

**Europejska Akademia Medycznych i Społecznych Nauk Stosowanych  
Wydział Nauk o Zdrowiu**

**Organizacja praktyk zawodowych na kierunku fizjoterapia  
na jednolitych studiach magisterskich, rok IV**

**100 godz. (4 ECTS), VII semestr**

**Studia stacjonarne weekendowe**

1. Składanie podań wraz z załącznikiem (poświadczenie przez placówkę medyczną możliwości realizacji programu praktyki - pieczętka, podpis opiekuna) – **do 20 grudnia każdego roku** w Dziekanacie WNoZ.
2. Miejsce realizacji praktyk: placówki leczenia stacjonarnego (szpitale, sanatoria, zakłady/oddziały opiekuńczo-lecznicze, specjalistyczne ośrodki rehabilitacji długoterminowej, oddziały dzienne).
3. Podania rozpatruje Kierownik Praktyk na kierunku i informuje studentów drogą mailową o decyzji.
4. Po otrzymaniu zgody Kierownika Praktyk, student zgłasza się do Dziekanatu w celu odbioru Karty Praktyki (bądź drukuje Kartę Praktyki ze strony Uczelni).
5. Realizacja praktyki zgodnie z terminem określonym w podaniu
6. Rozliczenie praktyk – **do 30 czerwca każdego roku** przez Kierownika Praktyki

**Studia stacjonarne**

1. Zapisy na praktyki w wytypowanych placówkach – **do 20 grudnia każdego roku** w Dziekanacie WNoZ.
2. Miejsce realizacji praktyk z fizjoterapii klinicznej: placówki leczenia stacjonarnego (szpitale, sanatoria, zakłady/oddziały opiekuńczo-lecznicze, specjalistyczne ośrodki rehabilitacji długoterminowej, oddziały dzienne).
3. Karty Praktyki studenci odbierają w Dziekanacie WNoZ (bądź drukują Kartę Praktyki ze strony Uczelni).
4. Realizacja praktyki zgodnie z harmonogramem.
5. Rozliczenie praktyk – **do 30 czerwca każdego roku** przez Kierownika Praktyki.

.....  
imię, nazwisko studenta

Olsztyn, .....

.....  
rok, tryb

.....  
nr telefonu studenta

**Kierownik Praktyk na kierunku Fizjoterapia  
Mgr Stanisław Kondracki  
Wydział Nauk o Zdrowiu  
Europejska Akademia Medycznych i Społecznych Nauk Stosowanych**

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie praktyk zawodowych w .....

.....  
pełna nazwa placówki, adres

pod opieką .....  
imię, nazwisko opiekuna praktyk i nr telefonu kontaktowego

w przewidywanym terminie .....

Z poważaniem

.....  
podpis studenta

**ROK IV****Praktyka zawodowa w zakresie fizjoterapii klinicznej, fizykoterapii i masażu****Semestr VII – 100 godzin (4 ECTS)****FIZJOTERAPIA KLINICZNA – 50 godzin****Miejsce realizacji:** placówki lecznictwa stacjonarnego (szpitale, sanatoria, zakłady/oddziały opiekuńczo-lecznicze, specjalistyczne ośrodki rehabilitacji długoterminowej, oddziały dzienne).**Program praktyki obejmuje wykorzystanie metod kinezyterapii, fizykoterapii, masażu, terapii manualnej.**

<b>L.p.</b>	<b>Wykaz umiejętności praktycznych</b>	<b>Potwierdzenie możliwości realizacji praktyki (podpis i pieczętka)</b>
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 przeciwozbrzękowej.	
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 lecznictwa otwartego (przychodnie, gabinety fizjoterapii) lub lecznictwa stacjonarnego (szpitale, sanatoria, zakłady/oddziały opiekuńczo-lecznicze, ośrodki rehabilitacyjne)**Program praktyki obejmuje wykorzystanie metod kinezyterapii, fizykoterapii, masażu, terapii manualnej.**

<b>L.p.</b>	<b>Wykaz umiejętności praktycznych</b>	<b>Potwierdzenie możliwości realizacji praktyki (podpis i pieczętka)</b>
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 lecznictwa stacjonarnego (szpitale, sanatoria, zakłady/oddziały opiekuńczo-lecznicze, specjalistyczne ośrodki rehabilitacji długoterminowej, oddziały dzienne).**Program praktyki obejmuje wykorzystanie metod kinezyterapii, fizykoterapii, masażu, terapii manualnej.**

<b>L.p.</b>	<b>Wykaz umiejętności praktycznych</b>	<b>Potwierdzenie możliwości realizacji praktyki (podpis i pieczętka)</b>
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	

