

**KRAKOWSKA WYŻSZA SZKOŁA PROMOCJI ZDROWIA  
WYDZIAŁ PROMOCJI ZDROWIA**

**FIZJOTERAPIA JEDNOLITE STUDIA MAGISTERSKIE**

**Dziennik Zajęć Klinicznych**

**3 rok**

**Fizjoterapia w chorobach wewnętrznych  
w psychiatrii**

KWWSPPZ

**ROK III**

**Przedmiot: Fizjoterapia w chorobach wewnętrznych  
w psychiatrii**

Semestr VI – 30 GODZIN

Semestr VII – 30 GODZIN

**KRAKOWSKA WYŻSZA SZKOŁA PROMOCJI ZDROWIA**

**WYDZIAŁ PROMOCJI ZDROWIA**

**FIZJOTERAPIA JEDNOLITE STUDIA MAGISTERSKIE**

Imię i nazwisko studenta:.....

Rok studiów: .....

Semestr: .....

Nazwa placówki: .....

Termin zajęć klinicznych: .....

Prowadzący: .....

**Cele kształcenia** (wiedza, umiejętności, kompetencje społeczne – ogólnie):

Zapoznanie studenta ze środkami i metodami fizjoterapii w psychiatrii.

Kategoria	Wymagany efekt kształcenia	ZALICZONE	BRAK ZALICZENIA
<b>Wiedza:</b>	zna i rozumie specyfikę postępowania z pacjentem z chorobą psychiczną i zasady właściwego podejścia do niego		
<b>Umiejętności</b>	potrafi stosować zasady prawidłowej komunikacji z pacjentem oraz komunikować się z innymi członkami zespołu terapeutycznego; planować, dobierać i modyfikować programy rehabilitacji pacjentów z różnymi dysfunkcjami narządu ruchu oraz chorobami wewnętrznymi w zależności od stanu klinicznego, funkcjonalnego i psychicznego (poznawczo-emocjonalnego) chorego, jego potrzeb oraz potrzeb opiekunów faktycznych		
<b>Kompetencje społeczne</b>	jest gotów do nawiązania i utrzymania pełnego szacunku kontaktu z pacjentem, a także okazywania zrozumienia dla różnic światopoglądowych i kulturowych		
<b>Ocena końcowa (2,0; 3,0; 4,0; 5,0)</b>			
<b>Podpis prowadzącego zajęcia kliniczne</b>	data		podpis

### Problematyka ćwiczeń:

- Zdrowie psychiczne - podstawowe zagadnienia
- Psychopatologia ogólna
- Schizofrenia i inne psychozy
- Depresje i zaburzenia afektywne (nastroju)
- Zaburzenia lękowe
- Uzależnienia. Zaburzenia psychiczne związane z nadużywaniem alkoholu
- Zaburzenia snu
- Zaburzenia osobowości
- Zespoły otępienne
- Niepełnosprawność intelektualna
- Psychiatria dzieci i młodzieży
- Podstawowa charakterystyka leczenia farmakologicznego w psychiatrii

Kinezyterapia: ćwiczenia bierne, samowspomagane, czynne w obciążeniu, czynne z oporem, ćwiczenia koordynacyjne, wytrzymałościowe, równoważne ; ćwiczenia w wodzie, ćwiczenia oddechowe, ćwiczenia samoobsługi. Fizjoterapia: elektroterapia, światłolecznictwo, laser, pole magnetyczne, ultradźwięki, termoterapia Masaż: klasyczny i limfatyczny, zaopatrzenie ortopedyczne

# PROTOKUŁ FIZJOTERAPEUTYCZNEGO POSTĘPOWANIA KLINICZNEGO

## HISTORIA CHOROBY PACJENTA

### DANE PACJENTA

INICJAŁY PACJENTA:.....

PŁEĆ: .....

WIEK: .....

WZROST: .....

WAGA: .....

MIEJSCE ZAMIESZKANIA: MIASTO/WIEŚ

ZAWÓD: .....

### ROZPOZNANIE WSTĘPNE:

.....  
.....  
.....

### CHOROBA ZASADNICZA:

.....  
.....  
.....

### CHOROBY WSPÓLISTNIEJĄCE:

.....  
.....  
.....



Handwriting practice lines consisting of 12 sets of three horizontal lines (top, middle, bottom) for letter formation.

K W S P Z

Handwriting practice lines consisting of 12 sets of three horizontal lines (top, middle, bottom) for letter formation.

---

---

Lp.	Data zabiegu	Rozpoznanie	Wykonywane czynności, w tym zlecone zabiegi
<h1>KWSPZ</h1>			



## PROTOKUŁ FIZJOTERAPEUTYCZNEGO POSTĘPOWANIA KLINICZNEGO

### HISTORIA CHOROBY PACJENTA

#### DANE PACJENTA

INICJAŁY PACJENTA:.....

PŁEĆ: .....

WIEK: .....

WZROST: .....

WAGA: .....

MIEJSCE ZAMIESZKANIA: MIASTO/WIEŚ

ZAWÓD: .....

#### ROZPOZNANIE WSTĘPNE:

.....  
.....  
.....

#### CHOROBA ZASADNICZA:

.....  
.....  
.....

#### CHOROBY WSPÓLISTNIEJĄCE:

.....  
.....  
.....  
.....



K W S P Z

---

Lp.	Data zabiegu	Rozpoznanie	Wykonywane czynności, w tym zlecone zabiegi
KWSPZ			

Data i podpis prowadzącego zajęcia kliniczne

# PROTOKUŁ FIZJOTERAPEUTYCZNEGO POSTĘPOWANIA KLINICZNEGO

## HISTORIA CHOROBY PACJENTA

### DANE PACJENTA

INICJAŁY PACJENTA:.....

PŁEĆ: .....

WIEK: .....

WZROST: .....

WAGA: .....

MIEJSCE ZAMIESZKANIA: MIASTO/WIEŚ

ZAWÓD: .....

### ROZPOZNANIE WSTĘPNE:

.....  
.....  
.....

### CHOROBA ZASADNICZA:

.....  
.....  
.....

### CHOROBY WSPÓŁISTNIEJĄCE:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....



K W S P Z

Lp.	Data zabiegu	Rozpoznanie	Wykonywane czynności, w tym zlecone zabiegi
<h1>KWSPZ</h1>			

Data i podpis prowadzącego zajęcia kliniczne



KWS PZ