

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

**FIZJOTERAPIA JEDNOLITE STUDIA MAGISTERSKIE**

**Dziennik Zajęć Klinicznych**

**4 rok**

**Fizjoterapia w chorobach wewnętrznych  
w onkologii i medycynie paliatywnej**

KWWSPPZ

**ROK IV**

**Przedmiot: Fizjoterapia w chorobach wewnętrznych w onkologii  
i medycynie paliatywnej**

Semestr VII – 30 GODZIN

Semestr VIII – 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 onkologii i medycynie paliatywnej.

<b>Kategoria</b>	<b>Wymagany efekt kształcenia</b>	<b>ZALICZONE</b>	<b>BRAK ZALICZENIA</b>
<b>Wiedza:</b>	zna i rozumie dobierać – w zależności od stanu klinicznego i funkcjonalnego pacjenta – i wykonywać zabiegi z zakresu fizjoterapii u osób z nowotworami w obrębie tkanek miękkich układu ruchu, leczonych zachowawczo i operacyjnie		
<b>Umiejętności</b>	potrafi planować, dobierać – w zależności od stanu klinicznego i funkcjonalnego pacjenta – i wykonywać zabiegi z zakresu fizjoterapii kobiet po mastektomii, w tym postępowanie w przypadku obrzęku limfatycznego i upośledzenia funkcji kończyny górnej;. podejmować działania mające na celu poprawę jakości życia pacjenta, w tym pacjenta w okresie terminalnym, z zastosowaniem sprzętu rehabilitacyjnego		
<b>Kompetencje społeczne</b>	jest gotów do przyjęcia odpowiedzialności związanej z decyzjami podejmowanymi w ramach działalności zawodowej, w tym w kategoriach bezpieczeństwa własnego i innych osób		
<b>Ocena końcowa (2,0; 3,0; 4,0; 5,0)</b>			
<b>Podpis prowadzącego zajęcia kliniczne</b>	data	podpis	

### **Problematyka ćwiczeń:**

- Kinezyterapia, masaż, zabiegi fizjoterapeutyczne oraz zaopatrzenie protetyczne i ortopedyczne w głównych jednostkach onkologicznych.
- Blok onkologiczny: 1. Kancerogeneza, 2. Czynniki kancerogenne oraz profilaktyka prozdrowotna, 3. Rozpoznawanie objawów choroby nowotworowej w przypadku: - rak piersi i narządów rodnych, - rak płuca, - nowotwory przewodu pokarmowego, - nowotwory mózgu.
- Blok paliatywny: 1. Aspekty fizyczne i psychologiczne w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej (diagnoza, cele, planowanie, działania). 2. Fizjoterapia pacjentów w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej - główne objawy (ból, duszność, zmęczenie, obrzęk limfatyczny, zaparcie, dysfagia, objawy neurologiczne).

KWSPZ

# 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
<h1>KWSPZ</h1>			

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 WSPÓLISTNIEJĄCE:

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



K W S P Z

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

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 WSPÓLISTNIEJĄCE:

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



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