

T.C.  
BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ  
FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON  
BÖLÜMÜ



KLİNİK UYGULAMALAR DERSİ  
DOSYASI

ÖĞRENCİNİN

ADI – SOYADI

NO :

### ***ÖĞRENCİLERİN YERİNE GETİRMESİ GEREKEN SORUMLULUKLAR***

- 1- Öğrenci staj (klinik çalışma) yaptığı kurumun çalışma kurallarına uymak zorundadır.
- 2- Staj (klinik çalışma) süresince takip ettiği olguların değerlendirme ve tedavi programları günlük tarih bildirilerek kayıt edilmelidir. Tedavi süresince her olgunun tanısı, değerlendirme ve tedavi sonuçları dikkate alınarak analizi yapılmalı ve analiz sonuçları rapora kaydedilmelidir.
- 3- Staj 14 iş günüdür. Her hangi bir nedenle hastalık, kaza vb. gibi) staja gelinmeyen günler staj sonunda tamamlanmalıdır. Rapor sorumlu fizyoterapiste onaylatılmalıdır.
- 4- Staj sonunda öğrenci kurum ile ilgili görüşlerini ilgili forma yazmalıdır.
- 5- Staj raporunda yer alan kurum ile ilgili olan formlar klinik çalışmanın başında sorumlu fizyoterapiste teslim edilmelidir.
- 6- Staj yapılan kurum ile ilgili formlar sorumlu fizyoterapistten kapalı ve mühürlü bir zarf içinde alınmalıdır.
- 7- Staj raporu ve kapalı zarf içindeki kurum raporu ile birlikte Bahçeşehir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölüm Başkanlığı'na öğrenci tarafından elden imza karşılığı teslim edilmelidir.
- 8- Staj raporunu teslim etmeyen veya eksik teslim edenlerin klinik çalışması geçersiz sayılacaktır.

*NOT:* Raporda belirtilen sayıdan fazla olgu takibi yapılmışsa öğrenci ek olarak doldurduğu raporları, ana rapor dosyasına eklemelidir.

Bölüm Başkanlığı

## STAJ (KLİNİK ÇALIŞMA) YAPILAN KURUM İLE İLGİLİ GÖRÜŞ BİLDİRİM FORMU

*(Bu kısım öğrenci tarafından doldurulacaktır.)*

Lütfen aşağıdaki sorulara objektif cevaplar veriniz.

1- Staj (klinik çalışma) yaptığınız kurum ile ilgili genel düşünceleriniz nelerdir?

2- Yaptığınız klinik çalışma sonrasında neler öğrendiniz?

3- Yaptığınız klinik çalışma ilgili önerileriniz nelerdir?

OLGU 1 – : Değerlendirme-Tedavi

Hasta Ad – Soyadı :  
Cinsiyeti :  
Doęum Tarihi :  
Tanı :  
Hikaye :  
Şikayet :  
İlk Değerlendirme Tarihi :

*(Yapılan değerlendirmeler tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)*

Sorumlu Fizyoterapist:

İmza:

OLGU – 2: Değerlendirme - Tedavi Programı

Hasta Adı – Soyadı :  
Cinsiyeti :  
Doęum Tarihi :  
Tanı :

İlk Programa Alınma Tarihi :

*(Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir)*

Sorumlu Fizyoterapist:

İmza:

OLGU – 3: Değerlendirme - Tedavi Programı

Hasta Adı – Soyadı :  
Cinsiyeti :  
Doęum Tarihi :  
Tanı :

İlk Programa Alınma Tarihi :

(Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir)

Sorumlu Fizyoterapist:  
İmza:

OLGU – 4: Değerlendirme - Tedavi Programı

Hasta Adı – Soyadı :  
Cinsiyeti :  
Doęum Tarihi :  
Tanı :

İlk Programa Alınma Tarihi :

(Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir)

Sorumlu Fizyoterapist:  
İmza:

OLGU – 5: Değerlendirme - Tedavi Programı

Hasta Adı – Soyadı :  
Cinsiyeti :  
Doęum Tarihi :  
Tanı :

İlk Programa Alınma Tarihi :

(Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir)

Sorumlu Fizyoterapist:  
İmza:



Sayın Kurum Sorumlusu,

İlgi: *Klinik Çalışma Yapılan Kurum sorumlusuna bilgi.*

Kurumunuza öğrencimizi kabul ettiğiniz ve Staj (klinik çalışmalar) ile fizyoterapi ve rehabilitasyon alanında deneyim kazanmasına yardımcı olduğunuz için teşekkürlerimizi sunarız.

Kurumunuzda klinik çalışma yapan öğrencimizin yaptığı çalışmaları sağlıklı bir şekilde takip edebilmek, devam ve başarı durumlarını saptamak amacıyla hazırlamış olduğumuz aşağıdaki belgelerin doldurularak kapalı ve mühürlü zarf içinde öğrenciye teslim edilmesi ve klinik çalışma süresince öğrencinin çalışmaları ve takip ettiği olgularla ilgili raporlarının öğrenciden sorumlu fizyoterapist tarafından onaylanması için gereğini bilgilerinize sunarız.

Doç.Dr. Hasan Kerem ALPTEKİN  
Bölüm Başkanı

**EK** (6 sayfa) :

- 1- Değerlendirme Formu (Ek-1)
- 2- Stajı (Klinik Çalışmayı) Tamamlama Onay Formu (Ek-2a)  
Öğrencinin takip ettiği hastaların listesi(Ek-2b)
- 3- Sorumlu Fizyoterapistin Değerlendirmesi ( Ek-3)
- 4- 2021-2022 Ders Programı

## DEĞERLENDİRME FORMU ( Ek1)

### STAJ (KLİNİK ÇALIŞMA) YAPILAN KURUMUNUN İLETİŞİM BİLGİLERİ VE ÖZELLİKLERİ

*(Lütfen bu kısım el yazısı ile doldurunuz.)*

**Kurumun Adı :**

**Kurum Sorumlusu  
Adı – Soyad :**

Telefon:

Fax:

E – mail:

**Sorumlu Fizyoterapist  
Adı – Soyadı :**

Telefon:

Fax:

E – mail:

Kurumun Genel Özellikleri:

Ünitenin Fiziki Şartları:

Ünitenin Çalışma Prensipleri:

## STAJI (KLİNİK ÇALIŞMAYI) TAMAMLAMA ONAY FORMU (Ek 2)

Bahçeşehir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü öğrencisi ...../...../20... - ...../...../20... tarihleri arasında sorumlu fizyoterapist gözetiminde aşağıda adı soyadı yazılı olan, teşhisleri konulmuş hastaların değerlendirme ve tedavi programına katılmıştır.

Sorumlu Fizyoterapist

(Kaşe ve İmza )

## ÖĞRENCİNİN TAKİP ETTİĞİ HASTALARIN LİSTESİ

Sıra No	Hastanın Adı – Soyadı	Teşhisi	Tedaviye Başlama ve Bitiş Tarihi
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			

Sorumlu Fizyoterapist:

İmza

### SORUMLU FİZYOTERAPİSTİN DEĞERLENDİRMESİ ( Ek 3)

ÖĞRENCİNİN :

ADI – SOYADI :

KLİNİK BAŞLAMA / BİTİŞ TARİHLERİ:

TAKİP ETTİĞİ HASTA SAYISI :

#### STAJ (KLİNİK ÇALIŞMA) NOTU

( Her madde 10 puan üzerinden değerlendirilmelidir.)

1	Hastayı Değerlendirme	
2	* Değerlendirme Sonuçlarının Analizi	
3	* Tedavi Programını Düzenleme	
4	*Tedavi Programının Uygulanması	
5	Hasta ile İletişim	
6	Fizyoterapistler ile İletişim	
7	Ekip Elemanları ile İletişim	
8	Devamlılık**	
9	Kılık Kıyafet Uyumu	
10	Zamana Uyumu	
	Toplam PUAN	

\* Öğrencinin 4. sınıf öğrencisi olduğu dikkate alınmalıdır. (Ders programı ek-4)

\*\*Öğrencinin klinik çalışmada devamsızlık yapma hakkı yoktur. Herhangi bir nedenle devam edilemeyen günler, staj sonunda telafi edilmek zorundadır.

Süpervizör'ün öğrenci hakkındaki görüş ve önerileri



--	--	--	--	--

**BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**  
***Fizyoterapi BÖLÜMÜ***  
**-DEVAM TAKİP ÇİZELGESİ-**

UYGULAMA DERSİNİN YAPILDIĞI KURUM ADI:

ÖĞRENCİNİN ADI SOYADI:

TARİH:	İMZA (ÖĞRENCİ)	İMZA (SORUMLU)
1. GÜN:		
2. GÜN:		
3. GÜN:		
4. GÜN:		
5. GÜN:		
6. GÜN:		
7. GÜN:		
8. GÜN:		
9. GÜN:		
10. GÜN:		
11. GÜN:		
12. GÜN:		
13. GÜN:		
14. GÜN:		