

Staj Yapan Öğrencinin Sorumluluğu

- 1- Öğrenci, staj komisyonu tarafından hazırlanan staj programına uymak zorundadır. Staj Komisyonunun onayını almadan staj dönemini ve staj yapacağı kurumu değiştiremez.
- 2- Öğrenci stajın gereği olan görevleri zamanında ve eksiksiz yapmak zorundadır.
- 3- Staj yapan öğrenci, staj yaptığı kurumun kılık kıyafet yönetmeliği kurallarına uymak zorundadır.
- 4- Staj yapan her öğrenci staj yaptığı kurumun çalışma ve güvenlik kurallarına uymak ve kullandığı mekân, alet, malzeme ve gereçleri özenle kullanmakla yükümlüdür.
- 5- Öğrenci staj yaptığı kurumun çalışma kurallarına uymak zorundadır.
- 6- Staj süresince takip ettiği olguların değerlendirme ve tedavi programlarını günlük tarih bildirerek kayıt etmelidir.
- 7- 2. Sınıf zorunlu “FZT216 Yaz Dönemi Klinik Çalışma I ” 20 iş günü boyunca eksiksiz yapılmalıdır.
- 8- Staj Uygulama Dosyası her gün düzgün olarak tutulmalı ve sorumlu fizyoterapistte onaylatılmalıdır.
- 9- Staj sonunda staj yapılan kurum ile ilgili öğrenci görüşlerinin belirtileceği form doldurulmalıdır.
- 10- Rapor sonundaki kurumla ilgili doldurulması gereken formlar staj başında sorumlu fizyoterapistte teslim edilmelidir.
- 11- Staj sonunda kurumla ilgili formlar kapalı ve mühürlü zarf içinde sorumlu fizyoterapistten alınarak Staj Uygulama Dosyasının ilk sayfasına zımbalanmalıdır ve en geç 15 gün içerisinde Toros Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü Sekreterliğine/Staj Komisyonu elden imza karşılığı teslim edilmelidir.
- 12- Staj değerlendirme raporu teslim etmeyen veya eksik teslim edenlerin stajı geçersiz sayılacaktır.
- 13- Öğrencinin staja çıkması konusunda müfredatına tabi olduğu staj dersinin ön koşul olarak bildirilmiş olan dersleri “alma” ve/veya “geçmiş olma” durumlarının takibi öğrenci sorumluluğundadır. Bu durumların sağlanmaması halinde yapılacak stajlar geçersiz olacaktır. Bu yükümlülüklerini yerine getirmemesinden doğan her türlü sorumluluk öğrenciye aittir. Öğrenci hakkında ayrıca Yükseköğretim Kurumları Öğrenci Disiplin Yönetmeliği hükümleri uyarınca işlem yapılır. **NOT: Raporda belirtilen sayıdan fazla olgu takibi yapılmışsa öğrenci ek olarak doldurduğu raporları, ana rapor dosyasına eklenmelidir.**

TOROS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
FİZYOTERAPİ ve REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ
FZT216 Yaz Dönemi Klinik Çalışma I
STAJYER ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRME FORMU

Adı Soyadı:

Staj Başlama ve Bitiş Tarihi:

Staj yeri:

A. DAVRANIŞLAR VE DIŞ GÖRÜNÜM

| | Değerlendirme puanı | Puanı |
|---------------------------------------|---------------------|-------|
| İşe karşı ilgi, özen | 5 | |
| Kendine güven ve eleştiriye açık olma | 5 | |
| Dış görünüm | 5 | |

Toplam puan: (15 puan üzerinden)

B. İLETİŞİM BECERİLERİ

| | Değerlendirme puanı | Puanı |
|---|---------------------|-------|
| Staj yürütücüsüyle ve iş arkadaşlarıyla iletişim becerileri | 5 | |
| Hasta ve hasta yakınlarıyla iletişim becerileri | 5 | |

Toplam puan:(10 puan üzerinden)

C. İŞ PERFORMANSI

| | Değerlendirme puanı | Puanı |
|--|---------------------|-------|
| İşe devam ve iş zamanlarına uyma | 5 | |
| Mesleki bilgi ve beceri düzeyi | 5 | |
| Öğrenme isteği ve ilgisi | 5 | |
| Sorumlulukları ve talimatları yerine getirme | 5 | |
| Kaynakları etkili kullanma | 5 | |

Toplam puan:(25 puan üzerinden)

D. HASTAYI DEĞERLENDİRME

| | Değerlendirme puanı | Puanı |
|--|---------------------|-------|
| Değerlendirmeyi uygun yöntemleri seçerek yapma | 10 | |
| Hastanın problemini ve gereksinimlerini belirleyebilme | 5 | |
| Düzenli kayıt tutma hasta takip dosyalarını düzenleme | 5 | |
| Değerlendirme sonuçlarını tartışabilme ve yorumlama | 10 | |

Toplam puan:(30 puan üzerinden)

E. TEDAVİ PROGRAMINI UYGULAYABİLME

| | Değerlendirme puanı | Puanı |
|--|---------------------|-------|
| Tedavi ile ilgili genel bilgi düzeyine sahip olma | 5 | |
| Tedavinin amaçlarını hastanın anlayabileceği şekilde açıklayabilme | 5 | |
| Planlanan tedavi programını uygulayabilme | 5 | |
| Tedavi sonuçlarını düzenli ve anlaşılır kaydedebilme | 5 | |

Toplam puan:(20 puan üzerinden)

GENEL NOT:..... (100 puan üzerinden)

Sorumlu Fizyoterapist Adı Soyadı:

İmza:

STAJER ÖĞRENCİ YOKLAMA KAĞIDI

Stajyer Öğrencinin

Adı-soyadı:

Staj yeri:

YAZ STAJI DEVAM ÇİZELGESİ

(Öğrenciye iş günleri dikkate alınarak imzalatılacaktır.)

| GÜN | TARİH | İMZA | | GÜN | TARİH | GİRİŞ | ÇIKIŞ |
|-----|-------|-------|-------|-----|-------|-------|-------|
| | | GİRİŞ | ÇIKIŞ | | | | |
| 1 | | | | 11 | | | |
| 2 | | | | 12 | | | |
| 3 | | | | 13 | | | |
| 4 | | | | 14 | | | |
| 5 | | | | 15 | | | |
| 6 | | | | 16 | | | |
| 7 | | | | 17 | | | |
| 8 | | | | 18 | | | |
| 9 | | | | 19 | | | |
| 10 | | | | 20 | | | |

STAJA DEVAM EDİLMEYEN GÜNLER VE GEREKÇELERİ

| TARİH | HASTALIK | RAPOR | MAZERETLİ |
|-------|----------|-------|-----------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |

STAJ YÜRÜTÜCÜSÜNÜN

Adı Soyadı :

Ünvanı/ İmzası:

T.C.
TOROS ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü

...../..... Eğitim Öğretim Yılı,/..... Dönemi,
FTR.....-.....Stajı
Staj Uygulama Dosyası

Öğrencinin

Adı Soyadı :

No :

T.C.
TOROS ÜNİVERSİTESİ

Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü

STAJ RAPOR DOSYASI

| Öğrencinin | |
|--------------------|--|
| Adı, Soyadı | |
| Numarası | |

| Staj Yaptığı Kurumun | |
|---|--|
| İletişim Bilgileri | |
| Stajın Başlama Tarihi | |
| Stajın Bitiş Tarihi | |
| <small>Not: Bu kısımlar yetkili kişi tarafından doldurulup, sorumluluk alanı, yetkisi, görevi ile kaşe, resmi mühür ve imzalar tam olmalıdır.</small> | |

Sorumlu Fizyoterapist

Adı, Soyadı

İmza /Kaşe

Kurum Yetkilisinin

Adı, Soyadı

İmza/Kaşe/Mühür

Staj Yapılan Kurum ile İlgili Görüş Bildirim Formu

(Bu kısım staj yapan öğrenci tarafından doldurulacaktır.)

Lütfen aşağıdaki sorulara objektif cevaplar veriniz.

1- Staj sonunda staj yaptığınız kurum ile ilgili genel düşünceleriniz nelerdir?

2- Yaptığınız staj sonrasında neler öğrendiniz?

3- Yaptığınız stajla ilgili önerileriniz nelerdir?

Olgu – 1 Değerlendirme

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kaydedilmelidir.)

Olgu – 1 Tedavi Programı

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

Tedaviye Başlama Tarihi:

(Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kaydedilmelidir.)

Olgu – 1 Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

Olgu – 2 Değerlendirme

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kaydedilmelidir.)

Olgu – 2 Tedavi Programı

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

Tedaviye Başlama Tarihi:

(Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kaydedilmelidir.)

Olgu – 2 Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

Olgu – 3 Değerlendirme

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kaydedilmelidir.)

Olgu – 3 Tedavi Programı

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

Tedaviye Başlama Tarihi:

(Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kaydedilmelidir.)

Olgu – 3 Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

Olgu – 4 Değerlendirme

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kaydedilmelidir.)

Olgu – 4 Tedavi Programı

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

Tedaviye Başlama Tarihi:

(Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kaydedilmelidir.)

Olgu – 4 Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

Olgu – 5 Değerlendirme

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kaydedilmelidir.)

Olgu – 5 Tedavi Programı

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

Tedaviye Başlama Tarihi:

(Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kaydedilmelidir.)

Olgu – 5 Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

Olgu – 6 Değerlendirme

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kaydedilmelidir.)

Olgu – 6 Tedavi Programı

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

Tedaviye Başlama Tarihi:

(Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kaydedilmelidir.)

Olgu – 6 Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

Olgu – 7 Değerlendirme

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kaydedilmelidir.)

Olgu – 7 Tedavi Programı

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

Tedaviye Başlama Tarihi:

(Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kaydedilmelidir.)

Olgu – 7 Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

Olgu – 8 Değerlendirme

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kaydedilmelidir.)

Olgu – 8 Tedavi Programı

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

Tedaviye Başlama Tarihi:

(Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kaydedilmelidir.)

Olgu – 8 Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

Olgu – 9 Değerlendirme

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kaydedilmelidir.)

Olgu – 9 Tedavi Programı

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

Tedaviye Başlama Tarihi:

(Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kaydedilmelidir.)

Olgu – 9 Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

Olgu – 10 Değerlendirme

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kaydedilmelidir.)

Olgu – 10 Tedavi Programı

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

Tedaviye Başlama Tarihi:

(Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kaydedilmelidir.)

Olgu – 10 Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları

Sorumlu Fizyoterapist :

İmza :

