

**SAĞLIK MESLEK YÜKSEKOKULU**

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

**AMELİYATHANE HİZMETLERİ 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**  |
| Küçük Müdahale Ameliyatı (her işlem için YAPILAN İŞ FORMU nu doldurunuz) | 20 |
| Orta Müdahale Ameliyatı (her işlem için YAPILAN İŞ FORMU nu doldurunuz) | 10 |
| Büyük Ameliyat (her işlem için YAPILAN İŞ FORMU nu doldurunuz) | 10 |
| Hasta Ameliyathane hazırlığı (her işlem için YAPILAN İŞ FORMU nu doldurunuz) | 20 |
| Postoperatif Bakım İzlemi *(ekteki Vaka Değerlendirme formları doldurulacak)* | 10 |
| Intravenoz damar yolu açma (her işlem için YAPILAN İŞ FORMU nu doldurunuz) | 20 |
| Tansiyon ölçme (her işlem için YAPILAN İŞ FORMU nu doldurunuz) | 10 |
| 5 Farklı Ameliyat Takımlarını Hazırlama (her işlem için YAPILAN İŞ FORMU nu doldurunuz) | 5 |

**\*** Yapılan her zorunlu işlem için, stajyerler prosedürün detaylı içeriğini anlatan (hasta bilgileri, operasyon tipi, kullanılan ilaç vs.) YAPILAN İŞ FORMUNU doldurulmalıdır ve ameliyathane yetkililerine imzalatmalıdırlar.

1. **YAPILAN İŞ FORMU (İhtiyaç olduğu kadar stajyer tarafından çoğaltılmalıdır)**

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

1. **VAKA DEĞERLENDİRME FORMU**

(İhtiyaca göre stajyer tarafından çoğaltılarak, her vaka için doldurulacaktır)

 **Hastanın Yaşı: TARİH:**

**Ağırlık:**

**Boy:**

**Kilo:**

**Klinik:**

**Pre-operatif tanı:**

**Planlanan/Yapılan Ameliyat:**

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

**Önceden geçirilmiş ameliyatlar:**

**Ameliyat hazırlığı:** İşaretleme ( ) Temizlik-Traş ( ) Takı-Protez kontrolü ( )

**Ameliyatta kullanılan cihazlar:**

Aspiratör ( )

Elektrokoter : Bipolar ( ) Monopolar ( )

Diğer cihazlar:

**Ameliyat Süresi:**

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

**Ameliyat Sonu Değerlendirme:**

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

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

**Ameliyatta kullanılan malzemeler:**

Cerrahi dikiş materyali (Sutur):

Dren:

Sonda:

Diğer:

**Patoloji materyali :** (Var) (Yok)

**Hastanın yoğun bakım ihtiyacı:**  (Var) (Yok)

**STAJ YETKİLİSİNİN KAŞE-İMZASI:**

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

**GİRNE AMERİKAN ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK MESLEK YÜKSEK OKULU**

**AMELİYATHANE HİZMETLERİ 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** |
| Ameliyathane kurallarına uyum | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Çalışma saatlerine uyum | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Steril giyinme ve eldiven giyme | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Ameliyathanenin hazırlanması ve kontrolü | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Kullanılacak malzemelerin uygun şekilde hazırlanması | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Ameliyat malzemelerinin isimlerini bilmek | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 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 baş edebilme 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 |
| Edindiği teorik bilgileri sentez edip kullanabilme | 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.**