**T.C.**

**Selçuk Üniversitesi**

**Sağlık Bilimleri Fakültesi**

**Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü**

**Klinik Yaz Uygulaması**

**Uygulama Defteri**

**Öğrencinin Adı-Soyadı : Öğrencinin Numarası :**

**Ders Kodu ve Adı :**

**ÖĞRENCİ GENEL BİLGİLERİ**

**Adı-Soyadı :**

**No :**

**Tel. (Ev) :**

**Tel. (Cep) :**

**E-mail :**

**Adres :**

**ÖĞRENCİ DEVAM ÇİZELGESİ**

**Adı Soyadı:**

**Klinik Uygulama Yeri:**

**Klinik Uygulama Tarihleri: / /20 - / /20**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tarih** | **Öğrenci İmza** | **Sorumlu Fizyoterapist İmza** |
| **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_** |  |  |
| **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_** |  |  |
| **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_** |  |  |
| **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_** |  |  |
| **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_** |  |  |
| **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_** |  |  |
| **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_** |  |  |
| **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_** |  |  |
| **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_** |  |  |
| **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_** |  |  |
| **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_** |  |  |
| **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_** |  |  |
| **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_** |  |  |
| **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_** |  |  |
| **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_** |  |  |
| **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_** |  |  |
| **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_** |  |  |
| **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_** |  |  |
| **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_** |  |  |
| **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_** |  |  |

**Sorumlu Fizyoterapist:**

**ÖĞRENCİ OLGU TAKİBİ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Hasta** | **Tanısı** |
| **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** |  |  |

Buradaki hastalar, yukarıda adı geçen öğrencinin klinik aktivitelerini doğru bir şekilde yansıtmaktadır.

Sorumlu Fizyoterapist (Adı-Soyadı ve İmza):

Tarih:

**OLGU-1**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Hasta Adı Soyadı:** | | **Tanı:** |
| **Doğum Tarihi (yıl):** | **Cinsiyet: E / K** | **Hastalık Başlangıç Yaşı:** |
| **Boy/Kilo:** | **Medeni Hali:** | **Hastalık Süresi:** |
| **Mesleği:** | | **Eşlik Eden Hastalıklar:** |
| **Eğitim Durumu:** | | **Kullandığı İlaçlar:** |
| **Sigara Tüketimi (gün/paket):** | | **Önceki Tedaviler:** |
| **Birlikte yaşadığı kişi:** | |  |
| **Hastalık Öyküsü/Hastanın Şikayetleri:** | | |

**Değerlendirme**:

Not: Hastada uygulamış olduğunuz değerlendirme yöntemlerini maddeler halinde belirtiniz.

**Subjektif Değerlendirme Objektif Değerlendirme**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**OLGU-2**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Hasta Adı Soyadı:** | | **Tanı:** |
| **Doğum Tarihi (yıl):** | **Cinsiyet: E / K** | **Hastalık Başlangıç Yaşı:** |
| **Boy/Kilo:** | **Medeni Hali:** | **Hastalık Süresi:** |
| **Mesleği:** | | **Eşlik Eden Hastalıklar:** |
| **Eğitim Durumu:** | | **Kullandığı İlaçlar:** |
| **Sigara Tüketimi (gün/paket):** | | **Önceki Tedaviler:** |
| **Birlikte yaşadığı kişi:** | |  |
| **Hastalık Öyküsü/Hastanın Şikayetleri:** | | |

**Değerlendirme**:

Not: Hastada uygulamış olduğunuz değerlendirme yöntemlerini maddeler halinde belirtiniz.

**Subjektif Değerlendirme Objektif Değerlendirme**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**OLGU-3**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Hasta Adı Soyadı:** | | **Tanı:** |
| **Doğum Tarihi (yıl):** | **Cinsiyet: E / K** | **Hastalık Başlangıç Yaşı:** |
| **Boy/Kilo:** | **Medeni Hali:** | **Hastalık Süresi:** |
| **Mesleği:** | | **Eşlik Eden Hastalıklar:** |
| **Eğitim Durumu:** | | **Kullandığı İlaçlar:** |
| **Sigara Tüketimi (gün/paket):** | | **Önceki Tedaviler:** |
| **Birlikte yaşadığı kişi:** | |  |
| **Hastalık Öyküsü/Hastanın Şikayetleri:** | | |

**Değerlendirme**:

Not: Hastada uygulamış olduğunuz değerlendirme yöntemlerini maddeler halinde belirtiniz.

**Subjektif Değerlendirme Objektif Değerlendirme**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**OLGU-4**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Hasta Adı Soyadı:** | | **Tanı:** |
| **Doğum Tarihi (yıl):** | **Cinsiyet: E / K** | **Hastalık Başlangıç Yaşı:** |
| **Boy/Kilo:** | **Medeni Hali:** | **Hastalık Süresi:** |
| **Mesleği:** | | **Eşlik Eden Hastalıklar:** |
| **Eğitim Durumu:** | | **Kullandığı İlaçlar:** |
| **Sigara Tüketimi (gün/paket):** | | **Önceki Tedaviler:** |
| **Birlikte yaşadığı kişi:** | |  |
| **Hastalık Öyküsü/Hastanın Şikayetleri:** | | |

**Değerlendirme**:

Not: Hastada uygulamış olduğunuz değerlendirme yöntemlerini maddeler halinde belirtiniz.

**Subjektif Değerlendirme Objektif Değerlendirme**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**OLGU-5**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Hasta Adı Soyadı:** | | **Tanı:** |
| **Doğum Tarihi (yıl):** | **Cinsiyet: E / K** | **Hastalık Başlangıç Yaşı:** |
| **Boy/Kilo:** | **Medeni Hali:** | **Hastalık Süresi:** |
| **Mesleği:** | | **Eşlik Eden Hastalıklar:** |
| **Eğitim Durumu:** | | **Kullandığı İlaçlar:** |
| **Sigara Tüketimi (gün/paket):** | | **Önceki Tedaviler:** |
| **Birlikte yaşadığı kişi:** | |  |
| **Hastalık Öyküsü/Hastanın Şikayetleri:** | | |

**Değerlendirme**:

Not: Hastada uygulamış olduğunuz değerlendirme yöntemlerini maddeler halinde belirtiniz.

**Subjektif Değerlendirme Objektif Değerlendirme**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**ANALİZ**

**(Bu bölüm klinik uygulama bitiminde öğrenci tarafından doldurulacaktır.)**

\*Aşağıdaki sorular uygulama yaptığınız yere yönelik değerlendirmeleri içermektedir. Uygulamalarımızın daha verimli hale getirebilmesi için lütfen aşağıdaki sorulara objektif cevaplar veriniz.

Lütfen aşağıdakileri puanlayın: (5 = mükemmel, 4 = iyi, 3 = orta, 2 = zayıf, 1 = başarısız) ve altına görüşlerinizi belirtin.

|  |  |
| --- | --- |
| a. | Mesleğiniz adına klinik uygulamanın sizde bıraktığı genel etki: 1 2 3 4 5 |
| b. | Sorumlu fizyoterapistin mesleki bakışınıza katkısı: 1 2 3 4 5 |
| c. | Klinik Uygulamanın teorik bilgiye etkisi: 1 2 3 4 5 |
| d. | Klinik Uygulamanın pratik bilginize ve klinik karar verme sürecinize katkısı: 1 2 3 4 5 |
| e. | Yeni uygulamaların miktarı: 1 2 3 4 5 |
| f. | Klinik Uygulamanın amaçlarının karşılanması: 1 2 3 4 5 |
| g. | Derste öğrendiklerinizin Klinik Uygulamaya katkısı: 1 2 3 4 5 |
| h. | Klinik Uygulama yerinin fiziksel koşulları ve olanakları: 1 2 3 4 5 |
| i. | Klinik Uygulamanın süresi: 1 2 3 4 5 |
| j. | Klinik Uygulama yaptığınız kurumun hasta profili ve çeşitliliği: 1 2 3 4 5 |

**Selçuk Üniversitesi**

**Sağlık Bilimleri Fakültesi**

**Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü**

**Klinik Uygulama Değerlendirme Formu**

**Öğrenci Adı Soyadı: Öğrenci No:**

**Klinik Uygulama Yeri:**

**Klinik Uygulama Tarihleri: / /20… - / /20…**

**GENEL DEĞERLENDİRME**

1. Klinik Uygulamaya devamlılığı: 1 2 3 4 5

2.Gereken sorumluluğu yerine getirme

a. Hastasını zamanında alır ve hasta güvenliğine dikkat eder 1 2 3 4 5

b. Çalışma ortamını düzenli tutar 1 2 3 4 5

c. Sorumlu fizyoterapiste gerekli durumda bilgi verir ve danışır 1 2 3 4 5

d. Etik prensiplere uyar ve ekip çalışmasına uyum gösterir 1 2 3 4 5

e. Klinik Uygulama alanına özgü araştırma yapar, seminer hazırlar 1 2 3 4 5

**KLİNİK UYGULAMA DEĞERLENDİRMESİ**

1.Hasta Değerlendirmesi

a. Hastalık öyküsünü alır 1 2 3 4 5

b. Hasta ile doğru iletişim kurar 1 2 3 4 5

c. Değerlendirme yöntemlerini doğru uygular 1 2 3 4 5

d. Değerlendirme sonuçlarını yorumlar 1 2 3 4 5

e. Hastanın öncelikli problemini tespit eder 1 2 3 4 5

f. Hastaya ait verileri düzenli kaydeder 1 2 3 4 5

2.Hastanın Tedavisi

1. Değerlendirme sonucuna uygun tedavi programı planlar 1 2 3 4 5
2. Tedavinin amacını açıklar 1 2 3 4 5
3. Tedavi hakkında hasta ve yakınlarını bilgilendirir 1 2 3 4 5
4. Tedavi programında yer alan tüm yaklaşımları uygular 1 2 3 4 5
5. Tedavi programının takibini yapar 1 2 3 4 5
6. Hastanın gelişimine uygun yeni program oluşturur 1 2 3 4 5
7. Uyguladığı yöntemleri sorumlu fizyoterapiste rapor eder 1 2 3 4 5
8. Hastaya ev programı planlar 1 2 3 4 5

**Sorumlu Fizyoterapist:**

**İmza:**

Klinik Uygulama Notu:

# KLİNİK YAZ UYGULAMASI BAŞARI DEĞERLENDİRMESİ

**(Bu kısım Klinik Uygulamalar Komisyonu tarafından doldurulacaktır.)**

**Klinik Uygulama Defteri Değerlendirmesi**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Klinik Uygulama Defteri Düzeni (10 puan) |  |
| 2. | Klinik Uygulama Defterinin İçeriği (40 puan) |  |
| 3. | Uygulama Alanındaki Klinik Bilgisi ve Fizyoterapist notu (50 puan) |  |

Klinik Uygulama Notu:

İmza ve Kaşe: