**INFORMACION PARA EL ALUMNO**

**NORMAS BÁSICAS DE COMPORTAMIENTO DEL ALUMNO**

* El alumno se comprometerá a **observar las normas de régimen interno** del Hospital y del Centro a los que se incorpore.
* **Colaborará con el personal** sanitario y administrativo del Hospital o el Centro y seguirá sus orientaciones
* **Guardará absoluta discreción** acerca de la información que pueda conocer de los enfermos, que debe considerar secreto profesional. No le está permitido informar a familiares y amigos de los enfermos acerca de los datos que conozca, debiendo remitir a quien los solicite al Profesor/Colaborador de las Prácticas.
* **No está autorizado a firmar ningún tipo de documento** de los habitualmente utilizados en el hospital o centro y no puede realizar ningún tipo de indicación terapéutica.
* **Mostrará un respeto exquisito hacia el material e infraestructuras**, tanto del Hospital o Centro, procurando hacer un buen uso de los mismos. En ningún momento podrá disponer para uso personal de medicamentos o material hospitalario.
* **Acudirá al hospital o centro provisto de bata blanca limpia, calzado con suela limpia** y otro material que sea de utilidad clínica.
* Extremará **el cuidado de su higiene personal y vestimenta**. En el Hospital y en el Centro está prohibido fumar. En cualquier caso, queremos recordar que el tabaco es claramente perjudicial para la salud, y que profesional de Ciencias de la Salud fumador es un pésimo ejemplo para los pacientes y la sociedad en general.
* No deberá levantar la voz y se **comportará con suma corrección** tanto en el ámbito asistencial como en las aulas y dependencias docentes.
* Deberá **comunicar al Profesor/Colaborador cualquier problema** que le surja en el Hospital o Centro, durante su aprendizaje en el medio clínico.

**La inobservancia de las presentes normas podrá conllevar una sanción, que puede alcanzar incluso la comunicación de la infracción a la Inspección de Servicios de la Universidad para que instruya el correspondiente expediente.**

**OBJETIVOS DEL PORTAFOLIOS**

**1.- AYUDAR A LA ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS**

**- Conocimientos de Terapia Ocupacional:** Demostrar, diseñar y aplicar las distintas modalidades y procedimientos de intervención en Terapia Ocupacional/Ergoterapia en las disfunciones subsecuentes a afecciones médicas, quirúrgicas, psiquiátricas y psicológicas, en sus marcos de referencia, evaluando su efectividad en un entorno de trabajo en equipo.

**- Comunicación:** Demostrar habilidades de comunicación verbales, no verbales y escritas en un rango amplio de actividades relevantes para la práctica profesional.

**- Habilidades Ocupacionales:** Realizar adecuadamente la Historia Clínica de Terapia Ocupacional y la Valoración Funcional y demostrar que se usan con efectividad determinados procedimientos clínicos.

**- Razonamiento Clínico:** Manejar, compensar y prevenir problemas de discapacidades y minusvalías en los individuos, aconsejar a las familias y concienciar a la Comunidad. Interpretar hallazgos y plantear objetivos, planificar un tratamiento y una intervención de Terapia Ocupacional.

**- Autoaprendizaje (“life-long learning”):** Aprender a aprender por uno mismo y utilizar esta competencia durante toda su vida profesional.

**- Profesionalismo:** Demostrar conocimiento y conducta que sean afines a los más altos estándares de la práctica profesional, incluyendo la empatía, el humanismo y las acciones éticamente responsables en todas las actuaciones clínicas.

**- Desarrollo Personal:** Desarrollar y analizar las necesidades personales (aprendizaje, cuidado de la salud física y mental) y diseñar un plan personal para el propio desarrollo profesional, logrando un equilibrio adecuado entre la vida profesional y la personal.

**- Práctica Reflexiva:** Demostrar el hábito de analizar las experiencias cognitivas y afectivas que lleven al reconocimiento de las necesidades de aprendizaje, y a la integración y síntesis del nuevo conocimiento adquirido.

**2.- PROPICIAR EL HABITO DE REFLEXIONAR SOBRE EL PROPIO APRENDIZAJE Y LAS EXPERIENCIAS PROFESIONALES Y DE REGISTRAR POR ESCRITO ASPECTOS RELACIONADOS CON ELLAS QUE EL ALUMNO CONSIDERE RELEVANTES.**

**TRABAJO INDIVIDUALIZADO DEL ESTUDIANTE**

**EN CADA ROTACIÓN**

**ALUMNO/A: ……………………………………………………….…………………………**

**AÑO DE ESTUDIOS: 4º **

**HOSPITAL/CENTRO: …………………………………………………………**

**Período de rotación: Desde………………….…a……….…………….…**

**DPTO/SERVICIO: ………………………………………………………..**

**RESPONSABLE INMEDIATO DEL ALUMNO:…………………...............................……………………………………………………………………………………………………**

**CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS OPERATIVOS**

***Marcar las fechas de cumplimiento de cada objetivo operativo.***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| OBJETIVO | FECHAS | VISADO DEL PROFESOR |
| Haber realizado, con asesoramiento o supervisión del Profesor/Colaborador, al menos una Valoración Funcional. |  |  |
| Haber realizado con el Profesor/Colaborador el comentario de al menos 1 Historia de Terapia Ocupacional en el Departamento de Terapia Ocupacional delimitando las particularidades de la valoración y planificación del tratamiento. |  |  |
| Haber diseñado y realizado una actividad ocupacional terapéutica dirigida a un grupo |  |  |
| Haber realizado con el Profesor/Colaborador el abordaje socio-familiar de un paciente, si las características del Hospital/Centro lo permiten |  |  |
|  |  |  |

**MEMORIA**

Extiéndete cuanto consideres necesario en el desarrollo de los puntos de esta memoria. Después de elaborarla puedes entregarla a tu Tutor para que la revise, junto con los dos incidentes críticos.

1. **Descripción de las características del Departamento de Terapia Ocupacional/Unidad.**
2. **Descripción de las actividades realizadas en las prácticas**
* **Descripción del tipo de disfunciones recibidas en el Departamento/Unidad.**
* **Descripción de las actividades realizadas en las prácticas.**
* **Reuniones de equipo.**
* **Otras.**
1. **Elementos para la discusión:**
* **Aspectos éticos en la práctica clínica: confidencialidad.**
* **Descripción de las Valoraciones que se realizan en el Departamento/Unidad.**
* **Descripción de los Tratamientos planificados.**
* **Utilización de medios de valoración y/o guías.**
* **Planes terapéuticos.**
* **Evaluaciones y adaptaciones del entorno.**
* **Otros.**
1. **Conclusiones y/o reflexiones (grado de consecución de los objetivos docentes y las expectativas previas: qué he aprendido, qué me queda por aprender, etc.).**

**Propuestas / sugerencias de mejora.**

**MODELO DE HISTORIA CLÍNICA**

El estudiante debe rellenar, **como mínimo**, la profesión, la anamnesis del problema, interrogatorio por órganos y aparatos, los antecedentes personales y familiares y la valoración funcional, que debe ser COMPLETA, mencionando también su normalidad. Estas historias deben estar manuscritas, con las correcciones o modificaciones realizadas por el estudiante y por el Tutor de Prácticas sobre las mismas, y no debe figurar el nombre completo del paciente. Estas historias NO DEBEN quedarse en la historia del paciente.

Se deben utilizar las hojas de Historia Clínica que el Departamento o Centro posea como modelo propio. Pero, si por las características del Centro, éste no tuviera ningún Modelo de Historia, se le facilita uno a continuación.

Siempre primará el modelo del Centro y solo cuando no exista se utilizará el que se facilita en el documento y además se tiene que hacer constar que el Centro NO tiene modelo de Historia Clínica o no la realizan de forma habitual, y esta circunstancia deberá ser aceptada y firmada por el Tutor del Centro.

**MODELO DE HISTORIA CLÍNICA**

**(Utilizar solo si en el centro de prácticas no existe un modelo de historia clínica)**

**DATOS GENERALES**

**Filiación**: Iniciales de nombre y apellidos del paciente (**No poner el nombre y apellidos del paciente**).

**Fecha de nacimiento: Edad: Sexo:**

**Nivel de estudios: Profesión/es**

**Motivo de ingreso:**

**Fecha de evaluación:**

**DATOS CLINICOS**

**Anamnesis:** Enfermedad actual clara y secuencialmente relatada, apropiada a la edad del paciente y a sus circunstancias. Antecedentes patológicos, personales y familiares concretos.

**Anamnesis por aparatos.** Al final de la anamnesis señalar los datos de la misma que resultan más significativos y relevantes para la intervención en Terapia Ocupacional.

**Diagnóstico principal:**

**Otros diagnósticos:**

**EVALUACIÓN**

**- Pruebas de evaluación administradas y resultados (puntuaciones cuantitativas) obtenidos**

**- Valoración funcional** (actividades de la vida diaria básicas e instrumentales)

**- Aspectos motores** (fuerza muscular, rango articular, esquema corporal, control postural…)

**- Componentes sensoriales** (vista, oído, sensibilidad, propiocepción…)

**- Valoración de componentes cognitivos** (nivel de conciencia, atención, memoria, orientación, lenguaje, praxias, gnosias, funciones ejecutivas…)

**- Componentes psicosociales** (intereses, autocontrol/ansiedad, habilidades sociales, problemas conductuales, estado de ánimo…)

**Identificación de problemas.**

**Análisis de la actividad**

**INTERVENCIÓN**

**Objetivos.**

**Planificación del Tratamiento: Individual y/o Grupal. Actividades**

**Intervención de Terapia Ocupacional.**

**Evaluación y modificación del entorno: si se realiza en el Hospital/Centro.**

**INCIDENCIAS**

Se refiere a la detección de un problema, incidencias o interrupciones del Tratamiento de Terapia Ocupacional, que pueden presentarse en los pacientes, y posteriormente consignarlas en el Portafolios.

**INCIDENCIA del PACIENTE:**

Fecha:

Nombre alumno:

Redacción de lo sucedido y cómo influirá en el desarrollo de su tratamiento en Terapia Ocupacional

**EXPLICACIÓN PARA VALORACIÓN DEL PORTAFOLIOS**

**Evaluación del portafolio.**

La valoración del portafolio presentado por cada estudiante considerará seis apartados: (1) **Aspectos Generales**; (2) **Cumplimiento de Objetivos Operativos**; (3) **Historias Clínicas**; (4) **Registros; (5) Redacción de una Memoria.**

Definición de los apartados mencionados:

**(1)ASPECTOS GENERALES**. Incluye la asistencia al Hospital/Centro/Unidad, puntualidad, comportamiento en el Departamento de Terapia Ocupacional, con el personal, pacientes y familiares, aspecto físico y participación en las actividades.

**(2)CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS OPERATIVOS**. En este apartado se considerará el visado de los objetivos operativos por el Profesor/Colaborador, que confirman su realización o adquisición de las competencias.

 Para valorar cada uno de estos apartados, los diez puntos de la nota que corresponden a la Asignatura de 4º de Grado:

1) **Aspectos Generales**: máximo 2 puntos;

2) **Cumplimiento de objetivos operativos**: máximo 2 puntos;

**(3) Historia Clínica**: puntuación máxima 2 puntos

Calidad de las Historia: x 2 si es Hª perfecta, x 1,5 si historia buena (notable), x 1 si historia aceptable y x 0,5 si historia deficiente

Si presenta más de 1 historias, cada una de ella se valorará de la misma forma, pero la puntuación final nunca podrá superar los 2 puntos.

 Si presenta solo 1, la calificación será la que corresponda de multiplicar 1 x coeficiente de calidad de cada historia.

 **(4) Incidencias** con una puntuación máxima de 1 puntos

Calidad de la incidencia: x 1 incidencia perfecta, x 0,8 incidencia buena, x 0,5 incidencia aceptable y x 0,3 incidencia deficiente

Si presenta más de 2 incidencias, cada uno se valorará de la misma forma, pero la puntuación final nunca podrá superar los 2 puntos.

 Si presenta solo 1, la calificación será la suma que corresponda de multiplicar 1 x coeficiente de calidad de cada registro.

 (5) **Redacción de una memoria**: máximo 3 puntos.

(2) En relación con el **Cumplimiento de objetivos operativos**, con una puntuación máxima de ***2 puntos***, la consecución de cada uno de los objetivos será calificada con un máximo de 0,5 punto. Dicha puntuación en cada objetivo podrá ser corregida multiplicando ese 1 punto x1, si la realización o adquisición de la competencia es muy buena (de sobresaliente); x 0,8, si es buena (de notable); x 0,5, si es aceptable (de aprobado) o x 0,3 si es mala o nula (de suspenso).

(6) La **Redacción de una memoria,** con una puntuación máxima de 2,5 ***puntos***, se valorará con la redacción de los cinco apartados, cada uno con 0.5 punto. La calidad de cada apartado se calificará multiplicando 1 por 1, x 0,8; x 0,5 o x 0,3, según sea muy buena, buena, aceptable o deficiente, respectivamente.

**CALIFICACIÓN FINAL DE LA ASIGNATURA**

Se obtendrá a partir de las puntuaciones de todos los Hospitales/Centros/Unidades correspondientes a la Asignatura, dependiendo del tiempo de cada estancia. La nota final oscilará entre 0 y 10.