**KARTA ZAJĘĆ PRAKTYCZNYCH/ĆWICZEŃ STUDENTA**

|  |
| --- |
|  ***miejsce odbywania zajęć praktycznych pieczęć placówki***  |



**Imię i nazwisko studenta ………………………………………….numer albumu…………**

**Opiekun zajęć praktycznych/ ćwiczeń………………………………………………………**

**Przedmiot: Klinika w chirurgii**

**Grupa……………………………… semestr…………………………………………..**

**KARTA UMIEJĘTNOŚCI PRAKTYCZNYCH: efekty kształcenia w zakresie umiejętności – ćwiczenia**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Opis efektu** | **Data** | **Ocena** | **Podpis prowadzącego** |
| D.U7 | instruować pacjentów lub ich opiekunów w zakresie wykonywania ćwiczeń i treningu medycznego w domu, sposobu posługiwania się wyrobami medycznymi oraz wykorzystywania przedmiotów użytku codziennego w celach terapeutycznych; |  |  |  |
| D.U37 | planować, dobierać – w zależności od stanu klinicznego i funkcjonalnego pacjenta –i wykonywać zabiegi fizjoterapeutyczne u pacjentów z czynnościowymii organicznymi chorobami naczyń obwodowych oraz pacjentów po amputacjiz przyczyn naczyniowych; |  |  |  |
| D.U38 | wdrażać strategię wczesnego uruchamiania pacjenta po zabiegu na jamie brzusznejlub klatce piersiowej, wykonywać zabiegi fizjoterapeutyczne rozprężające płucai ułatwiające oczyszczanie oskrzeli, instruować w zakresie profilaktyki wczesnychi późnych powikłań pooperacyjnych oraz udzielać zaleceń dotyczącychpooperacyjnej fizjoterapii ambulatoryjnej; |  |  |  |
| D.U35 | stosować Międzynarodową Klasyfikację Funkcjonowania, Niepełnosprawnościi Zdrowia (*International Classification of Functioning, Disability and Health,* ICF); |  |  |  |
| D.U39 |  instruować pacjenta z chorobą układu oddechowego w zakresie wykonywania ćwiczeń w domu oraz stosowania środków prewencji wtórnej; |  |  |  |
| D.U46 | planować, dobierać – w zależności od stanu klinicznego i funkcjonalnego pacjenta – i wykonywać zabiegi z zakresu fizjoterapii kobiet po mastektomii, w tympostępowanie w przypadku obrzęku limfatycznego i upośledzenia funkcji kończynygórnej; |  |  |  |
| D.U47 | stosować zasady prawidłowej komunikacji z pacjentem oraz komunikować się z innymi członkami zespołu terapeutycznego; |  |  |  |
| D.U49 | planować, dobierać i modyfikować programy rehabilitacji pacjentów z różnymi dysfunkcjami narządu ruchu oraz chorobami wewnętrznymi w zależności od stanuklinicznego, funkcjonalnego i psychicznego (poznawczo-emocjonalnego) chorego, jego potrzeb oraz potrzeb opiekunów faktycznych; |  |  |  |

**OCENA KOMPETENCJI SPOŁECZNYCH STUDENTA**



|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Opis efektu**  | **Zaliczenie** | **Podpis prowadzącego** |
| KS.1 | nawiązanie i utrzymanie pełnego szacunku kontaktu z pacjentem, a także okazywania zrozumienia dla różnic światopoglądowych i kulturowych; |  |  |
| KS.2 | wykonywanie zawodu, będąc świadomym roli, jaką fizjoterapeuta pełni na rzecz społeczeństwa, w tym społeczności lokalnej; |  |  |
| KS.3 | prezentowania postawy promującej zdrowy styl życia, propagowania i aktywnego kreowania zdrowego stylu życia i promocji zdrowia w trakcie działań związanych z wykonywaniem zawodu i określenia poziomu sprawności niezbędnego do wykonywania zawodu fizjoterapeuty; |  |  |
| KS.4 | przestrzegania praw pacjenta i zasad etyki zawodowej; |  |  |
| KS.5 | dostrzegania i rozpoznawania własnych ograniczeń, dokonywania samooceny deficytów i potrzeb edukacyjnych; |  |  |
| KS.6 | korzystania z obiektywnych źródeł informacji; |  |  |
| KS.7 | wdrażania zasad koleżeństwa zawodowego i współpracy w zespole specjalistów, w tym przedstawicielami innych zawodów medycznych, także w środowisku wielokulturowym i wielonarodościowym; |  |  |
| KS.8 | formułowania opinii dotyczących różnych aspektów działalności zawodowej; |  |  |
| KS.9 | przyjęcia odpowiedzialności związanej z decyzjami podejmowanymi w ramach działalności zawodowej, w tym kategoriach bezpieczeństwa własnego i osób innych; |  |  |

|  |
| --- |
|  |

**Zaliczenie kompetencji społecznych studenta**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

|  |
| --- |
|  |

**Ocena umiejętności praktycznych**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

 **………………………………**

 **Podpis prowadzącego**