**KARTA OSIĄGNIĘTYCH EFEKTÓW KSZTAŁCENIA PRAKTYKANTA KIERUNKU FIZJOTERAPIA**

**III rok studiów (V semestr)– praktyka z kinezyterapii\_160 godz.**

**…………………………………………………………………..
 *(Imię i nazwisko studenta)***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **EFEKTY****(wypełnia Opiekun Praktyk z ramienia placówki)** | **Data** | **Zaliczenie** |
| 1. | Student posiada wiedzę o prawidłowościach i metodach oceny sprawności funkcjonalnej organizmu dla potrzeb diagnostyki funkcjonalnej oraz wykonywania zabiegów z kinezyterapii. |  |  |
| 2. | Student zna zasady etyczne, jakie obowiązują w pracy z pacjentem, przestrzega regulaminu i zna przepisy BHP, PPOZ obowiązujące w danej placówce medycznej. |  |  |
| 3. | Student potrafi przeprowadzić ćwiczenia lecznicze z pacjentem zgodnie ze wskazaniami i prawidłową techniką pod kontrolą fizjoterapeuty; |  |  |
| 4. | Student umie przeprowadzić wywiad personalny, chorobowy, socjalny z pacjentem celem uzupełnienia dokumentacji, jaka obowiązuje w fizjoterapii. |  |  |
| 5. | Student umie wykonać pomiary długości, obwodów i siły mięśniowej kończyn, pomiary goniometryczne oraz umie dokonać oceny postawy ciała i chodu pod nadzorem fizjoterapeuty. |  |  |
| 6. | Student potrafi przeprowadzić z pacjentem ćwiczenia indywidualne bierne, czynno-bierne, redresyjne, czynne w odciążeniu z dawkowanym oporem, czynne wolne, samowspomagane, czynne z dawkowanym oporem pod nadzorem fizjoterapeuty. |  |  |
| 7. | Student potrafi wykonywać u pacjentów ćwiczenia ekscentryczne, izometryczne i koncentryczne, ćwiczenia rozluźniające i relaksacyjne pod nadzorem fizjoterapeuty. |  |  |
| 8. | Student potrafi przeprowadzić pionizację i naukę chodu, umie dobrać odpowiednie pomoce ortopedyczne pod kontrolą fizjoterapeuty. |  |  |
| 9. | Student potrafi prowadzić ćwiczenia zespołowe z uwzględnieniem choroby podstawowej, chorób współistniejących, wieku, płci, możliwości i potrzeb pacjentów pod nadzorem fizjoterapeuty. |  |  |
| 10. | Student potrafi prowadzić ćwiczenia korekcyjne u dzieci z wadami postawy. |  |  |

 **ZALICZENIE PRAKTYK Z KINEZYTERAPII**

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

 Zaliczenie z oceną Data i czytelny podpis opiekuna studenta
w miejscu odbywania praktyk

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

 Zaliczenie z oceną Data i czytelny podpis opiekuna praktyk
z ramienia uczelni