

MUĞLA



T.C.

MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

FİZYOTERAPİ ve REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ

Staj Defteri

Training Diary

Öğrencinin :

Student's :

Soyadı, Adı :

Surname, Name :

Bölümü :

Department :

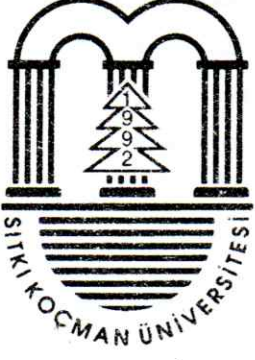
Staj Kodu :

(FTR 2014/FTR3026) :

Çalışma Alanı :

Field of Study :

MUĞLA



T.C.

MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ

Staj Defteri

Training Diary

Öğrencinin
Student's

Soyadı, Adı :

Surname, Name :

Bölümü :

Department :

Staj Yılı :

Training Year :

Çalışma Alanı :

Field of Study :

Sayın yetkili,

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Staj Yönergesi hükümleri uyarınca yapılması zorunlu olan meslek stajı ile ilgili genel bilgiler ve staj defterinin doldurulmasına ilişkin bilgiler aşağıda belirtilmiştir.

- 1) Bölümümüz öğrencileri pratik çalışma deneyimi kazanmak, uygulama yeteneklerini geliştirmek ve iş yaşamına uyum sağlamak amaçları ile staj komisyonu tarafından uygun görülen sağlık kurumlarında Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Staj Yönergesi hükümleri uyarınca staj yapmak zorundadır.
- 2) Öğrenciler staj süreleri (20 ardışık iş günü) içinde stajlara devam etmek zorundadırlar. Her ne sebeple olursa olsun, bir stajda devamsızlığı %20'den fazla olan öğrenciler o stajı tümü ile tekrarlamak zorundadırlar. Staj sorumlusu tarafından kabul edilen haklı ve geçerli bir mazereti olan ve devamsızlıkları %20'yi geçmeyen öğrenciler stajlarını kendileri için hazırlanan telafi programı uyarınca tamamlamak zorundadırlar.
- 3) Staj yapan öğrencilerimiz;
 - I) Hastalara, sorumlu fizyoterapistin gözetiminde ölçme değerlendirme yöntemlerini ve planlanan tedavi programını uygular.
 - II) Öğrenciler meslek stajı yap tıklan yerin kurallarına, tüzük, yönetmelik ve her türlü mevzuatına uymaya mecburdurlar. Grev, gösteri, yürüyüş ve iş yavaşlatma eyleminde bulunamazlar. Kurallara uymayanların meslek stajları ilgili yönetim kurulunca iptal edilir ve/veya haklarında Yükseköğretim Kurumları Öğrenci Disiplin Yönetmeliği hükümlerince işlem yapılır.
 - III) Öğrenciler staj yaptığı kurumda araç ve gereçleri özenle kullanmakla yükümlüdür. Görev ve sorumluluğu yerine getirmemesinden veya hatasından doğan her türlü sorumluluk öğrenciye ait olup, kendi hatalarından dolayı meydana gelecek hasar ve zararlar öğrenci tarafından karşılanır.
 - IV) Öğrencilerin staj yapılan kamu kurum ve kuruluşlarının kılık kıyafet yönetmeliğine uygun olacak şekilde giyinmeleri gerekmektedir.
 - V) Staj yapan öğrenciler, Önlüklerinin üzerinde staj yaptıkları kurumun verdiği kimlik kartını, böyle bir kartın verilmemesi durumunda ise öğrenci olduklarını belirtir Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi öğrenci kimlik kartlarını taşımak zorundadırlar.
- 4) Öğrencilerin staj yaptığı sağlık kuruntundaki çalışmaları, sorumlu fizyoterapist tarafından staj değerlendirme formları doğrultusunda değerlendirilerek öğrenci için tam not 100 (yüz) üzerinden bir staj notu takdir edilir.
- 5) Staj değerlendirme formları, stajın bittiği tarihi izleyen 15 gün içerisinde staj yapılan kurum tarafından onaylanarak Fakülte Dekanlığına gönderilir.
- 6) Staj yapan her öğrenci, staj süresi içerisinde tedaviye alınan farklı teşhislere sahip hastaların değerlendirmelerini ve uygulanan fizyoterapi ve rehabilitasyon programını staj dosyasında belirtilen alanlara yazmalıdır. Öğrenci bizzat kendi yaptığı uygulamaları ayrıca belirtmelidir.
- 7) Raporla belirtilen hastaların dışında programa alınan tüm hastaların bilgileri de staj dosyasında belirtilen alana yazılmalıdır.
- 8) Hastalar ile ilgili yazılan raporlar sorumlu-fizyoterapist tarafından onaylatılmalıdır.

Bölümümüz öğrencilerinin eğitimlerine sağlamış olduğunuz özverili katkılardan dolayı teşekkür ederiz.

Staj Komisyonu Başkanı

MESLEK STAJI ÖĞRENCİ DEVAM ÇİZELGESİ

Fotoğraf

Öğrencinin

Adı Soyadı : _____

Okulu/Bölümü : Sağlık Bilimleri Fakültesi /Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü

Numarası : _____

İşgünü	Tarih	Öğrencinin İmzası		Görevlendirildiği Birim	Kontrol Eden Sorumlu Fizyoterapistin	
		Sabah	Öğleden Sonra		Adı Soyadı	İmzası
1.	... /... /...					
2.	... /... /...					
3.	... /... /...					
4.	... /... /...					
5.	... /... /...					
6.	... /... /...					
7.	... /... /...					
8.	... /... /...					
9.	... /... /...					
10.	... /... /...					
11.	... /... /...					
12.	... /... /...					
13.	... /... /...					
14.	... /... /...					
15.	... /... /...					
16.	... /... /...					
17.	... /... /...					
18.	... /... /...					
19.	... /... /...					
20.	... /... /...					

Yukarıda açık kimliği yazılı öğrenci, belirtilen tarihlerde kurumumuzda staj yapmıştır.

Kurum Onayı

Adı Soyadı : _____

İmza : _____

Tarih ve Mühür : _____

T.C.
MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ MESLEK STAJI DEĞERLENDİRME FORMU

1-STAJ YAPILAN KURUM TARAFINDAN DOLDURULACAK KISIM

STAJ YAPILAN KURUMUN	Adı	
	Yatak sayısı	
	Adresi Telefonu	
	Stajın Başladığı tarih	
	Stajın Bittiği Tarih	
	Çalıştığı İşgünü Sayısı	
	Çalıştığı Üniteler/Birimler ve Çalışma Süreleri	

DEĞERLENDİRME

		NOT
1	Hasta ve/veya yakınları ile iletişim becerisi (10 puan)	
2	Mesleki eleştiri ve rehberliklere karşı olumlu reaksiyon verme ve çalışma ortamının Gerekirdiği şartlara uyum (10 puan)	
3	Uygun değerlendirme parametrelerini seçebilme ve uygulayabilme becerisi (20 puan)	
4	Yapılan değerlendirmeler ışığında uygun fizyoterapi programını tartışabilme / planlayabilme becerisi (20 puan)	
5	Hastanın durumundaki değişikliklere göre gerekli olan fizyoterapi programı Modifikasyonlarını yorumlaya bilme becerisi (10 puan)	
6	Fizyoterapi programı uygulayabilme becerisi (20 puan)	
7	Değerlendirme ve tedavi ile ilgili gerekli bilgileri kaydedebilme becerisi (5 puan)	
8	Karşılaştığı yeni klinik durumla ilgili öğrenme gayreti ve bilgiye ulaşma çabası (5 puan)	
	TOPLAM	

DÜŞÜNCELER

ONAYLAYANLAR	SORUMLU FİZYOTERAPİST (Ad-Soyad/İmza)	BAŞ FİZYOTERAPİST (Ad-Soyad/İmza)	BAŞHEKİMLİK (İmza-Mühür)

ÖNEMLİ NOT: *Staj dosyasının, stajın bittiği tarihi izleyen 15 gün içerisinde Fakülte Dekanlığımıza kapalı zarf ile gönderilmesi arz/rica olunur.

ADRES: Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi 48000/MUĞLA

Tel : 0252 211 22 31 /0252 211 22 39

Fax : 0252 211 18 80

MESLEK STAJI HASTA RAPORU

Hastanın ;

Adı-Soyadı:

Tarih: ... / ... /

Yaşı:

Boy:

Kilo:

Tanısı:

Cinsiyeti:

Dosya No:

Mesleği:

Tedaviye alınan seans sayısı:

Şikayet:

Hikaye:

Özgeçmiş / Soy Geçmiş:

Klinik Muayene/ Tetkik Sonuçları:

Fizyoterapi Uygulamaları

Fizyoterapi Programı	Öğrencinin Gerçekleştirdiği Uygulamalar

Sorumlu Fizyoterapist Parafı

Fizyoterapi Deęerlendirmesi

İlk Değerlendirme (Tarih :.....)	Son Değerlendirme (Tarih:.....)

Notlar:

Sorumlu Fizyoterapist Parafı

MESLEK STAJI HASTA RAPORU

Hastanın ;

Adı-Soyadı:

Tarih: ... / ... /

Yaşı:

Boy:

Kilo:

Tanısı:

Cinsiyeti:

Dosya No:

Mesleği:

Tedaviye alınan seans sayısı:

Şikayet:

Hikaye:

Özgeçmişi / Soy Geçmişi:

Klinik Muayene/ Tetkik sonuçları:

Fizyoterapi Uygulamaları

Fizyoterapi Programı	Öğrencinin Gerçekleştirdiği Uygulamalar

Sorumlu Fizyoterapist Parafı

Fizyoterapi Deęerlendirmesi

İlk Değerlendirme (Tarih :.....)	Son Değerlendirme (Tarih:.....)

Notlar:

Sorumlu Fizyoterapist Parafı

MESLEK STAJI HASTA RAPORU

Hastanın ;

Adı-Soyadı:

Tarih: ... / ... /

Yaşı:

Boy:

Kilo:

Tanısı:

Cinsiyeti:

Dosya No:

Mesleği:

Tedaviye alınan seans sayısı:

Şikayet:

Hikaye:

Özgeçmişi / Soy Geçmişi:

Klinik Muayene/ Tetkik sonuçları:

Fizyoterapi Uygulamaları

Fizyoterapi Programı	Öğrencinin Gerçekleştirdiği Uygulamalar

Sorumlu Fizyoterapist Parafı

Fizyoterapi Deęerlendirmesi

İlk Değerlendirme (Tarih :.....)	Son Değerlendirme (Tarih:.....)

Notlar:

Sorumlu Fizyoterapist Parafı

MESLEK STAJI HASTA RAPORU

Hastanın ;

Adı-Soyadı:

Yaşı:

Boy:

Kilo:

Tarih: ... / ... / ...

Tanısı:

Cinsiyeti:

Dosya No:

Mesleği:

Tedaviye alınan seans sayısı:

Şikayet:

Hikaye:

Özgeçmişi / Soy Geçmişi:

Klinik Muayene/ Tetkik sonuçları:

Fizyoterapi Uygulamaları

Fizyoterapi Programı	Öğrencinin Gerçekleştirdiği Uygulamalar

Sorumlu Fizyoterapist Parafı

Fizyoterapi Deęerlendirmesi

İlk Değerlendirme (Tarih :.....)	Son Değerlendirme (Tarih:.....)

Notlar:

Sorumlu Fizyoterapist Parafı

MESLEK STAJI HASTA RAPORU

Hastanın ;

Adı-Soyadı:

Tarih: ... / ... /

Yaşı:

Boy:

Kilo:

Tanısı:

Cinsiyeti:

Dosya No:

Mesleği:

Tedaviye alınan seans sayısı:

Şikayet:

Hikaye:

Özgeçmişi / Soy Geçmişi:

Klinik Muayene/ Tetkik sonuçları:

Fizyoterapi Uygulamaları

Fizyoterapi Programı	Öğrencinin Gerçekleştirdiği Uygulamalar

Sorumlu Fizyoterapist Parafı

Fizyoterapi Deęerlendirmesi

İlk Değerlendirme (Tarih :.....)	Son Değerlendirme (Tarih:.....)

Notlar:

Sorumlu Fizyoterapist Parafı

2- BÖLÜM STAJ SINAV KOMİSYONU TARAFINDAN DOLDURULACAK KISIM

DEĞERLENDİRME BASAMAKLARI	Genel Değerlendirme	Tam	Eksik	SONUÇ	BAŞARILI	BAŞARISIZ	
	Staj Raporunun Düzenlenmesi						
	Staj Süresi						
	Staj Sınav Tarihi						
	Staj Sınav Notu (100 p)						
	Toplam Not						

SINAV KOMİSYON ÜYELERİ		Adı-Soyadı	İmza
	Başkan		
	Üye		
	Üye		
	Yedek Üye		