaje nowe metody diagnostyczne	
7.	zapoznaje się z różnymi rozwiązaniami w zakresie budowania programów fizjoterapii w różnorodnych schorzeniach i warunkach realizacji,	
8.	poznaje metody oceny efektów prowadzonej fizjoterapii,	
9.	poznaje dokumentację, doskonali się w zakresie pisemnego przygotowania zajęć fizjoterapeutycznych i samodzielnego prowadzenia dokumentacji,	
10.	praktycznie wdraża się do samodzielnego prowadzenia procesu fizjoterapii,	

Zaliczenie części pierwszej

Uwagi oraz ocena końcowa studenta (skala ocen: bardzo dobry, dobry plus, dobry, dostateczny plus, dostateczny, niedostateczny):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Opiekun praktyk ze strony placówki:

.....
nazwisko i imię

.....
zajmowane stanowisko

.....
podpis opiekuna i pieczęć placówki

Data r.

Zaliczenie praktyki z fizjoterapii klinicznej – 80 godzin:

Podpis specjalisty ds. praktyk WSZiA:

Podpis koordynatora praktyk

Podpis Dziekana Wydziału Fizjoterapii i Pedagogiki:

Data r.

PRAKTYKA W ZAKRESIE FIZJOTERAPII KLINICZNEJ (III rok)

.....
.....
Miejsce praktyki dokładny adres

KARTA TYGODNIOWA

tydzień od 20 ... r. do 20 ... r.			
dzień	godziny pracy od - do	liczba godzin pracy	Wyszczególnienie wykonywanych zajęć. Inne uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			

pieczętka placówki

PRAKTYKA W ZAKRESIE FIZJOTERAPII KLINICZNEJ

.....
.....
Miejsce praktyki dokładny adres

KARTA TYGODNIOWA

tydzień od 20 ... r. do 20 ... r.			
dzień	godziny pracy od - do	liczba godzin pracy	Wyszczególnienie wykonywanych zajęć. Inne uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			

pieczętka placówki

PRAKTYKA W ZAKRESIE FIZJOTERAPII KLINICZNEJ

.....
.....
Miejsce praktyki dokładny adres

KARTA TYGODNIOWA

tydzień od 20 ... r. do 20 ... r.			
dzień	godziny pracy od - do	liczba godzin pracy	Wyszczególnienie wykonywanych zajęć. Inne uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy
21.			
22.			
23.			
24.			
25.			

pieczętka placówki

PRAKTYKA W ZAKRESIE FIZJOTERAPII KLINICZNEJ

.....
.....
Miejsce praktyki dokładny adres

KARTA TYGODNIOWA

tydzień od 20 ... r. do 20 ... r.			
dzień	godziny pracy od - do	liczba godzin pracy	Wyszczególnienie wykonywanych zajęć. Inne uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy
26.			
27.			
28.			
29.			
30.			

pieczętka placówki

PRAKTYKA W ZAKRESIE FIZJOTERAPII KLINICZNEJ

Miejsce praktyki dokładny adres

KARTA TYGODNIOWA

tydzień od 20 ... r. do 20 ... r.			
dzień	godziny pracy od - do	liczba godzin pracy	Wyszczególnienie wykonywanych zajęć. Inne uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy
31.			
32.			
33.			
34.			
35.			

pieczętka placówki

PRAKTYKA W ZAKRESIE FIZJOTERAPII KLINICZNEJ

Miejsce praktyki dokładny adres

KARTA TYGODNIOWA

tydzień od 20 ... r. do 20 ... r.			
dzień	godziny pracy od - do	liczba godzin pracy	Wyszczególnienie wykonywanych zajęć. Inne uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy
36.			
37.			
38.			
39.			
40.			

pieczętka placówki

podpis opiekuna praktyk ze strony placówki

PRAKTYKA W ZAKRESIE FIZJOTERAPII KLINICZNEJ

PRZEBIEG I ZALICZENIE PRAKTYKI

Potwierdzenie rozpoczęcia oraz zakończenia praktyki III rok – 240 godzin	
Liczba tygodni pracy:	
Całkowita liczba przepracowanych dni, godzin:	
Data rozpoczęcia:	
Data zakończenia:	
Uwagi:	

Potwierdzenie osiągnięcia przez studenta efektów kształcenia zgodnych z programem praktyki zawodowej

Lp.	Opis efektów kształcenia	Ocena
Po zaliczeniu praktyki student w zakresie UMIEJĘTNOŚCI potrafi (2-5)		
P_U04	potrafi przeprowadzić diagnostykę funkcjonalną w zakresie niepełnosprawności układów narządu ruchu i zmysłu oraz zaplanować wykonanie zabiegów fizjoterapeutycznych (<i>wykonywanie badań i testów niezbędnych dla doboru środków fizjoterapii, opis i analiza podstawowych jednostek zespołów chorobowych stopniu umożliwiającym racjonalne stosowanie środków fizjoterapii i planowanie procesu rehabilitacji</i>).	
P_U05	potrafi pracować w zespole interdyscyplinarnym zapewniającym ciągłość opieki nad pacjentem (<i>opis i analiza podstawowych jednostek zespołów chorobowych stopniu umożliwiającym racjonalne stosowanie środków fizjoterapii i planowanie procesu rehabilitacji</i>).	
Po zaliczeniu praktyki student w zakresie KOMPETENCJI SPOŁECZNYCH potrafi (Tak/Nie)		
P_K01	przestrzega właściwych relacji z pacjentem, z rodziną pacjenta, z najbliższym otoczeniem i społeczeństwem	
P_K02	potrafi pracować w zespole	
P_K03	potrafi brać odpowiedzialności za pracę własną	

Lista wymaganych czynności z zakresu fizjoterapii klinicznej

Lp.	Cel szczegółowy	Ocena: zaliczony/nie zaliczony
1.	tworzy podstawy własnego warsztatu pracy jako fizjoterapeuty, poznaje tajniki różnorodnych form, odmian i metod fizjoterapii,	
2.	uczy się ich praktycznej realizacji w aspekcie metodyczno-zdrowotnym i organizacyjnym, realizuje fragmenty zadań praktycznych pod okiem opiekuna praktyki,	
3.	poznaje specyfikę organizacji różnych placówek prowadzących terapię,	
4.	zapoznaje się z kompleksową rehabilitacją prowadzoną w danej specjalistycznej placówce, poznaje praktyczną realizację założeń teoretycznych,	
5.	uczy się prowadzenia obserwacji pacjenta, poznawania go, dokonuje pierwszych prób diagnozowania dla potrzeb fizjoterapii,	
6.	poznaje nowe metody diagnostyczne	
7.	zapoznaje się z różnymi rozwiązaniami w zakresie budowania programów fizjoterapii w różnorodnych schorzeniach i warunkach realizacji,	
8.	poznaje metody oceny efektów prowadzonej fizjoterapii,	
9.	poznaje dokumentację, doskonali się w zakresie pisemnego przygotowania zajęć fizjoterapeutycznych i samodzielnego prowadzenia dokumentacji,	
10.	praktycznie wdraża się do samodzielnego prowadzenia procesu fizjoterapii,	

Zaliczenie części drugiej

Uwagi oraz ocena końcowa studenta (skala ocen: bardzo dobry, dobry plus, dobry, dostateczny plus, dostateczny, niedostateczny):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Opiekun praktyk ze strony placówki:

.....
nazwisko i imię

.....
zajmowane stanowisko

.....
podpis opiekuna i pieczęć placówki

Data r.

Zaliczenie praktyki z fizjoterapii klinicznej – 240 godzin:

Podpis specjalisty ds. praktyk WSZiA:

Podpis koordynatora praktyk:

Podpis Dziekana Wydziału Fizjoterapii i Pedagogiki:

Data r.

Wyższa Szkoła Zarządzania i Administracji w Zamościu
ul. Akademicka 4,
22-400 Zamość
tel. 84 677 67 19

Załącznik nr 3/3 do
Regulaminu praktyk studenckich z dn. 5.07.2016r.

DZIENNIK PRAKTYK STUDENCKICH

.....
Imię i nazwisko studenta

Nr albumu:

Kierunek: **Fizjoterapia, Studia II stopnia, stacjonarne/niestacjonarne**

Wydział Fizjoterapii i Pedagogiki

Rozkład praktyki zawodowej dla studentów studiów II stopnia

I rok studiów:

Sem. 1– 200 godz. Diagnostyki funkcjonalnej i programowania rehabilitacji,

Sem. 2– 120 godz. Diagnostyki funkcjonalnej i programowania rehabilitacji,

120 godz. Medycyny fizykalnej i metod specjalnych fizjoterapii.

II rok studiów:

Sem. 3 – 160 godz. Medycyny fizykalnej i metod specjalnych fizjoterapii.

Do zaliczenia praktyki niezbędne jest wypełnienie
tabelki na stronach

8, 9, 10, 18, 19, 20, 25, 26, 35, 36 -

**POTWIERDZAJĄCYCH OSIĄGNIĘCIE PRZEZ
STUDENTA EFEKTÓW KSZTAŁCENIA ZGODNYCH
Z PROGRAMEM PRAKTYKI ZAWODOWEJ**

Szczegółowe informacje dotyczące programu praktyk znajdzie Pan/Pani na
Uczelnianym Portalu Informacyjno-Edukacyjnym pod adresem:
<http://portal.wszia.edu.pl> oraz w Dziekanacie WSZiA tel. 84 6776719

PRAKTYKA Z ZAKRESU DIAGNOSTYKI I PROGRAMOWANIA REHABILITACJI

.....

.....

Miejsce praktyki dokładny adres

KARTA TYGODNIOWA

od 20... r. do 20... r.

dzień	godziny pracy od - do	liczba godzin pracy	Wyszczególnienie wykonywanych zajęć. Inne uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

pieczętka placówki

PRAKTYKA Z ZAKRESU DIAGNOSTYKI I PROGRAMOWANIA REHABILITACJI

.....

.....

Miejsce praktyki dokładny adres

KARTA TYGODNIOWA

od 20.... r. do 20.... r.

dzień	godziny pracy od - do	liczba godzin pracy	Wyszczególnienie wykonywanych zajęć. Inne uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

pieczęć placówki

PRAKTYKA Z ZAKRESU DIAGNOSTYKI I PROGRAMOWANIA REHABILITACJI

.....

.....

Miejsce praktyki dokładny adres

KARTA TYGODNIOWA

od 20.... r. do 20.... r.

dzień	godziny pracy od - do	liczba godzin pracy	Wyszczególnienie wykonywanych zajęć. Inne uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			

pieczętka placówki

PRAKTYKA Z ZAKRESU DIAGNOSTYKI I PROGRAMOWANIA REHABILITACJI

.....

.....

Miejsce praktyki dokładny adres

KARTA TYGODNIOWA

od 20.... r. do 20.... r.

dzień	godziny pracy od - do	liczba godzin pracy	Wyszczególnienie wykonywanych zajęć. Inne uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			

pieczętka placówki

PRAKTYKA Z ZAKRESU DIAGNOSTYKI I PROGRAMOWANIA REHABILITACJI

.....

.....

Miejsce praktyki dokładny adres

KARTA TYGODNIOWA

od 20.... r. do 20.... r.

dzień	godziny pracy od - do	liczba godzin pracy	Wyszczególnienie wykonywanych zajęć. Inne uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy
21.			
22.			
23.			
24.			
25.			

pieczętka placówki

podpis opiekuna praktyk ze strony placówki

PRAKTYKA Z ZAKRESU DIAGNOSTYKI I PROGRAMOWANIA REHABILITACJI

PRZEBIEG I ZALICZENIE PRAKTYKI – I część 200 godz.

Potwierdzenie rozpoczęcia oraz zakończenia praktyki	
Liczba tygodni pracy:	
Całkowita liczba przepracowanych dni, godzin:	
Data rozpoczęcia:	
Data zakończenia:	
Uwagi:	

Zaliczenie I części praktyki (200 godz.)

Potwierdzenie osiągnięcia przez studenta efektów kształcenia zgodnych z programem praktyki zawodowej

Lp.	Opis efektów kształcenia	Ocena
Po zaliczeniu praktyki student w zakresie UMIEJĘTNOŚCI potrafi		
P_U01	potrafi sformułować plan terapii odpowiadający potrzebom pacjenta	
P_U02	ma umiejętność doboru badań diagnostycznych i funkcjonalnych dla potrzeb tworzenia, weryfikacji i modyfikacji programu rehabilitacji	
P_U03	umie dobrać i wykorzystać różne zabiegi fizykalne w klinicznym leczeniu osób z różnymi chorobami i dysfunkcjami	
P_U04	potrafi posługiwać się zaawansowanym technicznie sprzętem i aparaturą stosowaną w zakresie fizjoterapii	
P_U05	potrafi analizować proces rehabilitacji pod względem błędów i zaniedbań	
Po zaliczeniu praktyki student w zakresie KOMPETENCJI SPOŁECZNYCH potrafi		
P_K01	uznaje konieczność rozwoju zawodowego i inspirowanie inne osoby do podnoszenia kwalifikacji zawodowych	
P_K02	okazuje dbałość o prestiż związany z wykonywaniem zawodu fizjoterapeuty, poprzez właściwe relacje z pacjentem, jego rodziną i najbliższym otoczeniem	
P_K03	potrafi pracować w zespole i kierować zespołem terapeutycznym	

L.p.	Szczegółowe cele kształcenia:	Liczba*	Ocena potrafi/ nie potrafi
1.	poznanie specyfiki i organizacji pracy zespołu rehabilitacyjnego, wzajemnych relacji i kompetencji oraz zasad budowania właściwych relacji społecznych		
2.	poznanie obowiązujących standardów i certyfikatów posiadanych przez daną placówkę leczniczą		
3.	zapoznanie się z obowiązującymi procedurami dotyczącymi bezpiecznej pracy z pacjentem		
4.	doskonalenie metodyki badania pacjenta dla potrzeb fizjoterapii, szczegółowe zapoznanie się z dokumentacją medyczną, analiza wyników badań m in. /RTG, MRI, TK, EMG/		
5.	doskonalenie umiejętności oceny postawy pacjenta oraz funkcjonalnej analizy chodu		
6.	samodzielne wykonanie i analiza wyników badań fizjoterapeutycznych /ocena siły mięśniowej, zakresy ruchu w stawach, badanie fizykalne /krzywa I/T/		
7.	właściwe dobranie niezbędnego zaopatrzenia i pomocy ortopedycznych		
8.	doskonalenie samooceny i analiza wyników prowadzonego postępowania fizjoterapeutycznego		
9.	właściwe modyfikowanie prowadzonego toku usprawniania oraz udzielanie odpowiedniego instruktażu do ćwiczeń wykonywanych w warunkach domowych		
10.	doskonalenie umiejętności komunikacji z pacjentem, jego rodziną oraz personelem		
11.	umiejętność samodzielnego prowadzenia szczegółowej dokumentacji pacjenta		
12.	właściwe zapoznanie pacjenta z celem, miejscem i sposobem prowadzonych zabiegów fizjoterapeutycznych		
13.	praktyczne przeprowadzenie i poprawne zanalizowanie wybranych testów funkcjonalnych z zakresu neurologii, ortopedii i rehabilitacji		
14.	umiejętność poprawnego dobrania właściwych metod fizjoterapeutycznych w zależności od wyników przeprowadzonych przez siebie testów funkcjonalnych i ogólnego badania fizjoterapeutycznego		
15.	poszerzenie i doskonalenie własnych umiejętności dotyczących właściwej interpretacji, wskazań i przeciwwskazań do wykonywania poszczególnych zabiegów fizjoterapeutycznych, w zależności od jednostki chorobowej i stanu klinicznego pacjenta		
16.	ma możliwość zgłaszania uwag i brania czynnej dyskusji w ramach zespołów terapeutycznych		
17.	ma dostęp do nowoczesnej infrastruktury i bazy sprzętowej		
18.	ma możliwość osobistego przekonania się o znaczeniu właściwej oceny chorego, trafności nakreślonych celów leczenia i skuteczności wdrożonego postępowania fizjoterapeutycznego		
19.	uczestniczenie w kształtowaniu modelu postępowania fizjoterapeutycznego z pacjentem w trakcie prowadzonych wizyt lekarskich w oddziałach szpitalnych		
20.	porównanie sposobu i skuteczności usprawniania chorych z różnymi dysfunkcjami narządu ruchu w systemie leczenia zamkniętego i ambulatoryjnego		

21.	organizowanie procesu samokształcenia oraz inspirowanie		
22.	posługiwanie się zasadami i normami etycznymi w podejmowanej działalności, dostrzeganie i analiza dylematów etycznych		
23.	doskonalenie umiejętności praktycznych w bezpośredniej pracy z pacjentem neurologicznym, ortopedycznym, geriatrycznym – metodyka badania klinicznego		
24.	praca z pacjentem neurologicznym – wczesna faza usprawniania, proces pionizacji, nauki chodzenia i doskonalenia czynności lokomocyjnych		
25.	praca z pacjentem ortopedycznym – zasadnicze kryteria postępowania usprawniającego (poprawa wskaźników motorycznych pacjenta, dobór i dopasowanie zaopatrzenia ortopedycznego), proces pionizacji, nauki chodzenia i doskonalenia czynności lokomocyjnych		
26.	praca z pacjentem geriatrycznym – charakterystyka toku usprawniania (wieloaspektowość), profilaktyka hipokinezji, doskonalenie czynności samoobsługi i lokomocyjnych, zapobieganie ryzyku upadków		
27.	praca z pacjentem reumatologicznym – specyfika postępowania fizjoterapeutycznego ze szczególnym uwzględnieniem czynności samoobsługi		
28.	praca z pacjentem kardiologicznym – leczenie, programowanie i realizacja fizjoterapii, prewencja pierwotna i wtórna		
29.	praca z pacjentem w chirurgii i onkologii – fizjoterapia przed i pooperacyjna z uwzględnieniem aspektów psychicznych		
30.	praca z pacjentem w stanach chronicznych – zapobieganie negatywnym skutkom długotrwałego unieruchomienia, indywidualizacja potrzeb i celów fizjoterapii		
31.	praca z pacjentem w ginekologii i położnictwie - metodyka ćwiczeń przygotowujących do porodu i w położeniu, badanie i ocena fizjoterapeutyczna noworodka, instruktaż ćwiczeń dla rodziców		
32.	praca z pacjentem w psychiatrii – metody i techniki pracy, możliwości zastosowania fizjoterapii w zależności od skuteczności leczenia farmakologicznego, analiza przypadków		

*liczba zabiegów, procedur medycznych, pacjentów

Uwagi oraz ocena końcowa studenta (skala ocen: bardzo dobry, dobry plus, dobry, dostateczny plus, dostateczny, niedostateczny):

.....

.....

.....

.....

Opiekun praktyk ze strony placówki:

.....
nazwisko i imię i zajmowane stanowisko

Data, podpis opiekuna i pieczęć placówki

**Zaliczenie I części 200 godzin praktyki
z diagnostyki funkcjonalnej i programowania rehabilitacji:**

Podpis specjalisty ds. praktyk WSZiA:

Podpis koordynatora praktyk:

Podpis Dziekana Wydziału Fizjoterapii i Pedagogiki:

Zamość dnia

PRAKTYKA Z ZAKRESU DIAGNOSTYKI I PROGRAMOWANIA REHABILITACJI

.....

.....

Miejsce praktyki dokładny adres

KARTA TYGODNIOWA

od 20.... r. do 20.... r.

dzień	godziny pracy od - do	liczba godzin pracy	Wyszczególnienie wykonywanych zajęć. Inne uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

pieczętka placówki

PRAKTYKA Z ZAKRESU DIAGNOSTYKI I PROGRAMOWANIA REHABILITACJI

Miejsce praktyki dokładny adres

KARTA TYGODNIOWA

od 20.... r. do 20.... r.

dzień	godziny pracy od - do	liczba godzin pracy	Wyszczególnienie wykonywanych zajęć. Inne uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

pieczętka placówki

PRAKTYKA Z ZAKRESU DIAGNOSTYKI I PROGRAMOWANIA REHABILITACJI

Miejsce praktyki dokładny adres

KARTA TYGODNIOWA

od 20.... r. do 20.... r.

dzień	godziny pracy od - do	liczba godzin pracy	Wyszczególnienie wykonywanych zajęć. Inne uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			

pieczętka placówki

podpis opiekuna praktyk ze strony placówki

PRAKTYKA Z ZAKRESU DIAGNOSTYKI I PROGRAMOWANIA REHABILITACJI

PRZEBIEG I ZALICZENIE PRAKTYKI – część II 120 godz.

Potwierdzenie rozpoczęcia oraz zakończenia praktyki	
Liczba tygodni pracy:	
Całkowita liczba przepracowanych dni, godzin:	
Data rozpoczęcia:	
Data zakończenia:	
Uwagi:	

Zaliczenie II części praktyki (120 godz.)

Potwierdzenie osiągnięcia przez studenta efektów kształcenia zgodnych z programem praktyki zawodowej

Lp.	Opis efektów kształcenia	Ocena
Po zaliczeniu praktyki student w zakresie UMIEJĘTNOŚCI potrafi		
P_U01	potrafi sformułować plan terapii odpowiadający potrzebom pacjenta	
P_U02	ma umiejętność doboru badań diagnostycznych i funkcjonalnych dla potrzeb tworzenia, weryfikacji i modyfikacji programu rehabilitacji	
P_U03	umie dobrać i wykorzystać różne zabiegi fizykalne w klinicznym leczeniu osób z różnymi chorobami i dysfunkcjami	
P_U04	potrafi posługiwać się zaawansowanym technicznie sprzętem i aparaturą stosowaną w zakresie fizjoterapii	
P_U05	potrafi analizować proces rehabilitacji pod względem błędów i zaniedbań	
Po zaliczeniu praktyki student w zakresie KOMPETENCJI SPOŁECZNYCH potrafi		
P_K01	uznaje konieczność rozwoju zawodowego i inspirowanie inne osoby do podnoszenia kwalifikacji zawodowych	
P_K02	okazuje dbałość o prestiż związany z wykonywaniem zawodu fizjoterapeuty, poprzez właściwe relacje z pacjentem, jego rodziną i najbliższym otoczeniem	
P_K03	potrafi pracować w zespole i kierować zespołem terapeutycznym	

L.p.	Szczegółowe cele kształcenia:	Liczba*	Ocena potrafi/ nie potrafi
1.	poznanie specyfiki i organizacji pracy zespołu rehabilitacyjnego, wzajemnych relacji i kompetencji oraz zasad budowania właściwych relacji społecznych		
2.	poznanie obowiązujących standardów i certyfikatów posiadanych przez daną placówkę leczniczą		
3.	zapoznanie się z obowiązującymi procedurami dotyczącymi bezpiecznej pracy z pacjentem		
4.	doskonalenie metodyki badania pacjenta dla potrzeb fizjoterapii, szczegółowe zapoznanie się z dokumentacją medyczną, analiza wyników badań m in. /RTG, MRI, TK, EMG/		
5.	doskonalenie umiejętności oceny postawy pacjenta oraz funkcjonalnej analizy chodu		
6.	samodzielne wykonanie i analiza wyników badań fizjoterapeutycznych /ocena siły mięśniowej, zakresy ruchu w stawach, badanie fizykalne /krzywa I/T/		
7.	właściwe dobranie niezbędnego zaopatrzenia i pomocy ortopedycznych		
8.	doskonalenie samooceny i analiza wyników prowadzonego postępowania fizjoterapeutycznego		
9.	właściwe modyfikowanie prowadzonego toku usprawniania oraz udzielanie odpowiedniego instruktażu do ćwiczeń wykonywanych w warunkach domowych		
10.	doskonalenie umiejętności komunikacji z pacjentem, jego rodziną oraz personelem		
11.	umiejętność samodzielnego prowadzenia szczegółowej dokumentacji pacjenta		
12.	właściwe zapoznanie pacjenta z celem, miejscem i sposobem prowadzonych zabiegów fizjoterapeutycznych		
13.	praktyczne przeprowadzenie i poprawne zanalizowanie wybranych testów funkcjonalnych z zakresu neurologii, ortopedii i rehabilitacji		
14.	umiejętność poprawnego dobrania właściwych metod fizjoterapeutycznych w zależności od wyników przeprowadzonych przez siebie testów funkcjonalnych i ogólnego badania fizjoterapeutycznego		
15.	poszerzenie i doskonalenie własnych umiejętności dotyczących właściwej interpretacji, wskazań i przeciwwskazań do wykonywania poszczególnych zabiegów fizjoterapeutycznych, w zależności od jednostki chorobowej i stanu klinicznego pacjenta		
16.	ma możliwość zgłaszania uwag i brania czynnej dyskusji w ramach zespołów terapeutycznych		
17.	ma dostęp do nowoczesnej infrastruktury i bazy sprzętowej		
18.	ma możliwość osobistego przekonania się o znaczeniu właściwej oceny chorego, trafności nakreślonych celów leczenia i skuteczności wdrożonego postępowania fizjoterapeutycznego		
19.	uczestniczenie w kształtowaniu modelu postępowania fizjoterapeutycznego z pacjentem w trakcie prowadzonych wizyt lekarskich w oddziałach szpitalnych		
20.	porównanie sposobu i skuteczności usprawniania chorych z różnymi dysfunkcjami narządu ruchu w systemie lecznictwa zamkniętego i ambulatoryjnego		

21.	organizowanie procesu samokształcenia oraz inspirowanie		
22.	posługiwanie się zasadami i normami etycznymi w podejmowanej działalności, dostrzeganie i analiza dylematów etycznych		
23.	doskonalenie umiejętności praktycznych w bezpośredniej pracy z pacjentem neurologicznym, ortopedycznym, geriatrycznym – metodyka badania klinicznego		
24.	praca z pacjentem neurologicznym – wczesna faza usprawniania, proces pionizacji, nauki chodzenia i doskonalenia czynności lokomocyjnych		
25.	praca z pacjentem ortopedycznym – zasadnicze kryteria postępowania usprawniającego (poprawa wskaźników motorycznych pacjenta, dobór i dopasowanie zaopatrzenia ortopedycznego), proces pionizacji, nauki chodzenia i doskonalenia czynności lokomocyjnych		
26.	praca z pacjentem geriatrycznym – charakterystyka toku usprawniania (wieloaspektowość), profilaktyka hipokinezji, doskonalenie czynności samoobsługi i lokomocyjnych, zapobieganie ryzyku upadków		
27.	praca z pacjentem reumatologicznym – specyfika postępowania fizjoterapeutycznego ze szczególnym uwzględnieniem czynności samoobsługi		
28.	praca z pacjentem kardiologicznym – leczenie, programowanie i realizacja fizjoterapii, prewencja pierwotna i wtórna		
29.	praca z pacjentem w chirurgii i onkologii – fizjoterapia przed i pooperacyjna z uwzględnieniem aspektów psychicznych		
30.	praca z pacjentem w stanach chronicznych – zapobieganie negatywnym skutkom długotrwałego unieruchomienia, indywidualizacja potrzeb i celów fizjoterapii		
31.	praca z pacjentem w ginekologii i położnictwie - metodyka ćwiczeń przygotowujących do porodu i w porożu, badanie i ocena fizjoterapeutyczna noworodka, instruktaż ćwiczeń dla rodziców		
32.	praca z pacjentem w psychiatrii – metody i techniki pracy, możliwości zastosowania fizjoterapii w zależności od skuteczności leczenia farmakologicznego, analiza przypadków		

*liczba zabiegów, procedur medycznych, pacjentów

Uwagi oraz ocena końcowa studenta (skala ocen: bardzo dobry, dobry plus, dobry, dostateczny plus, dostateczny, niedostateczny):

.....

.....

.....

.....

Opiekun praktyk ze strony placówki:

.....
nazwisko i imię i zajmowane stanowisko

Data, podpis opiekuna i pieczęć placówki

**Zaliczenie II części 120 godzin praktyki
z diagnostyki funkcjonalnej i programowania rehabilitacji:**

Podpis specjalisty ds. praktyk WSZiA:

Podpis koordynatora praktyk:

Podpis Dziekana Wydziału Fizjoterapii i Pedagogiki:

Zamość dnia.....

PRAKTYKA Z ZAKRESU MEDYCYNY FIZYKALNEJ I METOD SPECJALNYCH FIZJOTERAPII

.....

.....

Miejsce praktyki dokładny adres

KARTA TYGODNIOWA

od 20.... r. do 20.... r.

dzień	godziny pracy od - do	liczba godzin pracy	Wyszczególnienie wykonywanych zajęć. Inne uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

pieczętka placówki

PRAKTYKA Z ZAKRESU MEDYCYNY FIZYKALNEJ I METOD SPECJALNYCH FIZJOTERAPII

Miejsce praktyki dokładny adres

KARTA TYGODNIOWA

od 20.... r. do 20.... r.

dzień	godziny pracy od - do	liczba godzin pracy	Wyszczególnienie wykonywanych zajęć. Inne uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

pieczętka placówki

PRAKTYKA Z ZAKRESU MEDYCYNY FIZYKALNEJ I METOD SPECJALNYCH FIZJOTERAPII

Miejsce praktyki dokładny adres

KARTA TYGODNIOWA

od 20.... r. do 20.... r.

dzień	godziny pracy od - do	liczba godzin pracy	Wyszczególnienie wykonywanych zajęć. Inne uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			

pieczętka placówki

podpis opiekuna praktyk ze strony placówki

PRZEBIEG I ZALICZENIE PRAKTYKI – część I 120 godz.

Potwierdzenie rozpoczęcia oraz zakończenia praktyki	
Liczba tygodni pracy:	
Całkowita liczba przepracowanych dni, godzin:	
Data rozpoczęcia:	
Data zakończenia:	
Uwagi:	

Zaliczenie I części praktyki – 120 godz.

Potwierdzenie osiągnięcia przez studenta efektów kształcenia zgodnych z programem praktyki zawodowej

Lp.	Opis efektów kształcenia	Ocena
Po zaliczeniu praktyki student w zakresie UMIEJĘTNOŚCI potrafi		
P_U01	potrafi sformułować plan terapii odpowiadający potrzebom pacjenta	
P_U02	ma umiejętność doboru badań diagnostycznych i funkcjonalnych dla potrzeb tworzenia, weryfikacji i modyfikacji programu rehabilitacji	
P_U03	umie dobrać i wykorzystać różne zabiegi fizykalne w klinicznym leczeniu osób z różnymi chorobami i dysfunkcjami	
P_U04	potrafi posługiwać się zaawansowanym technicznie sprzętem i aparaturą stosowaną w zakresie fizjoterapii	
P_U05	potrafi analizować proces rehabilitacji pod względem błędów i zaniedbań	
Po zaliczeniu praktyki student w zakresie KOMPETENCJI SPOŁECZNYCH potrafi		
P_K01	uznaje konieczność rozwoju zawodowego i inspirowanie inne osoby do podnoszenia kwalifikacji zawodowych	
P_K02	okazuje dbałość o prestiż związany z wykonywaniem zawodu fizjoterapeuty, poprzez właściwe relacje z pacjentem, jego rodziną i najbliższym otoczeniem	
P_K03	potrafi pracować w zespole i kierować zespołem terapeutycznym	

L.p.	Szczegółowe cele kształcenia	Liczba*	Ocena potrafi/ nie potrafi
1.	doskonalenie badania i diagnostyki dla potrzeb zabiegów z zakresu fizykoterapii		

2.	doskonalenie umiejętności bezpiecznego i właściwego wykorzystania posiadanego sprzętu, znajomość parametrów technicznych i możliwości zastosowania aparatów		
3.	doskonalenie zdolności manualnych w obsłudze sprzętu technicznego, umiejętność kojarzenia i przewidywania skutków podejmowanych działań		
4.	nabywanie pewności w metodyce wykonywania zabiegów fizjoterapeutycznych (dobrze pozycji ułożeniowych chorego, sposobie montażu osprzętu i określaniu właściwych ustawień)		
5.	nawiązywanie właściwych relacji społecznych (unikanie błędów jatrogennych) zarówno z pacjentem jak i zespołem terapeutycznym, poszerzenia umiejętności współpracy w grupie i kierowania zespołem		
6.	precyzowanie trafności wskazań i przeciwwskazań do wykonywania poszczególnych rodzajów zabiegów u określonych grup pacjentów		
7.	doskonalenie umiejętności zastosowania środków farmakologicznych w fizykoterapii		
8.	kształtowanie umiejętności znalezienia się w sytuacji trudnej		
9.	zastosowanie metod specjalnych w zależności od wskazań klinicznych		
10.	szczegółowe przeprowadzanie i interpretowanie testów funkcjonalnych		
11.	poszerzenie umiejętności wykorzystywania metod specjalnych w zależności od rodzaju dysfunkcji i aktualnego stanu pacjenta		
12.	doskonalenie czynności manualnych w badaniu i leczeniu z zastosowaniem wybranych elementów metod specjalnych /PNF, Bobath, Vojty, Kaltenborna, Mulliganna, Mc Kenzie/		
13.	dobór metod i technik w adekwatnych do obecnego stanu funkcjonalnego i psychicznego pacjenta		
14.	ocena ryzyka podejmowanych działań z uwzględnieniem ścisłych wskazań i przeciwwskazań medycznych – rozszerzenie umiejętności wzajemnej współpracy lekarz – fizjoterapeuta		
15.	wykazywanie się znajomością aktualnych trendów terapeutycznych w poszczególnych sektorach fizjoterapii		
16.	umiejętność wykazywania się kreatywnością w modyfikowaniu programów terapeutycznych dotyczących zastosowania metod specjalnych		

*liczba zabiegów, procedur medycznych, pacjentów

Uwagi oraz ocena końcowa studenta (skala ocen: bardzo dobry, dobry plus, dobry, dostateczny plus, dostateczny, niedostateczny):

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

Opiekun praktyk ze strony placówki:

.....
nazwisko i imię i zajmowane stanowisko

Podpis opiekuna i pieczęć placówki

Zaliczenie I części 120 godz. praktyki
z medycyny fizykalnej i metod specjalnych fizjoterapii :

Podpis specjalisty ds. praktyk WSZiA:

Podpis koordynatora praktyk:

Podpis Dziekana Wydziału Fizjoterapii i Pedagogiki:

Zamość dnia

PRAKTYKA Z ZAKRESU MEDYCYNY FIZYKALNEJ I METOD SPECJALNYCH FIZJOTERAPII

Miejsce praktyki dokładny adres

KARTA TYGODNIOWA

od 20.... r. do 20.... r.

dzień	godziny pracy od - do	liczba godzin pracy	Wyszczególnienie wykonywanych zajęć. Inne uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

pieczętka placówki

PRAKTYKA Z ZAKRESU MEDYCYNY FIZYKALNEJ I METOD SPECJALNYCH FIZJOTERAPII

Miejsce praktyki dokładny adres

KARTA TYGODNIOWA

od 20.... r. do 20.... r.

dzień	godziny pracy od - do	liczba godzin pracy	Wyszczególnienie wykonywanych zajęć. Inne uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

pieczętka placówki

PRAKTYKA Z ZAKRESU MEDYCYNY FIZYKALNEJ I METOD SPECJALNYCH FIZJOTERAPII

Miejsce praktyki dokładny adres

KARTA TYGODNIOWA

od 20.... r. do 20.... r.

dzień	godziny pracy od - do	liczba godzin pracy	Wyszczególnienie wykonywanych zajęć. Inne uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			

pieczętka placówki

PRAKTYKA Z ZAKRESU MEDYCYNY FIZYKALNEJ I METOD SPECJALNYCH FIZJOTERAPII

Miejsce praktyki dokładny adres

KARTA TYGODNIOWA

od 20.... r. do 20.... r.

dzień	godziny pracy od - do	liczba godzin pracy	Wyszczególnienie wykonywanych zajęć. Inne uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			

pieczętka placówki

podpis opiekuna praktyk ze strony placówki

Studium przypadku

- 1. Wywiad środowiskowy:**
- 2. Diagnoza:**
- 3. Projekt oddziaływań leczniczych, terapeutycznych, rehabilitacyjnych:**
- 4. Podjęte działania:**
- 5. Uzyskane efekty:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



PRZEBIEG I ZALICZENIE PRAKTYKI – część II 160 godz.

Potwierdzenie rozpoczęcia oraz zakończenia praktyki	
Liczba tygodni pracy:	
Całkowita liczba przepracowanych dni, godzin:	
Data rozpoczęcia:	
Data zakończenia:	
Uwagi:	

Zaliczenie II części praktyki – 160 godz.

Potwierdzenie osiągnięcia przez studenta efektów kształcenia zgodnych z programem praktyki zawodowej

Lp.	Opis efektów kształcenia	Ocena
Po zaliczeniu praktyki student w zakresie UMIEJĘTNOŚCI potrafi		
P_U01	potrafi sformułować plan terapii odpowiadający potrzebom pacjenta	
P_U02	ma umiejętność doboru badań diagnostycznych i funkcjonalnych dla potrzeb tworzenia, weryfikacji i modyfikacji programu rehabilitacji	
P_U03	umie dobrać i wykorzystać różne zabiegi fizykalne w klinicznym leczeniu osób z różnymi chorobami i dysfunkcjami	
P_U04	potrafi posługiwać się zaawansowanym technicznie sprzętem i aparaturą stosowaną w zakresie fizjoterapii	
P_U05	potrafi analizować proces rehabilitacji pod względem błędów i zaniedbań	
Po zaliczeniu praktyki student w zakresie KOMPETENCJI SPOŁECZNYCH potrafi		
P_K01	uznaje konieczność rozwoju zawodowego i inspirowanie inne osoby do podnoszenia kwalifikacji zawodowych	
P_K02	okazuje dbałość o prestiż związany z wykonywaniem zawodu fizjoterapeuty, poprzez właściwe relacje z pacjentem, jego rodziną i najbliższym otoczeniem	
P_K03	potrafi pracować w zespole i kierować zespołem terapeutycznym	

L.p.	Szczegółowe cele kształcenia	Liczba*	Ocena potrafi/ nie potrafi
1.	doskonalenie badania i diagnostyki dla potrzeb zabiegów z zakresu fizykoterapii		

2.	doskonalenie umiejętności bezpiecznego i właściwego wykorzystania posiadanego sprzętu, znajomość parametrów technicznych i możliwości zastosowania aparatów		
3.	doskonalenie zdolności manualnych w obsłudze sprzętu technicznego, umiejętność kojarzenia i przewidywania skutków podejmowanych działań		
4.	nabywanie pewności w metodyce wykonywania zabiegów fizjoterapeutycznych (dobrze pozycji ułożeniowych chorego, sposobie montażu osprzętu i określaniu właściwych ustawień)		
5.	nawiązywanie właściwych relacji społecznych (unikanie błędów jatrogennych) zarówno z pacjentem jak i zespołem terapeutycznym, poszerzenia umiejętności współpracy w grupie i kierowania zespołem		
6.	precyzowanie trafności wskazań i przeciwwskazań do wykonywania poszczególnych rodzajów zabiegów u określonych grup pacjentów		
7.	doskonalenie umiejętności zastosowania środków farmakologicznych w fizykoterapii		
8.	kształtowanie umiejętności znalezienia się w sytuacji trudnej		
9.	zastosowanie metod specjalnych w zależności od wskazań klinicznych		
10.	szczegółowe przeprowadzanie i interpretowanie testów funkcjonalnych		
11.	poszerzenie umiejętności wykorzystywania metod specjalnych w zależności od rodzaju dysfunkcji i aktualnego stanu pacjenta		
12.	doskonalenie czynności manualnych w badaniu i leczeniu z zastosowaniem wybranych elementów metod specjalnych /PNF, Bobath, Vojty, Kaltenborna, Mulliganna, Mc Kenzie/		
13.	dobór metod i technik w adekwatnych do obecnego stanu funkcjonalnego i psychicznego pacjenta		
14.	ocena ryzyka podejmowanych działań z uwzględnieniem ścisłych wskazań i przeciwwskazań medycznych – rozszerzenie umiejętności wzajemnej współpracy lekarz – fizjoterapeuta		
15.	wykazywanie się znajomością aktualnych trendów terapeutycznych w poszczególnych sektorach fizjoterapii		
16.	umiejętność wykazywania się kreatywnością w modyfikowaniu programów terapeutycznych dotyczących zastosowania metod specjalnych		

*liczba zabiegów, procedur medycznych, pacjentów

Uwagi oraz ocena końcowa studenta (skala ocen: bardzo dobry, dobry plus, dobry, dostateczny plus, dostateczny, niedostateczny):

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

Opiekun praktyk ze strony placówki:

.....
nazwisko i imię i zajmowane stanowisko

Podpis opiekuna i pieczęć placówki

**Zaliczenie II części 160 godz. praktyki
z medycyny fizykalnej i metod specjalnych fizjoterapii :**

Podpis specjalisty ds. praktyk WSZiA:

Podpis koordynatora praktyk:

Podpis Dziekana Wydziału Fizjoterapii i Pedagogiki:

Zamość dnia

Kryteria oceny osiągniętych efektów kształcenia

Efekt kształcenia	Aby zaliczyć praktykę student powinien:
P_U1, P_U2, P_U3, P_U04, P_U05	Udokumentować odbycie praktyki w dzienniku praktyk, uzyskać pozytywną opinię, ocenę oraz zaliczenie praktyki przez opiekuna
P_K1, P_K2, P_K3	Uzyskać pozytywną opinię, ocenę oraz zaliczenie praktyki przez opiekuna, wypełnić ankietę oceny praktyki