

Karkonoska Państwowa Szkoła Wyższa w Jeleniej Górze

Wydział Nauk Medycznych i Technicznych

**WNIOSEK STUDENTA O ZALICZENIE CZĘŚCI ZAJĘĆ KSZTAŁTUJĄCYCH
UMIEJĘTNOŚCI PRAKTYCZNE I PRAKTYKI ZAWODOWE**

Imię i nazwisko studenta:**Nr albumu:****Semestr: 4****Kierunek studiów: FIZJOTERAPIA**

ROK II – semestr 4	
B. Praktyka w pracowni fizykoterapii i kinezyterapii	
FIZYKOTERAPII	
Efekty uczenia się do zaliczenia	
EU1	STUDENT: Zna i rozumie zasady postępowania diagnostycznego dla potrzeb doboru zabiegów fizykoterapeutycznych w zakresie elektroterapii i elektrodiagnostyki, ultrasonoterapii, wykorzystania pól elektromagnetycznych wielkiej częstotliwości i magnetoterapii. Potrafi pod kontrolą doświadczonego terapeuty, podjąć działania diagnostyczne niezbędne dla doboru planu postępowania fizykoterapeutycznego u osób w różnym przedziale wiekowym.
EU2	Ma wiedzę w zakresie doboru zabiegów fizykoterapeutycznych z elektroterapii przeciwbólowej i stymulującej mięśnie szkieletowe do skurczu, ultrasonoterapii, wykorzystania pól elektromagnetycznych wielkiej częstotliwości i magnetoterapii w zależności od okresu choroby i stanu funkcjonalnego usprawnianej osoby, potrafi, pod kontrolą doświadczonego terapeuty, zaplanować i dobrać parametry do zabiegów elektrostymulacji na podstawie wyników testów elektrodiagnostycznych.
EU3	Samodzielnie wykonuje zabiegi fizykoterapeutyczne w zakresie elektroterapii, ultrasonoterapii, wykorzystania pól elektromagnetycznych wielkiej częstotliwości i magnetoterapii u osób w różnym przedziale wiekowym w zależności od okresu choroby i stanu funkcjonalnego usprawnianej osoby. Realizuje zadania fizykoterapeuty w sposób zapewniający bezpieczeństwo pacjenta, własne i otoczenia, w tym przestrzega zasad bezpieczeństwa i higieny pracy w zakresie elektroterapii i elektrodiagnostyki, ultrasonoterapii, wykorzystania pól elektromagnetycznych wielkiej częstotliwości i magnetoterapii.
EU4	Pod nadzorem doświadczonego terapeuty, prowadzi dokumentację dla potrzeb fizjoterapii niezbędną do kontroli przebiegu usprawniania. Potrafi identyfikować błędy w zakresie elektroterapii i elektrodiagnostyki, ultrasonoterapii, wykorzystania pól elektromagnetycznych wielkiej częstotliwości i magnetoterapii
EU5	Potrafi komunikować się z pacjentem oraz grupą pracowników w zakresie związanym z pracą fizjoterapeuty. Okazuje szacunek wobec pacjenta oraz troskę o jego dobro. Potrafi współdziałać i pracować w grupie fizjoterapeutycznej.

WYKAZ UMIEJĘTNOŚCI PRAKTYCZNYCH W PRACOWNI FIZYKOTERAPII	
Lp.	Wyszczególnienie czynności wykonywanych w trakcie realizacji praktyk zawodowych, potwierdzających osiągnięcie oczekiwanych efektów uczenia się.
1.	Tutaj student zapisuje wykonywane działania, które potwierdzają osiągnięcie efektu nr 1
2.	Tutaj student zapisuje wykonywane działania, które potwierdzają osiągnięcie efektu nr 2
3.	Tutaj student zapisuje wykonywane działania, które potwierdzają osiągnięciu efektu nr 3
4	Tutaj student zapisuje wykonywane działania, które potwierdzają osiągnięciu efektu nr 3
5	Tutaj student zapisuje wykonywane działania, które potwierdzają osiągnięciu efektu nr 3

**ZALICZENIE PRAKTYK ZAWODOWYCH
OCENA REALIZACJI OCZEKIWANYCH EFEKTÓW UCZENIA SIĘ
(wypełnia opiekun praktyk z ramienia KPSW)**

Zakładane cele i efekty kształcenia	Stopień spełnienia kryterium (zaznaczyć znakiem X)					
	ndst	dst	+ dst	db	+ db	bdb
EU1						
EU2						
EU3						
EU4						
EU5						
Ocena końcowa*:						

* Ocena końcowa, według zasad zawartych w karcie przedmiotu, jest średnią arytmetyczną ocen poszczególnych efektów uczenia się, zgodnie z następującą skalą:

powyżej 4,75	bardzo dobry	(5,0)
4,25 - 4,74	dobry plus	(4,5)
3,75 - 4,24	dobry	(4,0)
3,25 - 3,74	dostateczny plus	(3,5)
2,75 - 3,24	dostateczny	(3,0)
poniżej 2,75	niedostateczny	(2,0)

Na podstawie analizy przedłożonego raportu studenta oraz potwierdzenia osiągnięcia zamierzonych efektów uczenia się przez opiekuna praktyk zawodowych z ramienia placówki stwierdzam, że efekty uczenia się:

- **zostały osiągnięte***
- **nie zostały osiągnięte***

(*niepotrzebne usunąć)

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Data i podpis opiekuna praktyk zawodowych z ramienia KPSW