

**SAĞLIK MESLEK YÜKSEKOKULU**

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

**YAŞLI BAKIM BÖLÜMÜ**

**ZORUNLU STAJI DOSYASI**

**İçerik**

1. **YAZ STAJI DEVAM ÇİZELGESİ**
2. **YAPILMASI GEREKEN ZORUNLU İŞLEMLER ve SAYILARI**
3. **YAPILAN İŞ FORMU**
4. **SIVI TAKİP FORMU**
5. **STAJ DEĞERLENDİRME VE SONUÇ FORMU (Staj yetkilisi tarafından doldurulacak)**
6. **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** |
| **Lavman Yapma (her işlem için YAPILAN İŞ FORMU nu doldurunuz)** | **5** |
| **Aldığı Çıktı Sıvı Takibi (her işlem için SIVI TAKİP FORMU nu doldurunuz)** | **10** |
| **TPN’li Hastaya Bakım** (**her işlem için YAPILAN İŞ FORMU nu doldurunuz)** | **3** |
| **Dekibüt Bakımı (her işlem için YAPILAN İŞ FORMU nu doldurunuz)** | **5** |
| **Yara Pansumanı** | **10** |
| **IV Serum takma** | **8** |
| **IV Enjeksiyon** | **15** |
| **Tansiyon Ölçme** | **15** |
| **Parmak ucu kan şekeri ölçme** | **15** |
| **Venöz Kan Alma** | **15** |
| **Hastanın Hijyen bakımını sağlama** | **15** |

**\* Yapılan her zorunlu işlem için, stajerler prosedürün detaylı içeriği anlatan (hasta bilgileri, operasyon tipi, kullanılan ilaç vs.) YAPILAN İŞ FORMUNU doldurulmalıdır, ve staj yöneticisi tarafından imzalatmalalıdırlar.**

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

|  |  |
| --- | --- |
| Yapılan İş: | Sayfa No: |
|  | Tarih: |
|  | |
| STAJ YÜRÜTÜCÜSÜNÜN KONTROLU: | |

1. **SIVI TAKİP FORMU (ihtiyaç olduğu kadar stajer tarafından çoğaltılmalıdır)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hastanın** | | | | | | **Tarih:** | | | | | |
| **Yaşı:** | | **Servis:** | | | | | | | **Oda No:** | | |
| **Tanı:** | | | | | | | | | **Kan Grubu:** | | |
| **Yatış Saati:** | | | | **Ameliyat Tarihi:** | | | | | **Alerji:** | | |
| **ALDIĞI SIVI** | | | | | | | **ÇIKARDIĞI SIVI** | | | | |
| **Saat** | **Sıvının Adı** | | **Sıvı Seviyesi** | | **Aldığı Miktar** | **Oral NGS** | **İdrar** | **Kusma**  **NGS** | | **Drenler** | **Defekas** |
|  |  | |  | |  |  |  |  | |  |  |
|  |  | |  | |  |  |  |  | |  |  |
|  |  | |  | |  |  |  |  | |  |  |
|  |  | |  | |  |  |  |  | |  |  |
|  |  | |  | |  |  |  |  | |  |  |
|  |  | |  | |  |  |  |  | |  |  |
|  |  | |  | |  |  |  |  | |  |  |
|  |  | |  | |  |  |  |  | |  |  |
| **Total:** | | | | |  | | **Total:** |  | | | |
| **Total:** | | | | |  | | **Total:** |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Total Aldığı Sıvı:** | | | | | | | | | | | |
| **Total Çıkardığı Sıvı:** | | | | | | | | | | | |
| **Balans (+ veya -):** | | | | | | | | | | | |
| **Öğrencinin Adı Soyadı** | | | | | | **İmza / Tarih** | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | |
| **Staj Yürütücüsünün Ünvanı / Adı Soyadı** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | |

**KKTC**

**GİRNE AMERİKAN ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK MESLEK YÜKSEK OKULU**

**YAŞLI BAKIMI 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** | | | | |
| Çalışma Saatlerine Uyum | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| İş organizasyonu yapma | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Hastaya Karşı tutum ve tavır | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Enfeksiyon Önleme Hakkında bilgi ve uygulama | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Geriatrik Bakım Hakkında Genel Bilgi | 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 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 |
| Edindiği teorik bilgileri sentez edip kullanabilme | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| İlaç Bilgisi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Bakım Uygulama Becerisi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **TOPLAM PUAN** |  | | | | |

**Staj Yürütücüsünün İmzası / Hastane Mühürü: TARİH:**

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