

**SAĞLIK MESLEK YÜKSEKOKULU**

|  |  |
| --- | --- |
| **Öğrencinin Adı ve Soyadı:** |  |
| **Öğrencinin Okul Numarası:** |  |
| **Yaz Stajı Yapılan Kurumun Adı** |  |
| **Staj Başlama Tarihi** |  |
| **Staj Bitiş Tarihi** |  |

**ANESTEZİ BÖLÜMÜ**

**ZORUNLU STAJI DOSYASI**

**İÇERİK**

1. **YAZ STAJI DEVAM ÇİZELGESİ**
2. **YAPILMASI GEREKEN ZORUNLU İŞLEMLER ve SAYILARI**
3. **YAPILAN İŞ FORMU**
4. **VAKA DEĞERLENDİRME FORMU**
5. **STAJ DEĞERLENDİRME VE SONUÇ FORMU**

**(Staj yetkilisi tarafından doldurulacak)**

1. **YAZ STAJI DEVAM ÇİZELGESİ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **İŞ GÜNÜ** | **TARİH (Gün/Ay/Yıl)** | **Çalışma Saatleri**  **(geliş saati-çıkış saati)** | **ÖĞRENCİNİN İMZASI** | **YETKİLİNİN İMZASI** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |
| **12** |  |  |  |  |
| **13** |  |  |  |  |
| **14** |  |  |  |  |
| **15** |  |  |  |  |
| **16** |  |  |  |  |
| **17** |  |  |  |  |
| **18** |  |  |  |  |
| **19** |  |  |  |  |
| **20** |  |  |  |  |
| **21** |  |  |  |  |
| **22** |  |  |  |  |
| **23** |  |  |  |  |
| **24** |  |  |  |  |
| **25** |  |  |  |  |
| **26** |  |  |  |  |
| **27** |  |  |  |  |
| **28** |  |  |  |  |
| **29** |  |  |  |  |
| **30** |  |  |  |  |

**NOT: Staj programına devam zorunludur.** Staj kesintisizdir ve bölünemez. Resmi tatil veya bayram günleri staj süresinden sayılmaz. Öğrencinin stajına devam edemeyeceğine dair üniversite hastaneleri, devlet hastaneleri ya da sağlık ocaklarından alınmış rapor ile belgelendirilmiş hastalık halleri, hastalık dışında doğal afetler, ailevi veya kabul edilebilir başka nedenlerle, stajına devam edemeyeceğine ilişkin resmi belge sunan ve mazereti staj yürütücüsünün kabul edilen öğrenciler, devam edemedikleri staj sürelerini gün ve saat olarak tamamlamak zorundadırlar. Aksi halde öğrenci stajdan başarısız kabul edilir.

1. **YAPILMASI GEREKEN ZORUNLU İŞLEMLER ve SAYILARI\***

|  |  |
| --- | --- |
| **İşlemin Adı** | **Yapılması Gereken Minimum Sayı** |
| **Entubasyon (her işlem için YAPILAN İŞ FORMU nu doldurunuz)** | **10** |
| **Hazırlanan İlaç Sayısı (her işlem için YAPILAN İŞ FORMU nu doldurunuz)** | **30** |
| **Damar yolu Açma (her işlem için YAPILAN İŞ FORMU nu doldurunuz)** | **30** |
| **Serum Takma (her işlem için YAPILAN İŞ FORMU nu doldurunuz)** | **30** |
| **Hasta Başında Ameliyat Takip *(ekteki Vaka Değerlendirme formları doldurulacak)*** | **30** |
| **Extubasyon (her işlem için YAPILAN İŞ FORMU nu doldurunuz)** | **10** |
| **Spinal ve Santral Kateter için Hazırlık(her işlem için YAPILAN İŞ FORMU nu doldurunuz)** | **10** |

**\* Yapılan her zorunlu işlem için, stajerler prosedürün detaylı içeriği anlatan (hasta bilgileri, operasyon tipi, kullanılan ilaç vs.) YAPILAN İŞ FORMUNU doldurulmalıdır, Anestezi bölümü yetkililerine imzalatmalıdırlar.**

1. **YAPILAN İŞ FORMU (ihtiyaç olduğu kadar stajer tarafından çoğaltılmalıdır)**

|  |  |
| --- | --- |
| Yapılan İş: | Sayfa No: |
|  | Tarih: |
|  | |
| STAJ YÜRÜTÜCÜSÜNÜN KONTROLU (Kaşe -İmza): | |

1. **VAKA DEĞERLENDİRME FORMU (İhtiyaca göre stajer tarafından çoğaltılarak, her vaka için doldurulacaktır)**

**TARİH:**

**Hastanın Yaşı:**

**Ağırlık:**

**Boy:**

**Ağırlık:**

**Klinik: Preoperatif tanı:**

**Planan/Yapılan Ameliyat**

**Hastaya ait özel durumların varlığı (bulaşıcı hastalık, ilaç alerjisi vb.):**

**Hastanın kullandığı ilaçlar:**

**Önceden geçirilmiş ameliyatlar:**

**Premedikasyon(ilaç,doz, uygulama şekli):**

**Mallampati:**

ASA Skoru:............. (...)

İnduksiyon öncesi KB:................ mmHg, KAH:...............Atım/dk, SpO2: %............

Operasyon süresince End- Tidal CO2):.......................mmHg

**Anestezi yöntemi (genel,rejyonel, periferik blok, sedo-aneljezi):**

**Anestezi induksiyon ve sonlandırma saatleri:**

**İnduksiyonda kullanılan anestezik ajanlar (inhalasyon-IV) ve miktarları:**

**Hava Yolu:**

**Hasta pozisyonu:**

**Solunum: kontrole/asiste/spontan:**

**İdamede kullanılan anestezik ajanlar ve miktarları:**

**Operasyon süresince uygulanan ilaçlar ve miktarları:**

**Kullanılan sıvı/sıvılar, saatlik hız, operasyon süresince kullanılan miktarlar:**

**Kullanılan infizyonlar,saatlik hızları, operasyon süresince kullanılan miktarları:**

**Kullanılan kan ve kan ürünleri, gözlendi ise reaksiyonlar ve uygulanan tedavi:**

**Hastanın aldığı çıkardığı sıvı takibi:**

Aldığı Toplam:.............................ml.

Çıkardığı Toplam................................ ml

Balans:........................... ml

**Monitörizasyon:** EKG,NBP, arterial kateterizasyon, SPO2,ETCO2, CVP katateri, PAP, NGS, idrar sondası ve invaziv monitorizasyon uygulanan bölgeler**:**

**Operasyon Süresi:**

**Operasyon süresince gelişen komplikasyonlar, uygulanan tedavi yöntemleri:**

**Anestezi sonlandırmada kullanılan ilaçlar ve miktarları:**

**Hastaya Uygulanan Ağrı Tedavisi:**

**Ameliyat Sonu Değerlendirme:**

Aktivite (+/-) Dolaşım (+/-) , Solunum (+/-)

Uyanıklık (+/-) Refleksler: Pupilla (+/-) Kornea (+/-)

Yutkunma (+/-) Öksürme (+/-) Sorulara Cevap Verebilme: (+/-)

**Post. Op. Gelişen komplikasyonlar ve uygulanan tedavi yöntemleri:**

**PABÜ Değerlendirme:**

Solunum (+/-) Dolaşım (+/-) Bilinç (+/-)

Kan Basıncı (+/-) Aktivite (+/-) Cerrahi Alanda Kanam (+/-)

Postoperatif bulantı, kusma (+/-) Postoperatif ağrı (+/-)

Oksijen Satürasyonu:

**Hastanın yoğun bakım ihtiyacı:**

**Vaka Değerlendirme Formu Sonu**

**STAJ YETKİLİSİNİN İMZASI:**

**K.K.T.C.**

**GİRNE AMERİKAN ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK MESLEK YÜKSEK OKULU**

**ANESTEZİ BÖLÜMÜ**

1. **STAJ DEĞERLENDİRME VE SONUÇ FORMU**

|  |  |
| --- | --- |
| **Öğrencinin** | **Staj Yerinin** |
| **Adı Soyadı:** | **Adı:** |
| **Öğrenci No:** | **Yeri:** |
| **Bölümü / Sınıfı:** | **Servisi:** |
| **Staj Yürütücüsünün** (Staj yerinde stajyer öğrenciden sorumlu yetkili, deneyimli personeli) | |
| **Ünvanı:** | |
| **Adı Soyadı:** | |

Sayın Staj Yürütücüsü;

Kurumunuzda **………………..** iş günü staj süresini tamamlayan öğrencinin bilgi, beceri ve stajından yararlanma derecesini ve ilişkileri ile davranışlarının niteliklerini belirleyebilmek için aşağıdaki tabloyu gözlem ve tespitlerinize göre lütfen özenle doldurunuz

**Değerlendirme yöntemi: Aşağıdaki tabloda bulunan değerlendirme kriterlerini 0-4 puan arasında değerlendirmeniz rica olunur.**

**Puan Açıklaması: 0: Gözlem Yapılamadı 1: Zayıf 2: Orta 3: İyi 4: Çok İyi**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER** | **DEĞERLENDİRME PUANLARI** | | | | |
| Preoperatif Değerlendirmeye Katılım | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Ameliyathane Kurallarına Uyum | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Çalışma Saatlerine Uyum | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Anestezi Masasının ve Kullanılacak malzemelerin hazırlığı | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Anestezi Cihazının Hazırlanması ve Kontrolü | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Kullanılacak İlaçların Uygun Şekilde Hazırlanması | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Monitorizasyon için uygun hazırlığın Yapılması ve hasta takibi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Havayolu araç ve gereçlerinin uygun şekilde hazırlanması ve uygulanması | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Damar yolu açma için hazırlık, uygulama ve takip | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Kan ve Kan ürünlerinin hazırlığı, kontrolü, uygulaması ve takibi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Anestezi indüksiyon, idame ve sonlandırma aşamalarında hasta takibi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Anestezi ili ilgili kayıtların uygun yapılması | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Anestezi, hasta, ve cerrahinin özelliklerine göre post-operatif hasta takibi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER** | **DEĞERLENDİRME PUANLARI** | | | | |
| Kişilerarası iletişim ve takım içindeki tutum | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Mesleğe karşı ilgi ve şevk | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Kılık ve Kıyafet | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Karşılaştığı problemlerle başedebilme ve çözüm geliştirebilme | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Çalışma Hızı | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Hastanın ihtiyaçlarını (psikolojik, fizyolojik, sosyolojik) tespit etme ve giderme | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **TOPLAM PUAN** |  | | | | |

**Staj Yürütücüsünün Kaşe-İmzası: Hastane Mührü: TARİH:**

**NOT: Lütfen bu formu kapalı ve kapağı imzalanmış bir form içinde öğrenciye teslim ediniz.**