



## ROK III

### Praktyka zawodowa w zakresie fizjoterapii klinicznej, fizykoterapii i masażu

Semestr V – 100 godzin (4 ECTS)

#### FIZJOTERAPIA KLINICZNA – 50 godzin

**Miejsce realizacji:** placówki leczenia stacjonarnego (szpitale, sanatoria, zakłady/oddziały opiekuńczo-lecznicze, specjalistyczne ośrodki rehabilitacji długoterminowej, oddziały dzienne).

**Program praktyki obejmuje wykorzystanie metod kinezyterapii, fizykoterapii, masażu, terapii manualnej.**

| L.p. | Wykaz umiejętności praktycznych  | Zaliczenie praktyki (podpis opiekuna i pieczęć) |
|------|--|---|
| 1.   | Program fizjoterapii przed-i pooperacyjnej w leczeniu chirurgicznym chorób naczyniowych, po operacjach w obrębie klatki piersiowej i jamy brzusznej. |   |
| 2.   | Program usprawniania po mastektomii –okres szpitalny. Edukacja pacjentek w zakresie profilaktyki przeciwobrzękowej.                                  |   |
| 3.   | Program fizjoterapii pacjentów z nowotworami układu moczowo-płciowego w okresie szpitalnym.  |   |
| 4.   | Program rehabilitacji szpitalnej po leczeniu operacyjnym raka płuc.  |   |
| 5.   | Program usprawniania pacjentów z niedowładami i porażeniami w wyniku przerzutów nowotworów.  |   |
| 6.   | Postępowanie fizjoterapeutyczne po operacjach ginekologicznych.  |   |
| 7.   | Program fizjoterapii po leczeniu operacyjnym nowotworów tkane miękkich.  |   |

#### FIZYKOTERAPIA – 30 godzin

**Miejsce realizacji:** placówki leczenia otwartego (przychodnie, gabinety fizjoterapii) lub leczenia stacjonarnego (szpitale, sanatoria, zakłady/oddziały opiekuńczo-lecznicze, ośrodki rehabilitacyjne)

**Program praktyki obejmuje wykorzystanie metod kinezyterapii, fizykoterapii, masażu, terapii manualnej.**

| L.p. | Wykaz umiejętności praktycznych  | Zaliczenie praktyki (podpis opiekuna i pieczęć) |
|------|--|---|
| 1.   | Zalecenia fizjoprofilaktyczne na okres poszpitalny dla pacjentów leczonych chirurgicznie                           |   |
| 2.   | Światłolecznictwo - zabiegi światłem i promieniami podczerwonymi (lampa Sollux); zabiegi promieniami UV.           |   |
| 3.   | Światłolecznictwo – zabiegi światłem spolaryzowanym, ledowym   |   |
| 4.   | Laseroterapia.   |   |
| 5.   | Elektroterapia – galwanizacja, jonizacja.  |   |
| 6.   | Zabiegi prądami impulsowymi niskiej częstotliwości (diadynamiczne DD, izodynamiczne, TENS, prądy Kotza, tonoliza). |   |
| 7.   | Zabiegi prądami średniej częstotliwości - prądy interferencyjne (Nemeca).  |   |
| 8.   | Zabiegi polem elektromagnetycznym (DKF, TERAPULS, MAGNETRONIK).  |   |
| 9.   | Zabiegi UD i fonoforezy.   |   |
| 10.  | Zabiegi hydroterapii (masaż podwodny, masaże wirowe kkd i kkg).  |   |

#### MASAŻ – 20 godzin

**Miejsce realizacji:** placówki leczenia stacjonarnego (szpitale, sanatoria, zakłady/oddziały opiekuńczo-lecznicze, specjalistyczne ośrodki rehabilitacji długoterminowej, oddziały dzienne).

**Program praktyki obejmuje wykorzystanie metod kinezyterapii, fizykoterapii, masażu, terapii manualnej.**

| L.p. | Wykaz umiejętności praktycznych  | Zaliczenie praktyki (podpis opiekuna i pieczęć) |
|------|--|---|
| 1.   | Stosowanie zasad ergonomii podczas wykonywania masażu.   |   |
| 2.   | Zapoznanie się ze środkami ułatwiającymi i wspomagającymi masaż.   |   |
| 3.   | Identyfikowanie wskazań i przeciwwskazań do wykonywania poszczególnych rodzajów masażu.                                |   |
| 4.   | Dobranie rodzaju i metodyki wykonywanego masażu do jednostki chorobowej oraz aktualnego stanu pacjenta.                |   |
| 5.   | Wykonanie masażu w wybranych jednostkach chorobowych i modyfikowanie masażu w zależności od stanu i wieku pacjenta     |   |
| 6.   | Umiejętność wykonania masażu klasycznego i jego odmian z uwzględnieniem wskazań i przeciwwskazań do jego wykorzystania |   |

**Opinia opiekuna praktyki** (uwzględniająca kompetencje społeczne, m.in.: dbałość o samokształcenie, świadomość własnych ograniczeń, samodzielne wykonywanie powierzonych zadań, akceptacja opinii członków zespołu rehabilitacyjnego, przestrzeganie zasad etyki zawodowej, wykazywanie zrozumienia dla problemów wynikających z choroby i niepełnosprawności pacjenta)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....(podpis opiekuna i pieczętka)

Zaliczenie praktyki zawodowej, III rok, V sem. – 4 ECTS

**Kierownik Praktyk  
na Wydziale Nauk o Zdrowiu OSW**

data.....

*mgr Stanisław Kondracki*