**T.C.**

**İstanbul Medipol Üniversitesi**

**Sağlık Bilimleri Fakültesi**

**Ortez ve Protez Bölümü**

**Klinik Uygulama Defteri**

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

# 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 İmza** |
| **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_** |  |  |
| **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_** |  |  |
| **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_** |  |  |
| **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_** |  |  |
| **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_** |  |  |
| **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_** |  |  |
| **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_** |  |  |
| **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_** |  |  |
| **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_** |  |  |
| **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_** |  |  |
| **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_** |  |  |
| **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_** |  |  |
| **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_** |  |  |
| **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_** |  |  |
| **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_** |  |  |
| **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_** |  |  |
| **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_** |  |  |
| **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_** |  |  |
| **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_** |  |  |
| **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_** |  |  |

**Sorumlu:**

**ÖĞRENCİ OLGU TAKİBİ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Hasta** | **Tanısı** | **Yapılan Uygulama** |
| **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 (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**

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

**Uygulanan Ortez / Protez**:

**Tedavide Değişimler:** Hastanın tedavi öncesi ve sonrası değerlendirme sonuçlarını yazınız.

|  |  |
| --- | --- |
| **Uygulama Öncesi** | **Uygulama Sonrası** |
|  |  |

**Uygulama Süresince Karşılaşılan Problemler:**

**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**

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

 **Uygulanan Ortez / Protez**:

**Tedavide Değişimler:** Hastanın tedavi öncesi ve sonrası değerlendirme sonuçlarını yazınız.

|  |  |
| --- | --- |
| **Uygulama Öncesi** | **Uygulama Sonrası** |
|  |  |

**Uygulama Süresince Karşılaşılan Problemler:**

**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**

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

**Uygulanan Ortez / Protez**:

**Tedavide Değişimler:** Hastanın tedavi öncesi ve sonrası değerlendirme sonuçlarını yazınız.

|  |  |
| --- | --- |
| **Uygulama Öncesi** | **Uygulama Sonrası** |
|  |  |

**Uygulama Süresince Karşılaşılan Problemler:**

**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**

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

**Uygulanan Ortez / Protez**:

**Tedavide Değişimler:** Hastanın tedavi öncesi ve sonrası değerlendirme sonuçlarını yazınız.

|  |  |
| --- | --- |
| **Uygulama Öncesi** | **Uygulama Sonrası** |
|  |  |

**Uygulama Süresince Karşılaşılan Problemler:**

**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**

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

**Uygulanan Ortez / Protez**:

**Tedavide Değişimler:** Hastanın tedavi öncesi ve sonrası değerlendirme sonuçlarını yazınız.

|  |  |
| --- | --- |
| **Uygulama Öncesi** | **Uygulama Sonrası** |
|  |  |

**Uygulama Süresince Karşılaşılan Problemler:**

**OLGU-6**

|  |  |
| --- | --- |
| **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**

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

 **Uygulanan Ortez / Protez**:

**Tedavide Değişimler:** Hastanın tedavi öncesi ve sonrası değerlendirme sonuçlarını yazınız.

|  |  |
| --- | --- |
| **Uygulama Öncesi** | **Uygulama Sonrası** |
|  |  |

**Uygulama Süresince Karşılaşılan Problemler:**

**OLGU-7**

|  |  |
| --- | --- |
| **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**

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

 **Uygulanan Ortez / Protez**:

**Tedavide Değişimler:** Hastanın tedavi öncesi ve sonrası değerlendirme sonuçlarını yazınız.

|  |  |
| --- | --- |
| **Uygulama Öncesi** | **Uygulama Sonrası** |
|  |  |

**Uygulama Süresince Karşılaşılan Problemler:**

**OLGU-8**

|  |  |
| --- | --- |
| **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**

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

**Uygulanan Ortez / Protez**:

**Tedavide Değişimler:** Hastanın tedavi öncesi ve sonrası değerlendirme sonuçlarını yazınız.

|  |  |
| --- | --- |
| **Uygulama Öncesi** | **Uygulama Sonrası** |
|  |  |

**Uygulama Süresince Karşılaşılan Problemler:**

**OLGU-9**

|  |  |
| --- | --- |
| **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**

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

**Uygulanan Ortez / Protez**:

**Tedavide Değişimler:** Hastanın tedavi öncesi ve sonrası değerlendirme sonuçlarını yazınız.

|  |  |
| --- | --- |
| **Uygulama Öncesi** | **Uygulama Sonrası** |
|  |  |

**Uygulama Süresince Karşılaşılan Problemler:**

**OLGU-10**

|  |  |
| --- | --- |
| **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**

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

 **Uygulanan Ortez / Protez**:

**Tedavide Değişimler:** Hastanın tedavi öncesi ve sonrası değerlendirme sonuçlarını yazınız.

|  |  |
| --- | --- |
| **Uygulama Öncesi** | **Uygulama Sonrası** |
|  |  |

**Uygulama Süresince Karşılaşılan Problemler:**

**OLGU-11**

|  |  |
| --- | --- |
| **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**

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

**Uygulanan Ortez / Protez**:

**Tedavide Değişimler:** Hastanın tedavi öncesi ve sonrası değerlendirme sonuçlarını yazınız.

|  |  |
| --- | --- |
| **Uygulama Öncesi** | **Uygulama Sonrası** |
|  |  |

**Uygulama Süresince Karşılaşılan Problemler:**

**OLGU-12**

|  |  |
| --- | --- |
| **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**

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

**Uygulanan Ortez / Protez**:

**Tedavide Değişimler:** Hastanın tedavi öncesi ve sonrası değerlendirme sonuçlarını yazınız.

|  |  |
| --- | --- |
| **Uygulama Öncesi** | **Uygulama Sonrası** |
|  |  |

**Uygulama Süresince Karşılaşılan Problemler:**

**OLGU-13**

|  |  |
| --- | --- |
| **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**

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

**Uygulanan Ortez / Protez**:

**Tedavide Değişimler:** Hastanın tedavi öncesi ve sonrası değerlendirme sonuçlarını yazınız.

|  |  |
| --- | --- |
| **Uygulama Öncesi** | **Uygulama Sonrası** |
|  |  |

**Uygulama Süresince Karşılaşılan Problemler:**

**OLGU-14**

|  |  |
| --- | --- |
| **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**

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

 **Uygulanan Ortez / Protez**:

**Tedavide Değişimler:** Hastanın tedavi öncesi ve sonrası değerlendirme sonuçlarını yazınız.

|  |  |
| --- | --- |
| **Uygulama Öncesi** | **Uygulama Sonrası** |
|  |  |

**Uygulama Süresince Karşılaşılan Problemler:**

**OLGU-15**

|  |  |
| --- | --- |
| **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**

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

**Uygulanan Ortez / Protez**:

**Tedavide Değişimler:** Hastanın tedavi öncesi ve sonrası değerlendirme sonuçlarını yazınız.

|  |  |
| --- | --- |
| **Uygulama Öncesi** | **Uygulama Sonrası** |
|  |  |

**Uygulama Süresince Karşılaşılan Problemler:**

**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. | Sorumlunuzun 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 uygulamanın yerinin fiziksel koşulları ve olanakları: 1 2 3 4 5 |
| i. |  Klinik uygulamanın süresi: 1 2 3 4 5 |
| j. | Klinik uygulamanın yaptığınız kurumun hasta profili ve çeşitliliği: 1 2 3 4 5 |

**İstanbul Medipol Üniversitesi**

**Sağlık Bilimleri Fakültesi**

**Ortez ve Protez Bölümü Klinik Uygulama Dersi**

**Klinik Uygulama Yürütücüsü 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. Yetkili kişiye 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 kayıt eder 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 yetkili kişiye rapor eder 1 2 3 4 5
8. Hastaya ev programı planlar 1 2 3 4 5

**Sorumlu:**

**İmza:**

**KLİNİK UYGULAMA DERSİ BAŞARI DEĞERLENDİRMESİ**

**(Bu kısım Klinik Uygulama Sorumlusu tarafından doldurulacaktır.)**

**Klinik Uygulama Defter Değerlendirmesi**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Klinik Uygulama Defteri Düzeni (10 puan) |  |
| 2. | Klinik Uygulama Defterinin İçeriği (30 puan) |  |
| 3. | Uygulama Alanındaki Klinik Bilgisi ve Yetkili Kişi Notu (60 puan) |  |

Klinik Uygulama Notu:

İmza ve Kaşe: