

İSİM-SOYİSİM:



**ULUSLARARASI KIBRIS
ÜNİVERSİTESİ**

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

**FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON
BÖLÜMÜ**

KLİNİK UYGULAMA DEFTERİ

FTRE 200 – FTRE 300

FTRE 401 – FTRE 402

ÖĞRENCİ BİLGİ FORMU



Kimlik No :

Adı – Soyadı :

Bölümü :

Öğrenci Numarası :

Doğum Yeri ve Tarihi :

E-Posta :

Ev Telefonu :

Cep Telefonu :

Adresi :

Staj Sorumlusu İsim-Soyisim ve İmzası:

Öğrencinin İmzası:

Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı

İletişim

Adres: Uluslararası Kıbrıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Haspolat / Lefkoşa

Telefon: +90 (392) 671 11 11 - 2258

ULUSLARARASI KIBRIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ/YÜKSEKOKULU
FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ
STAJ KILAVUZU

Okulumuzda gördüğünüz yıllık teorik eğitiminin uygulama ve pratiğe dönüştürülmesi bakımından çok büyük öneme sahip olan **iş günlük** staj görevine başlayacaksınız. Staj süresince aşağıdaki hususlara titizlikle uymanızı rica eder, görevinizde başarılar dilerim.

Bölüm/Program Başkanı

STAJ ÖNCESİ HAZIRLIKLAR

1. Staj yapacağınız kurum/iş yeri için bölüm staj sorumlusundan uygunluk onayı alınız.
2. Bölüm staj sorumlusundan başvuru yapacağınız kurum/işyeri'ne onaylatmak üzere “**Staj Başvuru Formu**”nu ve sağlık sigortası için gerekli olan “**Sigorta Bilgi Formu**”nu eksiksiz olarak doldurunuz ve istenilen süre içerisinde tarafımıza iletiniz. Bilgilerinizin doğru ve tam girilmesi sigortanızın yapılabilmesi için gerekmektedir.
3. Staj yapacağınız kuruma onaylattığınız staj başvuru formu ile bölüm başkanlığına başvurarak staj yeri uygunluğu için **staj komisyon onayı** alınız.
- 4.Staja çıkmadan önce bölüm staj sorumlusu tarafından almış olduğunuz içerisinde “**Öğrenci Memnuniyet Formu**” ve “**Stajyer Öğrenci Değerlendirme Formu**”nun da yer aldığı staj defterinizin ön sayfasında bulunan kişisel bilgiler kısmını eksiksiz olarak doldurunuz ve dekanlığa imzalatırmak üzere **Sağlık Bilimleri Sekreterliği**'ne teslim ediniz.
5. Staj defterinin içerisinde yer alan “**İşbaşı Eğitimi Öğrenci Değerlendirme Formu**”nu kurumdaki/iş yerindeki sorumlu fizyoterapistinize teslim ediniz.
6. “**İşbaşı Eğitimi Öğrenci Değerlendirme Formu**”nu ve staj defterinizi kurumdaki/iş yerindeki sorumlu fizyoterapistinizden kapalı ve mühürlü zarf yöntemi ile aldığınızdan emin olunuz. Kapalı zarf içerisinde getirilmeyen form ve defterler geçersiz sayılacaktır.
7. Aşağıda yer alan yönergeleri staj süresince uygulamaya dikkat ediniz.

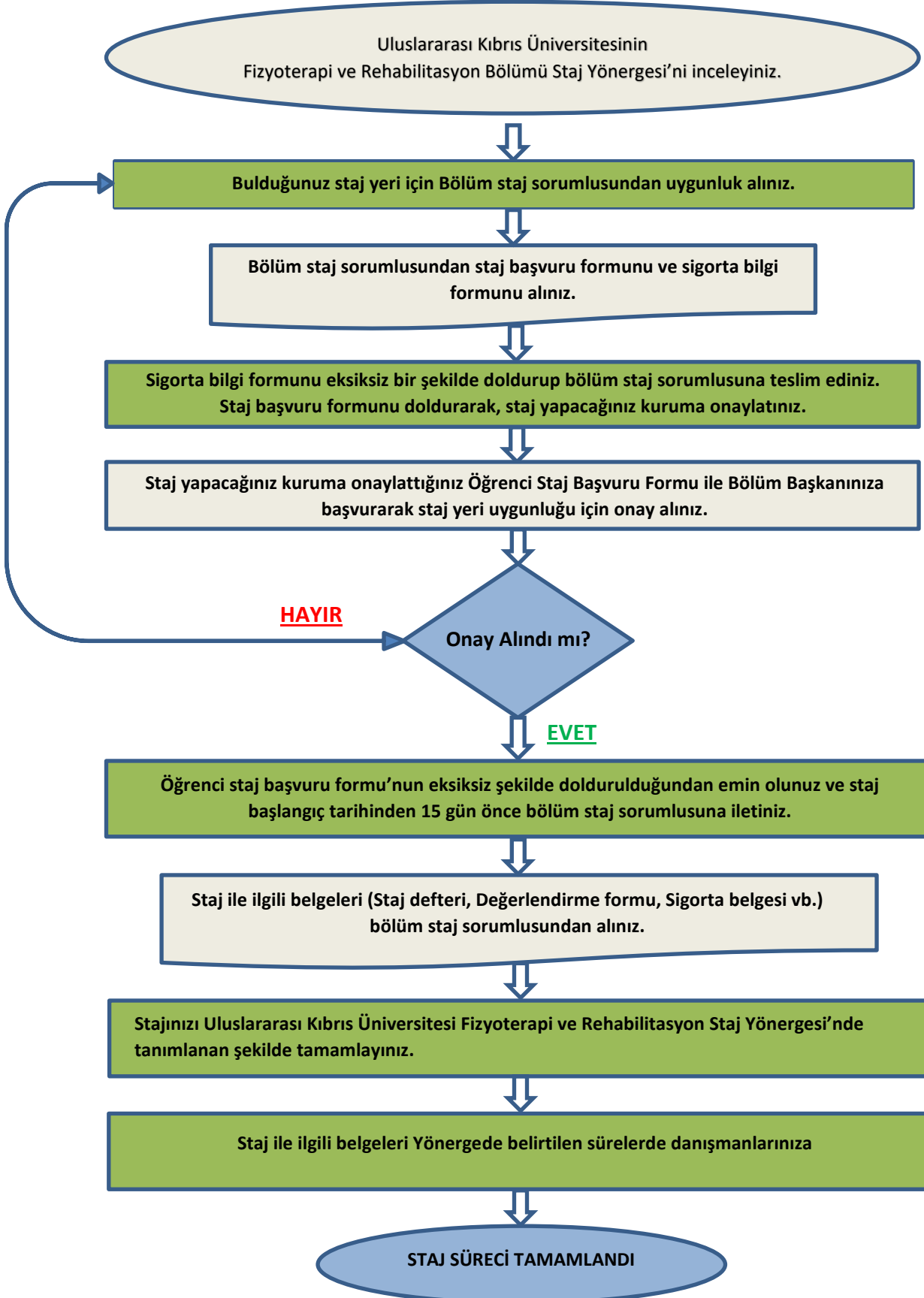
STAJ SÜRESİNDEKİ İŞLER VE DAVRANIŞLAR

1. Kendinizi kurumun bir personeli olarak görüp, işinize ciddiyetle başlayınız. Mesai saatlerine titizlikle uyunuz.
2. Kurumdaki/iş yerindeki sorumlu fizyoterapistinizden emirlerine kesinlikle uyunuz.
3. Kurumdaki/iş yerinde bireysel ve ekip üyesi olarak sorumluluk almaya, etkili iletişim kurmaya özen gösteriniz.
4. İdeolojik tartışmalardan, yersiz konuşmalardan, ısrarlı fikir beyanlarından ve benzeri kötü davranışlardan kaçınınız.
5. Çalışmalarınızı muhakkak günlük olarak değerlendiriniz. Staj süresince defterin ilgili bölümlerinde yer alan ve doldurmanız istenen bilgileri **günlük olarak** doldurunuz. Günlük çalışmalarınızı her günün bitiminde yetkiliye imzalatırınız.
6. Staj yaparken araç ve gereçleri sorumlu fizyoterapist gözetiminde kullanmaya çalışınız. Bilgi ve tecrübenizi azami seviyeye çıkarma çabası içinde olunuz.
7. Defterin arkasında yer alan “Yorum ve Ek Bilgiler Kısmı”na sorumlu fizyoterapist gözetiminde takip ettiğiniz hastalarınızdan Yaz stajları için **iki farklı hasta**, klinik çalışma stajları için **üç farklı hastanın** tedavi öncesi değerlendirmesi (hikaye, ağrı, normal eklem hareketi, kas kuvveti, postür vb.), tedavi programı (mobilizasyon, elektroterapi, egzersiz yaklaşımı, ev programı vb.) ve tedavi sonrası değerlendirmelerini detaylı olarak yazınız.
8. Stajın sonunda defterin içerisinde yer alan “**Stajyer Öğrenci Değerlendirme Anketi**”ni sorumlu fizyoterapistinize doldurtunuz.

STAJ SONRASINDA YAPILACAKLAR

- 1.İşyeri/ kurumdaki sorumlu fizyoterapistiniz tarafından imzalanan ve kapalı zarf içerisine yerleştirilen staj defterinizi **yaz stajları için dönem başlangıç tarihinden, klinik uygulama için ise staj bitiminden sonra en geç 10 iş günü içerisinde** danışmanlarınıza imza karşılığında teslim ediniz.

FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ
FTRE 200 YAZ STAJI – I İŞLEYİŞ ŞEMASI



FTRE 200 YAZ STAJI – I
İŞYERİ BİLGİ FORMU

Adı :

Adresi :

Telefon Numarası :

Faks Numarası :

E-Posta :

YAZ STAJI I TARİHLERİ

Başlangıç Tarihi :

Bitiş Tarihi :

KLİNİK UYGULAMANIN AMAÇLARI VE UYGULAMADA DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN HUSUSLAR

1. Klinik çalışma yapacak öğrenciler, bu süre boyunca işyeri tarafından belirlenecek eğitici personel gözetiminde bulunurlar. Eğitici personel, uygulama yapacak öğrencilerin bir plan dahilinde çalışmalarını sürdürmelerinden ve çalışma planının gerektiği şekilde uygulanmasından sorumludur.
2. Öğrenci gözlem altında; hasta, hasta yakını ve tüm sağlık personelleri ile iletişim kurma becerisini ve alınan bilgiler doğrultusunda temel fizyoterapi uygulama yeteneğini (hasta hikayesi alma ve değerlendirme yöntemleri, elektro-fiziksel ajanları ve oluşturulmuş egzersiz programını takip etme) kazanması beklenmektedir.
3. Klinik çalışma süresince öğrenciler sağlık kurumunun belirleyeceği çalışma esaslarına uymak zorundadır.
4. Her öğrenciye uygulama dönemi içinde her gün yaptığı çalışmaları özetlemesi için bir klinik çalışma defteri verilir.

Öğrenci, bu süre içerisinde kendisine verilen programa uygun olarak yürüttüğü çalışmalarını, bu staj defterine kaydeder. Bu çalışmalar her hafta sonunda klinik çalışma sorumlusuna imzalatılır.

Öğrenci, uygulama sonunda değerlendirilme raporunu klinik çalışma defterinde ayrılan bölüme yazar.

Klinik çalışma defteri, uygulama bitiminde ilgili birim veya kurum yetkili amirlerince imzalanır ve mühürlenir.

Bu defter akademik takvimde belirtilen ilk ders kayıt dönemi içerisinde klinik çalışma komisyonuna dilekçe ekinde teslim edilir.

5. Klinik çalışma süresi içerisinde hastalık, yakınının kaybedilmesi vb. durumlarda işyerinin onayı ile ve bölüm danışman öğretim elemanı bilgilendirilerek, uygulamaya bir süre ara verilmesinden kaynaklanan eksik günler uygulama bitiş tarihini takip eden günlerde ve aynı dönem içerisinde tamamlanmak zorundadır. Aksi halde klinik çalışma, sonraki yarıyıllarda tekrarlanır.
6. Her öğrenci, klinik çalışmaya başlarken; uygulamaya ait belgesinden ve başarı formundan oluşan evraklarını staj süresi içerisinde klinik çalışma yapacağı yere vererek bu evraklar doldurulur. Öğrencinin klinik süpervizörü tarafından staj bitimine kadar doldurulan evraklar öğrenciye teslim edilir ve öğrenci belirtilen tarihler içerisinde ilgili staj defterini fizyoterapi ve rehabilitasyon bölümü danışman öğretim elemanına teslim etmekle yükümlüdür.

UYGULAMA YAPACAK ÖĞRECİNİN

Adı-Soyadı:

UYGULAMA DEVAM ÇİZELGESİ

[Öğrenciye işgünleri dikkate alınarak günlük imzalatılacak ve onaylanacak]

GÜN	TARİH	İMZA	
		GİRİŞ	ÇIKIŞ
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

DEVAMSIZLIK KULLANILDIĞI TAKDİRDE TAMAMLAMA ÇİZELGESİ

GÜN	TARİH	İMZA		GÜN	TARİH	İMZA	
		GİRİŞ	ÇIKIŞ			GİRİŞ	ÇIKIŞ
1				5			
2				6			
3				7			
4				8			

Devamsızlık gerekçesi:

KLİNİK ÇALIŞMA KOMİSYONUNUN KARARI	
BAŞARILI	BAŞARISIZ

UYGULAMA SORUMLUSU:

ADI SOYADI:

ÜNVANI/İMZASI:

FTRE 200 YAZ STAJI – I ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRME BÖLÜMÜ

(Bu bölüm öğrenci tarafından doldurulacaktır.)

Tarih:

Staj Yaptığı Birimin Adı:

Süpervizör Adı Soyadı:

I- Başlangıç öğrenme hedefleri

Staj sonunda bu hedeflere ne kadar ulaştığınızı işaretleyiniz (1:Hiç ulaşamadım 2:Ulaşamadım
3:Kısmen ulaştım 4:Ulaştım 5:Tamamen ulaştım)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Gerçekleşmeme nedenini belirtiniz (Tam anlamı ile ulaşıldı ise nedenini/lerini belirtiniz.)

II- Stajda görülen hastalıklar:

Stajda kullandığınız değerlendirme ve/veya fizyoterapi uygulamalarını belirtiniz:

III- Stajda kazandığınız fizyoterapi uygulama becerileri

IV- Stajda kazandığınız ek teorik bilgiler

Stajın uygulamanıza yansımaları kısaca yazınız:

Bilgiyi kazanma yöntemini belirtiniz:

V- Stajda grup uygulama/tartışma/paylaşımı ile kazandıklarınız:

Yoksa nedenini açıklayınız:

VI-Stajda eksik bulduğunuz yönleriniz (teori, uygulama, iletişim, vb.):

VII-Staj yerinin “Klinik Uygulama Eğitimi” açısından:

Size göre en güçlü yanı:

Size göre en zayıf yanı:

Size göre yarattığı fırsat:

1. Vaka:

Klinik uygulamanız boyunca başladığınız süreçten uygulamanızı tamamlama sürecinize kadar takip ettiğiniz hastalarınızdan birini aşağıda belirtilen başlıklar doğrultusunda detaylandırınız. Her öğrenci staj sonrası 2 vaka raporu yapmak zorundadır.

Hastanın Adı Soyadı:	
Hastanın Tanısı:	
Fizyoterapiye başvurma sebebi:	
Tedavi öncesi değerlendirme:	
Hastanın tedaviden beklentisi:	
Fizyoterapistin kısa ve uzun dönem hedefleri:	
Tedavi Programı:	
Ev programı ve öneriler:	
Tedavi sonrası değerlendirme:	
Görüş ve düşünceleriniz:	

2. Vaka:

Klinik uygulamanız boyunca başladığınız süreçten uygulamanızı tamamlama sürecinize kadar takip ettiğiniz hastalarınızdan birini aşağıda belirtilen başlıklar doğrultusunda detaylandırınız. Her öğrenci staj sonrası 2 vaka raporu yapmak zorundadır.

Hastanın Adı Soyadı:	
Hastanın Tanısı:	
Fizyoterapiye başvurma sebebi:	
Tedavi öncesi değerlendirme:	
Hastanın tedaviden beklentisi:	
Fizyoterapistin kısa ve uzun dönem hedefleri:	
Tedavi Programı:	
Ev programı ve öneriler:	
Tedavi sonrası değerlendirme:	
Görüş ve düşünceleriniz:	

Sayın Staj Sorumlusu,

İlgi: Klinik Çalışma Yapılan Kurum sorumlusuna bilgi.

Kurumunuza öğrencimizi kabul ettiğiniz ve klinik uygulama 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 öğrenciye teslim edilmesi ve klinik uygulama süresince öğrencinin çalışmaları ve takip ettiği vakalar ile ilgili raporlarının öğrenciden sorumlu fizyoterapist tarafından onaylanması için gereğini bilgilerinize sunarız.

Uluslararası Kıbrıs Üniversitesi
Fizyoterapi ve Rehabilitasyon
Bölüm Başkanlığı

FTRE200 YAZ STAJI-I TAMAMLAMA ONAY FORMU

Uluslararası Kıbrıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü öğrencisi/...../20... -/...../20... tarihleri arasında sorumlu fizyoterapist gözetiminde, teşhisleri konulmuş hastaların değerlendirme ve tedavi programına katılmıştır.

Sorumlu Fizyoterapist

(İmza ve Kaşe)

ULUSLARARASI KIBRIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ SÜPERVİZÖR
STAJYER ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRME FORMU

Öğrenci Adı Soyadı:

Staja Başlama ve Bitiş Tarihi:

Staj yapılan kurum ve ünitesi / birimi:

I. Değerlendirme Ölçütleri

Lütfen, her ölçüt için, değerlendirme ölçeğine uygun haneyi işaretleyiniz.

A. Davranışlar ve Dış Görünüm

	Çok iyi (5 puan)	İyi (4 puan)	Yeterli (3 puan)	Zayıf (2 puan)	Çok zayıf (1 puan)
Kendine Güven					
İnsiyatif					
İşe Karşı ilgi, özen					
Yaratıcılık					
Eleştiriye açık olma					
Dış Görünüm					

****Sorumlu Fizyoterapist İmzası/Parafı:**

****Zorunlu**

B. İletişim Becerileri

Öğrencinin	Çok iyi (5 puan)	İyi (4 puan)	Yeterli (3 puan)	Zayıf (2 puan)	Çok zayıf (1 puan)
Sorumlu Fizyoterapistiyle					
Çalışma Arkadaşlarıyla					
İşe Karşı ilgi, özen					
Hastalarla					
Personele					

C. İş Performansı

	Çok iyi (5 puan)	İyi (4 puan)	Yeterli (3 puan)	Zayıf (2 puan)	Çok zayıf (1 puan)
İşe devam ve dakiklik					
	(10 puan)	(8 puan)	(6 puan)	(4 puan)	(2 puan)
Mesleki teknik bilgi düzeyi					
Sorumluluk alma					
Talimatları yerine getirme					
	(10 puan)	(8 puan)	(6 puan)	(4 puan)	(2 puan)
Öğrenme isteği ve ilgisi					
Öneri geliştirme					
Beceri düzeyi					

****Sorumlu Fizyoterapist İmzası/Parafı:**

****Zorunlu**

D. Genel Değerlendirme

F	D-	D	D+	C-	C	C+	B-	B	B+	A-	A
0-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	71-75	76-80	81-85	86-90	91-95	96-100

II. Stajyer ğrenci ile yeniden çalışmayı dşnr msnz?

Evet

Hayır

III. Lütfen, stajyer öğrencinin gelişimiyle ilgili önerilerinizi belirtiniz.

IV. Diğer Düşünceler

Staj Yürütücüsünün:

Adı-Soyadı:

İmza ve Kaşe:



SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ

Sayın Paydaşımız,

Bu anket çalıştığınız kurumda staj yapan öğrencilerimizin staj performanslarının değerlendirilmesine yönelik hazırlanmıştır. Stajyer öğrencilerimizle ilgili olarak aşağıda yer alan ifadelere en uygun seçeneği lütfen işaretleyiniz. Değerli görüşleriniz için teşekkür ederiz.

Paydaş Adı:

Kurum Adı:

İletişim bilgileri:

Değerlendirme: 1= kesinlikle katılıyorum; 2= katılıyorum; 3=kararsızım; 4=katılmıyorum; 5= kesinlikle katılmıyorum

1-Değerlendirme (25 puan)

Değerlendirme ile ilgili genel bilgi düzeyine sahip olma	1	2	3	4	5
Bireye özel değerlendirmeyi planlama	1	2	3	4	5
Planlanan değerlendirmeleri uygulama	1	2	3	4	5
Değerlendirmede kontraendike durumları belirleme ve gerekli değişiklikleri yapma	1	2	3	4	5
Değerlendirme sonuçlarını yorumlayıp, klinik problemi belirleme	1	2	3	4	5

2- Fizyoterapi ve Uygulamaları (25 puan)

Fizyoterapi ile ilgili temel bilgi düzeyine sahip olma	1	2	3	4	5
Bireye özel fizyoterapi programını planlama	1	2	3	4	5
Planlanan fizyoterapi programını uygulama ve bireysel ev programını planlama ve öğretme	1	2	3	4	5
Fizyoterapi programında kontraendike durumları belirleme ve gerekli değişiklikleri yapma	1	2	3	4	5
Fizyoterapi uygulamalarında ilgili teknoloji, eğitim ve tedavi gereçlerini kullanarak gerekli protokolleri yürütebilme	1	2	3	4	5

3. Mesleki Uyum ve Sorumluluklar (25 puan)

Mesleki etik ilkelere uygun davranma	1	2	3	4	5
Staj yönetmeliğine uygun davranma (staj saatleri, kıyafet v.s)	1	2	3	4	5
Mesleki bilgi ve becerilerini geliştirmede kişisel çaba gösterme	1	2	3	4	5
Multidisipliner ekip içindeki görev ve sorumluluklarını bilme ve yerine getirme	1	2	3	4	5
Değerlendirme ve fizyoterapi sırasında hasta ve kendi için gereken güvenlik tedbirleri alma	1	2	3	4	5

[Bu kısım FTRE200 Yaz Stajı-I'i rotasyonlu yapan öğrenciler tarafından doldurulacaktır]

FTRE 200 YAZ STAJI – I

İŞYERİ BİLGİ FORMU

Adı :

Adresi :

Telefon Numarası :

Faks Numarası :

E-Posta :

YAZ STAJI I TARİHLERİ

Başlangıç Tarihi :

Bitiş Tarihi :

FTRE 200 YAZ STAJI – I ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRME BÖLÜMÜ

(Bu bölüm öğrenci tarafından doldurulacaktır.)

Tarih:

Staj Yaptığı Birimin Adı:

Süpervizör Adı Soyadı:

I- Başlangıç öğrenme hedefleri

Staj sonunda bu hedeflere ne kadar ulaştığınızı işaretleyiniz (1:Hiç ulaşamadım 2:Ulaşamadım
3:Kısmen ulaştım 4:Ulaştım 5:Tamamen ulaştım)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Gerçekleşmeme nedenini belirtiniz (Tam anlamı ile ulaşılamadı ise nedenini/lerini belirtiniz.)

II- Stajda görülen hastalıklar:

Stajda kullandığınız değerlendirme ve/veya fizyoterapi uygulamalarını belirtiniz:

III- Stajda kazandığınız fizyoterapi uygulama becerileri

IV- Stajda kazandığınız ek teorik bilgiler

Stajın uygulamanıza yansımaları kısaca yazınız:

Bilgiyi kazanma yöntemini belirtiniz:

V- Stajda grup uygulama/tartışma/paylaşımı ile kazandıklarınız:

Yoksa nedenini açıklayınız:

VI-Stajda eksik bulduğunuz yönleriniz (teori, uygulama, iletişim, vb.):

VII-Staj yerinin “Klinik Uygulama Eğitimi” açısından:

Size göre en güçlü yanı:

Size göre en zayıf yanı:

Size göre yarattığı fırsat:

FTRE200 YAZ STAJI-I TAMAMLAMA ONAY FORMU

Uluslararası Kıbrıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü öğrencisi/...../20... -/...../20... tarihleri arasında sorumlu fizyoterapist gözetiminde, teşhisleri konulmuş hastaların değerlendirme ve tedavi programına katılmıştır.

Sorumlu Fizyoterapist

(İmza ve Kaşe)

ULUSLARARASI KIBRIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ SÜPERVİZÖR
STAJYER ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRME FORMU

Öğrenci Adı Soyadı:

Staja Başlama ve Bitiş Tarihi:

Staj yapılan kurum ve ünitesi / birimi:

I. Değerlendirme Ölçütleri

Lütfen, her ölçüt için, değerlendirme ölçeğine uygun haneyi işaretleyiniz.

A. Davranışlar ve Dış Görünüm

	Çok iyi (5 puan)	İyi (4 puan)	Yeterli (3 puan)	Zayıf (2 puan)	Çok zayıf (1 puan)
Kendine Güven					
İnsiyatif					
İşe Karşı ilgi, özen					
Yaratıcılık					
Eleştiriye açık olma					
Dış Görünüm					

****Sorumlu Fizyoterapist İmzası/Parafı:**

****Zorunlu**

B. İletişim Becerileri

Öğrencinin	Çok iyi (5 puan)	İyi (4 puan)	Yeterli (3 puan)	Zayıf (2 puan)	Çok zayıf (1 puan)
Sorumlu Fizyoterapistiyle					
Çalışma Arkadaşlarıyla					
İşe Karşı ilgi, özen					
Hastalarla					
Personele					

C. İş Performansı

	Çok iyi (5 puan)	İyi (4 puan)	Yeterli (3 puan)	Zayıf (2 puan)	Çok zayıf (1 puan)
İşe devam ve dakiklik					
	(10 puan)	(8 puan)	(6 puan)	(4 puan)	(2 puan)
Mesleki teknik bilgi düzeyi					
Sorumluluk alma					
Talimatları yerine getirme					
	(10 puan)	(8 puan)	(6 puan)	(4 puan)	(2 puan)
Öğrenme isteği ve ilgisi					
Öneri geliştirme					
Beceri düzeyi					

****Sorumlu Fizyoterapist İmzası/Parafı:**

****Zorunlu**

D. Genel Değerlendirme

F	D-	D	D+	C-	C	C+	B-	B	B+	A-	A
0-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	71-75	76-80	81-85	86-90	91-95	96-100

II. Stajyer ğrenci ile yeniden çalışmayı dşnr msnz?

Evet

Hayır

III. Lütfen, stajyer öğrencinin gelişimiyle ilgili önerilerinizi belirtiniz.

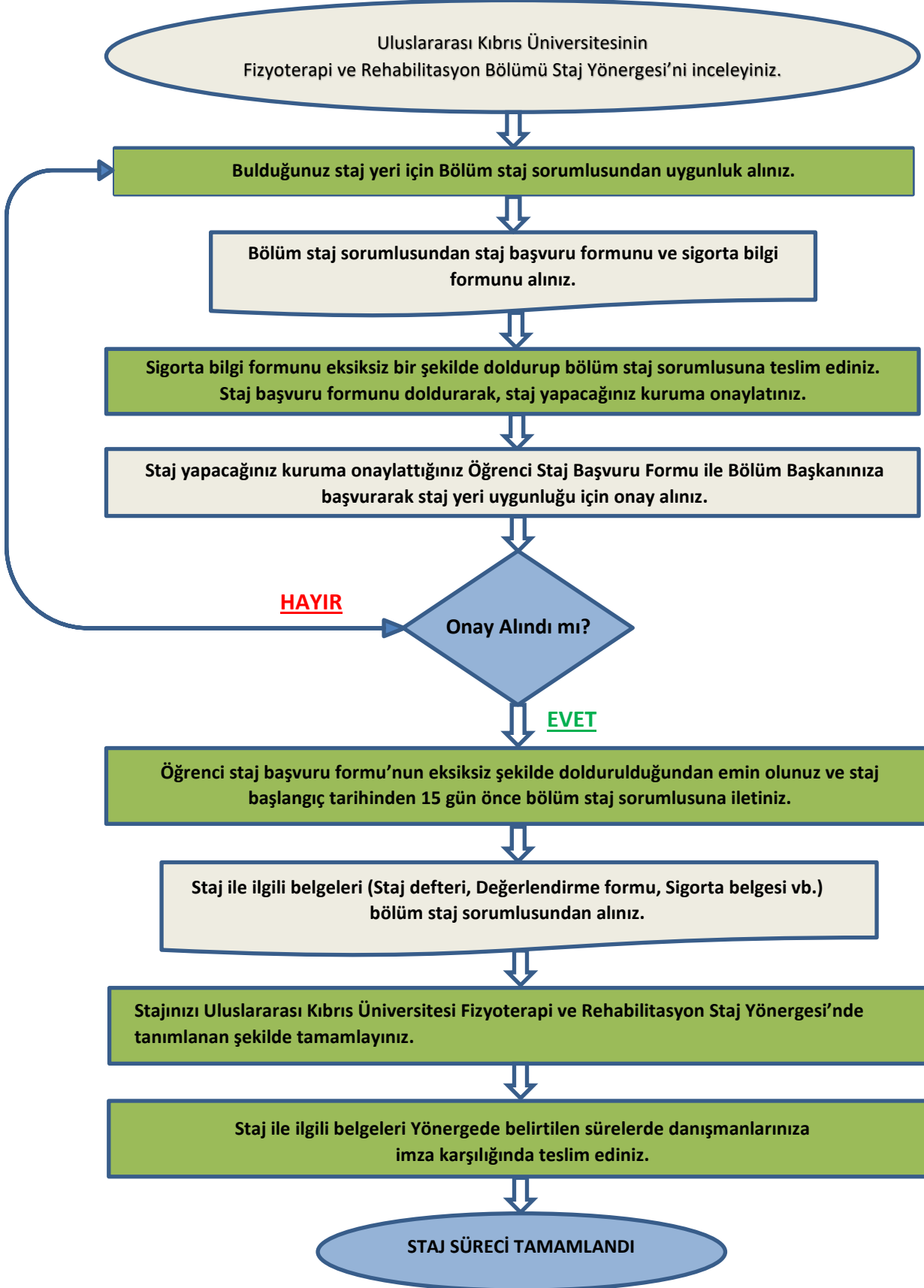
IV. Diğer Düşünceler

Staj Yürütücüsünün:

Adı-Soyadı:

İmza ve Kaşe:

FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ
FTRE 300 YAZ STAJI – II İŞLEYİŞ ŞEMASI



FTRE 300 YAZ STAJI – II
İŞYERİ BİLGİ FORMU

Adı :

Adresi :

Telefon Numarası :

Faks Numarası :

E-Posta :

YAZ STAJI II TARİHLERİ

Başlangıç Tarihi :

Bitiş Tarihi :

KLİNİK UYGULAMANIN AMAÇLARI VE UYGULAMADA DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN HUSUSLAR

1. Klinik çalışma yapacak öğrenciler, bu süre boyunca işyeri tarafından belirlenecek eğitici personel gözetiminde bulunurlar. Eğitici personel, uygulama yapacak öğrencilerin bir plan dahilinde çalışmalarını sürdürmelerinden ve çalışma planının gerektiği şekilde uygulanmasından sorumludur.
2. Öğrenci gözlem altında; hasta, hasta yakını ve tüm sağlık personelleri ile iletişim kurma becerisini ve alınan bilgiler doğrultusunda temel fizyoterapi uygulama yeteneğini (hasta hikayesi alma ve değerlendirme yöntemleri, elektro-fiziksel ajanları ve oluşturulmuş egzersiz programını takip etme) kazanması beklenmektedir.
3. Klinik çalışma süresince öğrenciler sağlık kurumunun belirleyeceği çalışma esaslarına uymak zorundadır.
4. Her öğrenciye uygulama dönemi içinde her gün yaptığı çalışmaları özetlemesi için bir klinik çalışma defteri verilir.

Öğrenci, bu süre içerisinde kendisine verilen programa uygun olarak yürüttüğü çalışmalarını, bu staj defterine kaydeder. Bu çalışmalar her hafta sonunda klinik çalışma sorumlusuna imzalatılır.

Öğrenci, uygulama sonunda değerlendirilme raporunu klinik çalışma defterinde ayrılan bölüme yazar.

Klinik çalışma defteri, uygulama bitiminde ilgili birim veya kurum yetkili amirlerince imzalanır ve mühürlenir.

Bu defter akademik takvimde belirtilen ilk ders kayıt dönemi içerisinde klinik çalışma komisyonuna dilekçe ekinde teslim edilir.

5. Klinik çalışma süresi içerisinde hastalık, yakınının kaybedilmesi vb. durumlarda işyerinin onayı ile ve bölüm danışman öğretim elemanı bilgilendirilerek, uygulamaya bir süre ara verilmesinden kaynaklanan eksik günler uygulama bitiş tarihini takip eden günlerde ve aynı dönem içerisinde tamamlanmak zorundadır. Aksi halde klinik çalışma, sonraki yarıyıllarda tekrarlanır.
6. Her öğrenci, klinik çalışmaya başlarken; uygulamaya ait belgesinden ve başarı formundan oluşan evraklarını staj süresi içerisinde klinik çalışma yapacağı yere vererek bu evraklar doldurulur. Öğrencinin klinik süpervizörü tarafından staj bitimine kadar doldurulan evraklar öğrenciye teslim edilir ve öğrenci belirtilen tarihler içerisinde ilgili staj defterini fizyoterapi ve rehabilitasyon bölümü danışman öğretim elemanına teslim etmekle yükümlüdür.

UYGULAMA YAPACAK ÖĞRECİNİN

Adı-Soyadı:

UYGULAMA DEVAM ÇİZELGESİ

[Öğrenciye işgünleri dikkate alınarak günlük imzalatılacak ve onaylanacak]

GÜN	TARİH	İMZA	
		GİRİŞ	ÇIKIŞ
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

DEVAMSIZLIK KULLANILDIĞI TAKDİRDE TAMAMLAMA ÇİZELGESİ

GÜN	TARİH	İMZA		GÜN	TARİH	İMZA	
		GİRİŞ	ÇIKIŞ			GİRİŞ	ÇIKIŞ
1				5			
2				6			
3				7			
4				8			

Devamsızlık gerekçesi:

KLİNİK ÇALIŞMA KOMİSYONUNUN KARARI	
BAŞARILI	BAŞARISIZ

UYGULAMA SORUMLUSU:

ADI SOYADI:

ÜNVANI/İMZASI:

FTRE 300 YAZ STAJI – II ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRME BÖLÜMÜ

(Bu bölüm öğrenci tarafından doldurulacaktır.)

Tarih:

Staj Yaptığı Birimin Adı:

Süpervizör Adı Soyadı:

I- Başlangıç öğrenme hedefleri

Staj sonunda bu hedeflere ne kadar ulaştığınızı işaretleyiniz (1:Hiç ulaşamadım 2:Ulaşamadım
3:Kısmen ulaştım 4:Ulaştım 5:Tamamen ulaştım)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Gerçekleşmeme nedenini belirtiniz (Tam anlamı ile ulaşıldı ise nedenini/lerini belirtiniz.)

II- Stajda görülen hastalıklar:

Stajda kullandığınız değerlendirme ve/veya fizyoterapi uygulamalarını belirtiniz:

III- Stajda kazandığınız fizyoterapi uygulama becerileri

IV- Stajda kazandığınız ek teorik bilgiler

Stajın uygulamanıza yansımaları kısaca yazınız:

Bilgiyi kazanma yöntemini belirtiniz:

V- Stajda grup uygulama/tartışma/paylaşımı ile kazandıklarınız:

Yoksa nedenini açıklayınız:

VI-Stajda eksik bulduğunuz yönleriniz (teori, uygulama, iletişim, vb.):

VII-Staj yerinin “Klinik Uygulama Eğitimi” açısından:

Size göre en güçlü yanı:

Size göre en zayıf yanı:

Size göre yarattığı fırsat:

1. Vaka:

Klinik uygulamanız boyunca başladığınız süreçten uygulamanızı tamamlama sürecinize kadar takip ettiğiniz hastalarınızdan birini aşağıda belirtilen başlıklar doğrultusunda detaylandırınız. Her öğrenci staj sonrası 2 vaka raporu yapmak zorundadır.

Hastanın Adı Soyadı:	
Hastanın Tanısı:	
Fizyoterapiye başvurma sebebi:	
Tedavi öncesi değerlendirme:	
Hastanın tedaviden beklentisi:	
Fizyoterapistin kısa ve uzun dönem hedefleri:	
Tedavi Programı:	
Ev programı ve öneriler:	
Tedavi sonrası değerlendirme:	
Görüş ve düşünceleriniz:	

2. Vaka:

Klinik uygulamanız boyunca başladığınız süreçten uygulamanızı tamamlama sürecinize kadar takip ettiğiniz hastalarınızdan birini aşağıda belirtilen başlıklar doğrultusunda detaylandırınız. Her öğrenci staj sonrası 2 vaka raporu yapmak zorundadır.

Hastanın Adı Soyadı:	
Hastanın Tanısı:	
Fizyoterapiye başvurma sebebi:	
Tedavi öncesi değerlendirme:	
Hastanın tedaviden beklentisi:	
Fizyoterapistin kısa ve uzun dönem hedefleri:	
Tedavi Programı:	
Ev programı ve öneriler:	
Tedavi sonrası değerlendirme:	
Görüş ve düşünceleriniz:	

Sayın Staj Sorumlusu,

İlgi: *Klinik Çalışma Yapılan Kurum sorumlusuna bilgi.*

Kurumunuza öğrencimizi kabul ettiğiniz ve klinik uygulama 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 öğrenciye teslim edilmesi ve klinik uygulama süresince öğrencinin çalışmaları ve takip ettiği vakalar ile ilgili raporlarının öğrenciden sorumlu fizyoterapist tarafından onaylanması için gereğini bilgilerinize sunarız.

Uluslararası Kıbrıs Üniversitesi
Fizyoterapi ve Rehabilitasyon
Bölüm Başkanlığı

FTRE300 YAZ STAJI II TAMAMLAMA ONAY FORMU

Uluslararası Kıbrıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü öğrencisi/...../20... -/...../20... tarihleri arasında sorumlu fizyoterapist gözetiminde, teşhisleri konulmuş hastaların değerlendirme ve tedavi programına katılmıştır.

Sorumlu Fizyoterapist

(İmza ve Kaşe)

ULUSLARARASI KIBRIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ SÜPERVİZÖR
STAJYER ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRME FORMU

Öğrenci Adı Soyadı:

Staja Başlama ve Bitiş Tarihi:

Staj yapılan kurum ve ünitesi / birimi:

I. Değerlendirme Ölçütleri

Lütfen, her ölçüt için, değerlendirme ölçeğine uygun haneyi işaretleyiniz.

A. Davranışlar ve Dış Görünüm

	Çok iyi (5 puan)	İyi (4 puan)	Yeterli (3 puan)	Zayıf (2 puan)	Çok zayıf (1 puan)
Kendine Güven					
İnsiyatif					
İşe Karşı ilgi, özen					
Yaratıcılık					
Eleştiriye açık olma					
Dış Görünüm					

****Sorumlu Fizyoterapist İmzası/Parafı:**

****Zorunlu**

B. İletişim Becerileri

Öğrencinin	Çok iyi (5 puan)	İyi (4 puan)	Yeterli (3 puan)	Zayıf (2 puan)	Çok zayıf (1 puan)
Sorumlu Fizyoterapistiyle					
Çalışma Arkadaşlarıyla					
İşe Karşı ilgi, özen					
Hastalarla					
Personele					

C. İş Performansı

	Çok iyi (5 puan)	İyi (4 puan)	Yeterli (3 puan)	Zayıf (2 puan)	Çok zayıf (1 puan)
İşe devam ve dakiklik					
	(10 puan)	(8 puan)	(6 puan)	(4 puan)	(2 puan)
Mesleki teknik bilgi düzeyi					
Sorumluluk alma					
Talimatları yerine getirme					
	(10 puan)	(8 puan)	(6 puan)	(4 puan)	(2 puan)
Öğrenme isteği ve ilgisi					
Öneri geliştirme					
Beceri düzeyi					

****Sorumlu Fizyoterapist İmzası/Parafı:**

****Zorunlu**

D. Genel Değerlendirme

F	D-	D	D+	C-	C	C+	B-	B	B+	A-	A
0-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	71-75	76-80	81-85	86-90	91-95	96-100

II. Stajyer ğrenci ile yeniden çalışmayı dşnr msnz?

Evet

Hayır

III. Lütfen, stajyer öğrencinin gelişimiyle ilgili önerilerinizi belirtiniz.

IV. Diğer Düşünceler

Staj Yürütücüsünün:

Adı-Soyadı:

İmza ve Kaşe:



SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ

Sayın Paydaşımız,

Bu anket çalıştığınız kurumda staj yapan öğrencilerimizin staj performanslarının değerlendirilmesine yönelik hazırlanmıştır. Stajyer öğrencilerimizle ilgili olarak aşağıda yer alan ifadelere en uygun seçeneği lütfen işaretleyiniz. Değerli görüşleriniz için teşekkür ederiz.

Paydaş Adı:

Kurum Adı:

İletişim bilgileri:

Değerlendirme: 1= kesinlikle katılıyorum; 2= katılıyorum; 3=kararsızım; 4=katılmıyorum; 5= kesinlikle katılmıyorum

1-Değerlendirme (25 puan)

Değerlendirme ile ilgili genel bilgi düzeyine sahip olma	1	2	3	4	5
Bireye özel değerlendirmeyi planlama	1	2	3	4	5
Planlanan değerlendirmeleri uygulama	1	2	3	4	5
Değerlendirmede kontraendike durumları belirleme ve gerekli değişiklikleri yapma	1	2	3	4	5
Değerlendirme sonuçlarını yorumlayıp, klinik problemi belirleme	1	2	3	4	5

2- Fizyoterapi ve Uygulamaları (25 puan)

Fizyoterapi ile ilgili temel bilgi düzeyine sahip olma	1	2	3	4	5
Bireye özel fizyoterapi programını planlama	1	2	3	4	5
Planlanan fizyoterapi programını uygulama ve bireysel ev programını planlama ve öğretme	1	2	3	4	5
Fizyoterapi programında kontraendike durumları belirleme ve gerekli değişiklikleri yapma	1	2	3	4	5
Fizyoterapi uygulamalarında ilgili teknoloji, eğitim ve tedavi gereçlerini kullanarak gerekli protokolleri yürütebilme	1	2	3	4	5

3. Mesleki Uyum ve Sorumluluklar (25 puan)

Mesleki etik ilkelere uygun davranma	1	2	3	4	5
Staj yönetmeliğine uygun davranma (staj saatleri, kıyafet v.s)	1	2	3	4	5
Mesleki bilgi ve becerilerini geliştirmede kişisel çaba gösterme	1	2	3	4	5
Multidisipliner ekip içindeki görev ve sorumluluklarını bilme ve yerine getirme	1	2	3	4	5
Değerlendirme ve fizyoterapi sırasında hasta ve kendi için gereken güvenlik tedbirleri alma	1	2	3	4	5

[Bu kısım FTRE300 Yaz Stajı-II'i rotasyonlu yapan öğrenciler tarafından doldurulacaktır]

FTRE 300 YAZ STAJI – II

İŞYERİ BİLGİ FORMU

Adı :

Adresi :

Telefon Numarası :

Faks Numarası :

E-Posta :

YAZ STAJI I TARİHLERİ

Başlangıç Tarihi :

Bitiş Tarihi :

FTRE 300 YAZ STAJI – II ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRME BÖLÜMÜ

(Bu bölüm öğrenci tarafından doldurulacaktır.)

Tarih:

Staj Yaptığı Birimin Adı:

Süpervizör Adı Soyadı:

I- Başlangıç öğrenme hedefleri

Staj sonunda bu hedeflere ne kadar ulaştığınızı işaretleyiniz (1:Hiç ulaşamadım 2:Ulaşamadım
3:Kısmen ulaştım 4:Ulaştım 5:Tamamen ulaştım)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Gerçekleşmeme nedenini belirtiniz (Tam anlamı ile ulaşıldı ise nedenini/lerini belirtiniz.)

II- Stajda görülen hastalıklar:

Stajda kullandığınız değerlendirme ve/v3eya fizyoterapi uygulamalarını belirtiniz:

III- Stajda kazandığınız fizyoterapi uygulama becerileri

IV- Stajda kazandığınız ek teorik bilgiler

Stajın uygulamanıza yansımaları kısaca yazınız:

Bilgiyi kazanma yöntemini belirtiniz:

V- Stajda grup uygulama/tartışma/paylaşımı ile kazandıklarınız:

Yoksa nedenini açıklayınız:

VI-Stajda eksik bulduğunuz yönleriniz (teori, uygulama, iletişim, vb.):

VII-Staj yerinin “Klinik Uygulama Eğitimi” açısından:

Size göre en güçlü yanı:

Size göre en zayıf yanı:

Size göre yarattığı fırsat:

FTRE300 YAZ STAJI-II TAMAMLAMA ONAY FORMU

Uluslararası Kıbrıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü öğrencisi/...../20... -/...../20... tarihleri arasında sorumlu fizyoterapist gözetiminde, teşhisleri konulmuş hastaların değerlendirme ve tedavi programına katılmıştır.

Sorumlu Fizyoterapist

(İmza ve Kaşe)

ULUSLARARASI KIBRIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ SÜPERVİZÖR
STAJYER ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRME FORMU

Öğrenci Adı Soyadı:

Staja Başlama ve Bitiş Tarihi:

Staj yapılan kurum ve ünitesi / birimi:

I. Değerlendirme Ölçütleri

Lütfen, her ölçüt için, değerlendirme ölçeğine uygun haneyi işaretleyiniz.

A. Davranışlar ve Dış Görünüm

	Çok iyi (5 puan)	İyi (4 puan)	Yeterli (3 puan)	Zayıf (2 puan)	Çok zayıf (1 puan)
Kendine Güven					
İnsiyatif					
İşe Karşı ilgi, özen					
Yaratıcılık					
Eleştiriye açık olma					
Dış Görünüm					

****Sorumlu Fizyoterapist İmzası/Parafı:**

****Zorunlu**

B. İletişim Becerileri

Öğrencinin	Çok iyi (5 puan)	İyi (4 puan)	Yeterli (3 puan)	Zayıf (2 puan)	Çok zayıf (1 puan)
Sorumlu Fizyoterapistiyle					
Çalışma Arkadaşlarıyla					
İşe Karşı ilgi, özen					
Hastalarla					
Personele					

C. İş Performansı

	Çok iyi (5 puan)	İyi (4 puan)	Yeterli (3 puan)	Zayıf (2 puan)	Çok zayıf (1 puan)
İşe devam ve dakiklik					
	(10 puan)	(8 puan)	(6 puan)	(4 puan)	(2 puan)
Mesleki teknik bilgi düzeyi					
Sorumluluk alma					
Talimatları yerine getirme					
	(10 puan)	(8 puan)	(6 puan)	(4 puan)	(2 puan)
Öğrenme isteği ve ilgisi					
Öneri geliştirme					
Beceri düzeyi					

****Sorumlu Fizyoterapist İmzası/Parafı:**

****Zorunlu**

D. Genel Değerlendirme

F	D-	D	D+	C-	C	C+	B-	B	B+	A-	A
0-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	71-75	76-80	81-85	86-90	91-95	96-100

II. Stajyer ğrenci ile yeniden çalışmayı dşnr msnz?

Evet

Hayır

III. Lütfen, stajyer öğrencinin gelişimiyle ilgili önerilerinizi belirtiniz.

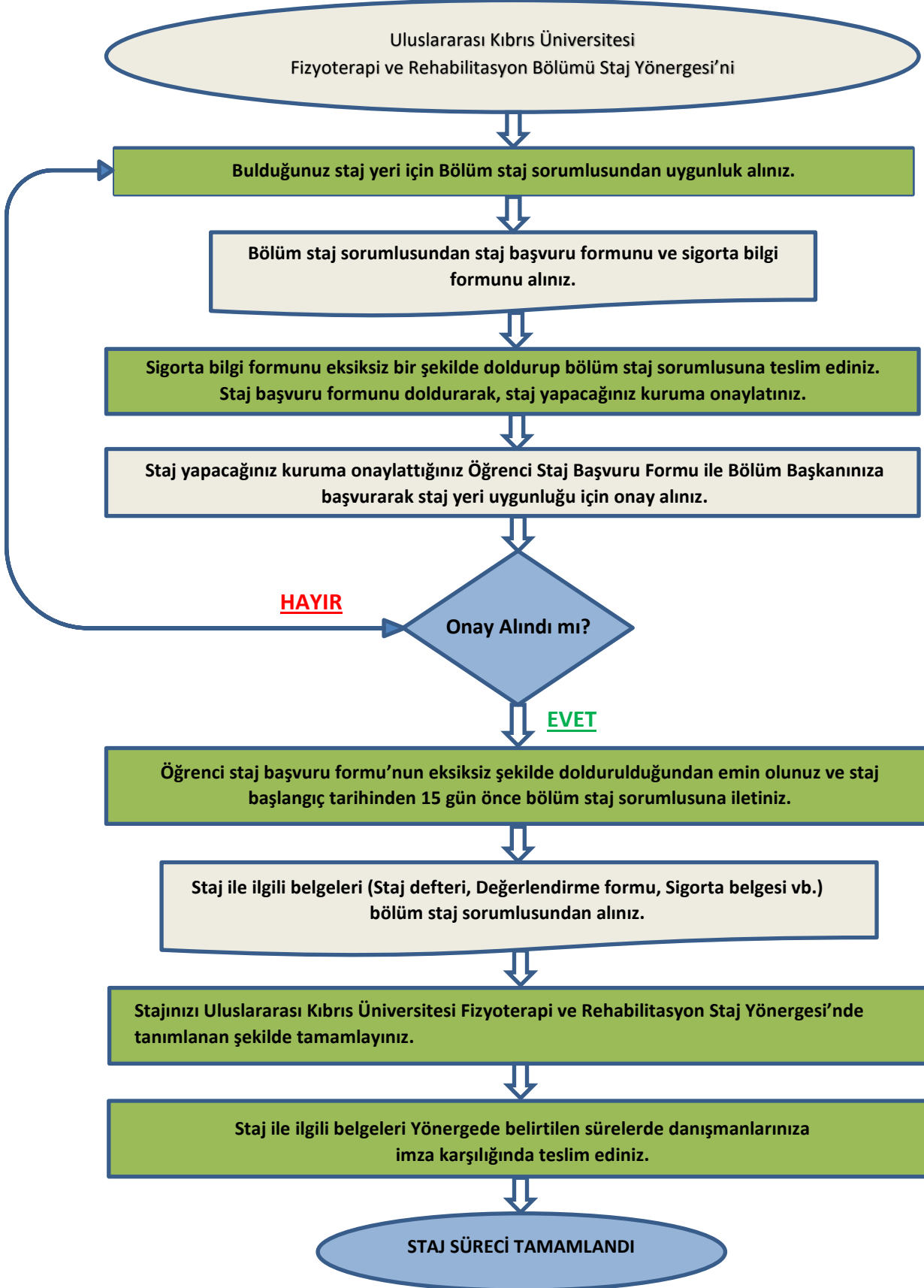
IV. Diğer Düşünceler

Staj Yürütücüsünün:

Adı-Soyadı:

İmza ve Kaşe:

FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ
FTRE 401 KLİNİK UYGULAMA- I İŞLEYİŞ ŞEMASI



FTRE 401 KLİNİK UYGULAMA– I

İŞYERİ BİLGİ FORMU

Adı :

Adresi :

Telefon Numarası :

Faks Numarası :

E-Posta :

KLİNİK UYGULAMA TARİHLERİ

Başlangıç Tarihi :

Bitiş Tarihi :

KLİNİK UYGULAMANIN AMAÇLARI VE UYGULAMADA DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN HUSUSLAR

1. Klinik çalışma yapacak öğrenciler, bu süre boyunca işyeri tarafından belirlenecek eğitici personel gözetiminde bulunurlar. Eğitici personel, uygulama yapacak öğrencilerin bir plan dahilinde çalışmalarını sürdürmelerinden ve çalışma planının gerektiği şekilde uygulanmasından sorumludur.
2. Öğrenci gözlem altında; hasta, hasta yakını ve tüm sağlık personelleri ile iletişim kurma becerisini ve alınan bilgiler doğrultusunda temel fizyoterapi uygulama yeteneğini (hasta hikayesi alma ve değerlendirme yöntemleri, elektro-fiziksel ajanları ve oluşturulmuş egzersiz programını takip etme) kazanması beklenmektedir.
3. Klinik çalışma süresince öğrenciler sağlık kurumunun belirleyeceği çalışma esaslarına uymak zorundadır.
4. Her öğrenciye uygulama dönemi içinde her gün yaptığı çalışmaları özetlemesi için bir klinik çalışma defteri verilir.

Öğrenci, bu süre içerisinde kendisine verilen programa uygun olarak yürüttüğü çalışmalarını, bu staj defterine kaydeder. Bu çalışmalar her hafta sonunda klinik çalışma sorumlusuna imzalatılır.

Öğrenci, uygulama sonunda değerlendirilme raporunu klinik çalışma defterinde ayrılan bölüme yazar.

Klinik çalışma defteri, uygulama bitiminde ilgili birim veya kurum yetkili amirlerince imzalanır ve mühürlenir.

Bu defter akademik takvimde belirtilen ilk ders kayıt dönemi içerisinde klinik çalışma komisyonuna dilekçe ekinde teslim edilir.

5. Klinik çalışma süresi içerisinde hastalık, yakınının kaybedilmesi vb. durumlarda işyerinin onayı ile ve bölüm danışman öğretim elemanı bilgilendirilerek, uygulamaya bir süre ara verilmesinden kaynaklanan eksik günler uygulama bitiş tarihini takip eden günlerde ve aynı dönem içerisinde tamamlanmak zorundadır. Aksi halde klinik çalışma, sonraki yarıyıllarda tekrarlanır.
6. Her öğrenci, klinik çalışmaya başlarken; uygulamaya ait belgesinden ve başarı formundan oluşan evraklarını staj süresi içerisinde klinik çalışma yapacağı yere vererek bu evraklar doldurulur. Öğrencinin klinik süpervizörü tarafından staj bitimine kadar doldurulan evraklar öğrenciye teslim edilir ve öğrenci belirtilen tarihler içerisinde ilgili staj defterini fizyoterapi ve rehabilitasyon bölümü danışman öğretim elemanına teslim etmekle yükümlüdür.

UYGULAMA YAPACAK ÖĞRECİNİN

Adı-Soyadı:

UYGULAMA DEVAM ÇİZELGESİ

[Öğrenciye işgünleri dikkate alınarak günlük imzalatılacak ve onaylanacak]

GÜN	TARİH	İMZA		GÜN	TARİH	İMZA	
		GİRİŞ	ÇIKIŞ			GİRİŞ	ÇIKIŞ
1				21			
2				22			
3				23			
4				24			
5				25			
6				26			
7				27			
8				28			
9				29			
10				30			
11				31			
12				32			
13				33			
14				34			
15				35			
16				36			
17				37			
18				38			
19				39			
20				40			

DEVAMSIZLIK KULLANILDIĞI TAKDİRDE TAMAMLAMA ÇİZELGESİ

GÜN	TARİH	İMZA		GÜN	TARİH	İMZA	
		GİRİŞ	ÇIKIŞ			GİRİŞ	ÇIKIŞ
1				5			
2				6			
3				7			
4				8			

Devamsızlık gerekçesi:

KLİNİK ÇALIŞMA KOMİSYONUNUN KARARI	
BAŞARILI	BAŞARISIZ

UYGULAMA SORUMLUSU:

ADI SOYADI:

ÜNVANI/İMZASI:

FTRE 401 KLİNİK UYGULAMA– I ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRME BÖLÜMÜ

(Bu bölüm öğrenci tarafından doldurulacaktır.)

Tarih:

Staj Yaptığı Birimin Adı:

Süpervizör Adı Soyadı:

I- Başlangıç öğrenme hedefleri

Staj sonunda bu hedeflere ne kadar ulaştığınızı işaretleyiniz (1:Hiç ulaşamadım 2:Ulaşamadım 3:Kısmen ulaştım 4:Ulaştım 5:Tamamen ulaştım)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Gerçekleşmeme nedenini belirtiniz (Tam anlamı ile ulaşıldı ise nedenini/lerini belirtiniz.)

II- Stajda görülen hastalıklar:

Stajda kullandığınız değerlendirme ve/veya fizyoterapi uygulamalarını belirtiniz:

III- Stajda kazandığınız fizyoterapi uygulama becerileri

IV- Stajda kazandığınız ek teorik bilgiler

Stajın uygulamanıza yansımaları kısaca yazınız:

Bilgiyi kazanma yöntemini belirtiniz:

V- Stajda grup uygulama/tartışma/paylaşımı ile kazandıklarınız:

Yoksa nedenini açıklayınız:

VI-Stajda eksik bulduğunuz yönleriniz (teori, uygulama, iletişim, vb.):

VII-Staj yerinin “Klinik Uygulama Eğitimi” açısından:

Size göre en güçlü yanı:

Size göre en zayıf yanı:

Size göre yarattığı fırsat:

1. Vaka:

Klinik uygulamanız boyunca başladığınız süreçten uygulamanızı tamamlama sürecinize kadar takip ettiğiniz hastalarınızdan birini aşağıda belirtilen başlıklar doğrultusunda detaylandırınız. Her öğrenci klinik uygulama sonrası 5 vaka raporu yapmak zorundadır.

Hastanın Adı Soyadı:	
Hastanın Tanısı:	
Fizyoterapiye başvurma sebebi:	
Tedavi öncesi değerlendirme:	
Hastanın tedaviden beklentisi:	
Fizyoterapistin kısa ve uzun dönem hedefleri:	
Tedavi Programı:	
Ev programı ve öneriler:	
Tedavi sonrası değerlendirme:	
Görüş ve düşünceleriniz:	

2. Vaka:

Klinik uygulamanız boyunca başladığınız süreçten uygulamanızı tamamlama sürecinize kadar takip ettiğiniz hastalarınızdan birini aşağıda belirtilen başlıklar doğrultusunda detaylandırınız. Her öğrenci klinik uygulama sonrası 5 vaka raporu yapmak zorundadır.

Hastanın Adı Soyadı:	
Hastanın Tanısı:	
Fizyoterapiye başvurma sebebi:	
Tedavi öncesi değerlendirme:	
Hastanın tedaviden beklentisi:	
Fizyoterapistin kısa ve uzun dönem hedefleri:	
Tedavi Programı:	
Ev programı ve öneriler:	
Tedavi sonrası değerlendirme:	
Görüş ve düşünceleriniz:	

3. Vaka:

Klinik uygulamanız boyunca başladığınız süreçten uygulamanızı tamamlama sürecinize kadar takip ettiğiniz hastalarınızdan birini aşağıda belirtilen başlıklar doğrultusunda detaylandırınız. Her öğrenci klinik uygulama sonrası 5 vaka raporu yapmak zorundadır.

Hastanın Adı Soyadı:	
Hastanın Tanısı:	
Fizyoterapiye başvurma sebebi:	
Tedavi öncesi değerlendirme:	
Hastanın tedaviden beklentisi:	
Fizyoterapistin kısa ve uzun dönem hedefleri:	
Tedavi Programı:	
Ev programı ve öneriler:	
Tedavi sonrası değerlendirme:	
Görüş ve düşünceleriniz:	

Sayın Staj Sorumlusu,

İlgi: *Klinik Çalışma Yapılan Kurum sorumlusuna bilgi.*

Kurumunuza öğrencimizi kabul ettiğiniz ve klinik uygulama 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 öğrenciye teslim edilmesi ve klinik uygulama süresince öğrencinin çalışmaları ve takip ettiği vakalar ile ilgili raporlarının öğrenciden sorumlu fizyoterapist tarafından onaylanması için gereğini bilgilerinize sunarız.

Uluslararası Kıbrıs Üniversitesi
Fizyoterapi ve Rehabilitasyon
Bölüm Başkanlığı

FTRE401 KLİNİK UYGULAMA-I TAMAMLAMA ONAY FORMU

Uluslararası Kıbrıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü öğrencisi/...../20... -/...../20... tarihleri arasında sorumlu fizyoterapist gözetiminde, teşhisleri konulmuş hastaların değerlendirme ve tedavi programına katılmıştır.

Sorumlu Fizyoterapist

(İmza ve Kaşe)

ULUSLARARASI KIBRIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ SÜPERVİZÖR
STAJYER ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRME FORMU

Öğrenci Adı Soyadı:

Staja Başlama ve Bitiş Tarihi:

Staj yapılan kurum ve ünitesi / birimi:

I. Değerlendirme Ölçütleri

Lütfen, her ölçüt için, değerlendirme ölçeğine uygun haneyi işaretleyiniz.

A. Davranışlar ve Dış Görünüm

	Çok iyi (5 puan)	İyi (4 puan)	Yeterli (3 puan)	Zayıf (2 puan)	Çok zayıf (1 puan)
Kendine Güven					
İnsiyatif					
İşe Karşı ilgi, özen					
Yaratıcılık					
Eleştiriye açık olma					
Dış Görünüm					

****Sorumlu Fizyoterapist İmzası/Parafı:**

****Zorunlu**

B. İletişim Becerileri

Öğrencinin	Çok iyi (5 puan)	İyi (4 puan)	Yeterli (3 puan)	Zayıf (2 puan)	Çok zayıf (1 puan)
Sorumlu Fizyoterapistiyle					
Çalışma Arkadaşlarıyla					
İşe Karşı ilgi, özen					
Hastalarla					
Personele					

C. İş Performansı

	Çok iyi (5 puan)	İyi (4 puan)	Yeterli (3 puan)	Zayıf (2 puan)	Çok zayıf (1 puan)
İşe devam ve dakiklik					
	(10 puan)	(8 puan)	(6 puan)	(4 puan)	(2 puan)
Mesleki teknik bilgi düzeyi					
Sorumluluk alma					
Talimatları yerine getirme					
	(10 puan)	(8 puan)	(6 puan)	(4 puan)	(2 puan)
Öğrenme isteği ve ilgisi					
Öneri geliştirme					
Beceri düzeyi					

****Sorumlu Fizyoterapist İmzası/Parafı:**

****Zorunlu**

D. Genel Değerlendirme

F	D-	D	D+	C-	C	C+	B-	B	B+	A-	A
0-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	71-75	76-80	81-85	86-90	91-95	96-100

II. Stajyer ğrenci ile yeniden çalışmayı düşünür msnz?

Evet

Hayır

III. Lütfen, stajyer öğrencinin gelişimiyle ilgili önerilerinizi belirtiniz.

IV. Diğer Düşünceler

Staj Yürütücüsünün:

Adı-Soyadı:

İmza ve Kaşe:



SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ

Sayın Paydaşımız,

Bu anket çalıştığımız kurumda staj yapan öğrencilerimizin staj performanslarının değerlendirilmesine yönelik hazırlanmıştır. Stajyer öğrencilerimizle ilgili olarak aşağıda yer alan ifadelere en uygun seçeneği lütfen işaretleyiniz. Değerli görüşleriniz için teşekkür ederiz.

Paydaş Adı:

Kurum Adı:

İletişim bilgileri:

Değerlendirme: 1= kesinlikle katılıyorum; 2= katılıyorum; 3=kararsızım; 4=katılmıyorum; 5= kesinlikle katılmıyorum

1-Değerlendirme (25 puan)

Değerlendirme ile ilgili genel bilgi düzeyine sahip olma	1	2	3	4	5
Bireye özel değerlendirmeyi planlama	1	2	3	4	5
Planlanan değerlendirmeleri uygulama	1	2	3	4	5
Değerlendirmede kontraendike durumları belirleme ve gerekli değişiklikleri yapma	1	2	3	4	5
Değerlendirme sonuçlarını yorumlayıp, klinik problemi belirleme	1	2	3	4	5

2- Fizyoterapi ve Uygulamaları (25 puan)

Fizyoterapi ile ilgili temel bilgi düzeyine sahip olma	1	2	3	4	5
Bireye özel fizyoterapi programını planlama	1	2	3	4	5
Planlanan fizyoterapi programını uygulama ve bireysel ev programını planlama ve öğretme	1	2	3	4	5
Fizyoterapi programında kontraendike durumları belirleme ve gerekli değişiklikleri yapma	1	2	3	4	5
Fizyoterapi uygulamalarında ilgili teknoloji, eğitim ve tedavi gereçlerini kullanarak gerekli protokolleri yürütebilme	1	2	3	4	5

3. Mesleki Uyum ve Sorumluluklar (25 puan)

Mesleki etik ilkelere uygun davranma	1	2	3	4	5
Staj yönetmeliğine uygun davranma (staj saatleri, kıyafet v.s)	1	2	3	4	5
Mesleki bilgi ve becerilerini geliştirmede kişisel çaba gösterme	1	2	3	4	5
Multidisipliner ekip içindeki görev ve sorumluluklarını bilme ve yerine getirme	1	2	3	4	5
Değerlendirme ve fizyoterapi sırasında hasta ve kendi için gereken güvenlik tedbirleri alma	1	2	3	4	5

**[Bu kısım FTRE401 Klinik Uygulama-I'i rotasyonlu yapan öğrenciler tarafından
doldurulacaktır]**

FTRE 401 KLİNİK UYGULAMA– I İŞYERİ BİLGİ FORMU

Adı :

Adresi :

Telefon Numarası :

Faks Numarası :

E-Posta :

KLİNİK UYGULAMA TARİHLERİ

Başlangıç Tarihi :

Bitiş Tarihi :

FTRE 401 KLİNİK UYGULAMA– I ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRME BÖLÜMÜ

(Bu bölüm öğrenci tarafından doldurulacaktır.)

Tarih:

Staj Yaptığı Birimin Adı:

Süpervizör Adı Soyadı:

I- Başlangıç öğrenme hedefleri

Staj sonunda bu hedeflere ne kadar ulaştığınızı işaretleyiniz (1:Hiç ulaşamadım 2:Ulaşamadım 3:Kısmen ulaştım 4:Ulaştım 5:Tamamen ulaştım)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Gerçekleşmeme nedenini belirtiniz (Tam anlamı ile ulaşıldı ise nedenini/lerini belirtiniz.)

II- Stajda görülen hastalıklar:

Stajda kullandığınız değerlendirme ve/veya fizyoterapi uygulamalarını belirtiniz:

III- Stajda kazandığınız fizyoterapi uygulama becerileri

IV- Stajda kazandığınız ek teorik bilgiler

Stajın uygulamanıza yansımaları kısaca yazınız:

Bilgiyi kazanma yöntemini belirtiniz:

V- Stajda grup uygulama/tartışma/paylaşımı ile kazandıklarınız:

Yoksa nedenini açıklayınız:

VI-Stajda eksik bulduğunuz yönleriniz (teori, uygulama, iletişim, vb.):

VII-Staj yerinin “Klinik Uygulama Eğitimi” açısından:

Size göre en güçlü yanı:

Size göre en zayıf yanı:

Size göre yarattığı fırsat:

FTRE401 KLİNİK UYGULAMA-I TAMAMLAMA ONAY FORMU

Uluslararası Kıbrıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü öğrencisi/...../20... -/...../20... tarihleri arasında sorumlu fizyoterapist gözetiminde, teşhisleri konulmuş hastaların değerlendirme ve tedavi programına katılmıştır.

Sorumlu Fizyoterapist

(İmza ve Kaşe)

ULUSLARARASI KIBRIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ SÜPERVİZÖR
STAJYER ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRME FORMU

Öğrenci Adı Soyadı:

Staja Başlama ve Bitiş Tarihi:

Staj yapılan kurum ve ünitesi / birimi:

I. Değerlendirme Ölçütleri

Lütfen, her ölçüt için, değerlendirme ölçeğine uygun haneyi işaretleyiniz.

A. Davranışlar ve Dış Görünüm

	Çok iyi (5 puan)	İyi (4 puan)	Yeterli (3 puan)	Zayıf (2 puan)	Çok zayıf (1 puan)
Kendine Güven					
İnsiyatif					
İşe Karşı ilgi, özen					
Yaratıcılık					
Eleştiriye açık olma					
Dış Görünüm					

****Sorumlu Fizyoterapist İmzası/Parafı:**

****Zorunlu**

B. İletişim Becerileri

Öğrencinin	Çok iyi (5 puan)	İyi (4 puan)	Yeterli (3 puan)	Zayıf (2 puan)	Çok zayıf (1 puan)
Sorumlu Fizyoterapistiyle					
Çalışma Arkadaşlarıyla					
İşe Karşı ilgi, özen					
Hastalarla					
Personele					

C. İş Performansı

	Çok iyi (5 puan)	İyi (4 puan)	Yeterli (3 puan)	Zayıf (2 puan)	Çok zayıf (1 puan)
İşe devam ve dakiklik					
	(10 puan)	(8 puan)	(6 puan)	(4 puan)	(2 puan)
Mesleki teknik bilgi düzeyi					
Sorumluluk alma					
Talimatları yerine getirme					
	(10 puan)	(8 puan)	(6 puan)	(4 puan)	(2 puan)
Öğrenme isteği ve ilgisi					
Öneri geliştirme					
Beceri düzeyi					

****Sorumlu Fizyoterapist İmzası/Parafı:**

****Zorunlu**

D. Genel Değerlendirme

F	D-	D	D+	C-	C	C+	B-	B	B+	A-	A
0-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	71-75	76-80	81-85	86-90	91-95	96-100

II. Stajyer ğrenci ile yeniden çalışmayı düşünür msnz?

Evet

Hayır

III. Lütfen, stajyer öğrencinin gelişimiyle ilgili önerilerinizi belirtiniz.

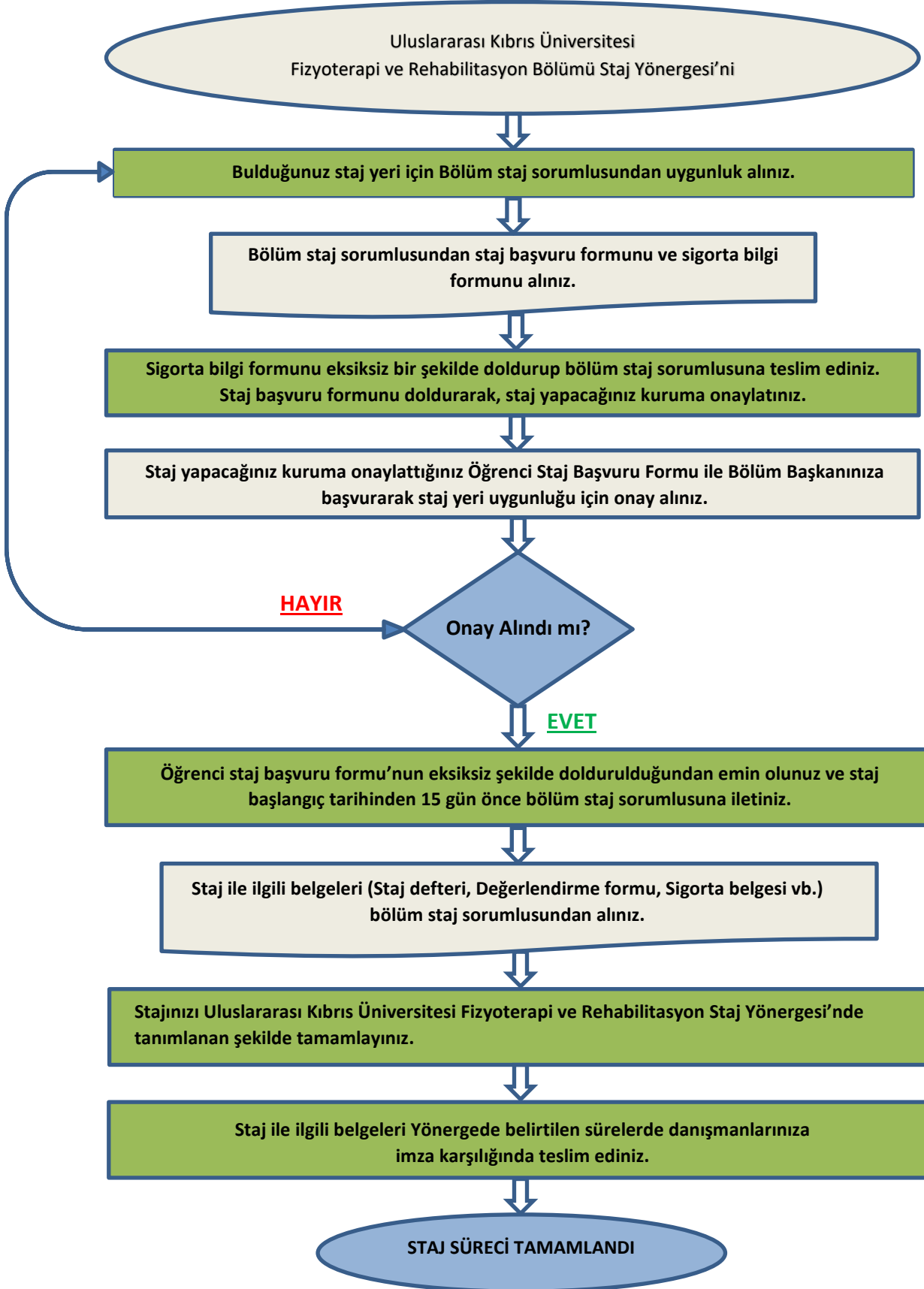
IV. Diğer Düşünceler

Staj Yürütücüsünün:

Adı-Soyadı:

İmza ve Kaşe:

FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ
FTRE 400 / 402 KLİNİK UYGULAMA- II İŞLEYİŞ ŞEMASI



FTRE402 KLİNİK UYGULAMA – II

İŞYERİ BİLGİ FORMU

Adı :

Adresi :

Telefon Numarası :

Faks Numarası :

E-Posta :

KLİNİK UYGULAMA TARİHLERİ

Başlangıç Tarihi :

Bitiş Tarihi :

KLİNİK UYGULAMANIN AMAÇLARI VE UYGULAMADA DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN HUSUSLAR

1. Klinik çalışma yapacak öğrenciler, bu süre boyunca işyeri tarafından belirlenecek eğitici personel gözetiminde bulunurlar. Eğitici personel, uygulama yapacak öğrencilerin bir plan dahilinde çalışmalarını sürdürmelerinden ve çalışma planının gerektiği şekilde uygulanmasından sorumludur.
2. Öğrenci gözlem altında; hasta, hasta yakını ve tüm sağlık personelleri ile iletişim kurma becerisini ve alınan bilgiler doğrultusunda temel fizyoterapi uygulama yeteneğini (hasta hikayesi alma ve değerlendirme yöntemleri, elektro-fiziksel ajanları ve oluşturulmuş egzersiz programını takip etme) kazanması beklenmektedir.
3. Klinik çalışma süresince öğrenciler sağlık kurumunun belirleyeceği çalışma esaslarına uymak zorundadır.
4. Her öğrenciye uygulama dönemi içinde her gün yaptığı çalışmaları özetlemesi için bir klinik çalışma defteri verilir.

Öğrenci, bu süre içerisinde kendisine verilen programa uygun olarak yürüttüğü çalışmalarını, bu staj defterine kaydeder. Bu çalışmalar her hafta sonunda klinik çalışma sorumlusuna imzalatılır.

Öğrenci, uygulama sonunda değerlendirilme raporunu klinik çalışma defterinde ayrılan bölüme yazar.

Klinik çalışma defteri, uygulama bitiminde ilgili birim veya kurum yetkili amirlerince imzalanır ve mühürlenir.

Bu defter akademik takvimde belirtilen ilk ders kayıt dönemi içerisinde klinik çalışma komisyonuna dilekçe ekinde teslim edilir.

5. Klinik çalışma süresi içerisinde hastalık, yakınının kaybedilmesi vb. durumlarda işyerinin onayı ile ve bölüm danışman öğretim elemanı bilgilendirilerek, uygulamaya bir süre ara verilmesinden kaynaklanan eksik günler uygulama bitiş tarihini takip eden günlerde ve aynı dönem içerisinde tamamlanmak zorundadır. Aksi halde klinik çalışma, sonraki yarıyıllarda tekrarlanır.
6. Her öğrenci, klinik çalışmaya başlarken; uygulamaya ait belgesinden ve başarı formundan oluşan evraklarını staj süresi içerisinde klinik çalışma yapacağı yere vererek bu evraklar doldurulur. Öğrencinin klinik süpervizörü tarafından staj bitimine kadar doldurulan evraklar öğrenciye teslim edilir ve öğrenci belirtilen tarihler içerisinde ilgili staj defterini fizyoterapi ve rehabilitasyon bölümü danışman öğretim elemanına teslim etmekle yükümlüdür.

UYGULAMA YAPACAK ÖĞRECİNİN

Adı-Soyadı:

UYGULAMA DEVAM ÇİZELGESİ

[Öğrenciye işgünleri dikkate alınarak günlük imzalatılacak ve onaylanacak]

GÜN	TARİH	İMZA		GÜN	TARİH	İMZA	
		GİRİŞ	ÇIKIŞ			GİRİŞ	ÇIKIŞ
1				21			
2				22			
3				23			
4				24			
5				25			
6				26			
7				27			
8				28			
9				29			
10				30			
11				31			
12				32			
13				33			
14				34			
15				35			
16				36			
17				37			
18				38			
19				39			
20				40			

DEVAMSIZLIK KULLANILDIĞI TAKDİRDE TAMAMLAMA ÇİZELGESİ

GÜN	TARİH	İMZA		GÜN	TARİH	İMZA	
		GİRİŞ	ÇIKIŞ			GİRİŞ	ÇIKIŞ
1				5			
2				6			
3				7			
4				8			

Devamsızlık gerekçesi:

KLİNİK ÇALIŞMA KOMİSYONUNUN KARARI	
BAŞARILI	BAŞARISIZ

UYGULAMA SORUMLUSU:

ADI SOYADI:

ÜNVANI/İMZASI:

FTRE 402 KLİNİK UYGULAMA – II ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRME BÖLÜMÜ

(Bu bölüm öğrenci tarafından doldurulacaktır.)

Tarih:

Staj Yaptığı Birimin Adı:

Süpervizör Adı Soyadı:

I- Başlangıç öğrenme hedefleri

Staj sonunda bu hedeflere ne kadar ulaştığınızı işaretleyiniz (1:Hiç ulaşamadım 2:Ulaşamadım 3:Kısmen ulaştım 4:Ulaştım 5:Tamamen ulaştım)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Gerçekleşmeme nedenini belirtiniz (Tam anlamı ile ulaşılamadı ise nedenini/lerini belirtiniz.)

II- Stajda görülen hastalıklar:

Stajda kullandığınız değerlendirme ve/veya fizyoterapi uygulamalarını belirtiniz:

III- Stajda kazandığınız fizyoterapi uygulama becerileri

IV- Stajda kazandığınız ek teorik bilgiler

Stajın uygulamanıza yansımaları kısaca yazınız:

Bilgiyi kazanma yöntemini belirtiniz:

V- Stajda grup uygulama/tartışma/paylaşımı ile kazandıklarınız:

Yoksa nedenini açıklayınız:

VI-Stajda eksik bulduğunuz yönleriniz (teori, uygulama, iletişim, vb.):

VII-Staj yerinin “Klinik Uygulama Eğitimi” açısından:

Size göre en güçlü yanı:

Size göre en zayıf yanı:

Size göre yarattığı fırsat:

(Bu bölüm öğrenci tarafından doldurulacaktır.)

Değerlendirme Kriterleri: (1: Hiç katılmıyorum 2: Katılmıyorum 3: Kısmen katılıyorum 4: Katılıyorum 5: Tamamen katılıyorum)

A- Klinik Süpervizör

1. İletişim becerileri yeterliydi.
2. Bilgi ve becerileri klinik eğitimim için yeterliydi
3. Klinik ortamı eğitimime uygun organize edildi.
4. Klinik eğitimim için gereken zamanı ayırdı.
5. Belirlenen haftalık eğitim programını uyguladı.
6. Klinik eğitimimi öğrenme hedeflerime uyarladı.
7. Vaka tartışması için yeterli olanak sağladı.
8. Mesleki yaşamım için rol model oluşturdu.

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

1. Vaka:

Klinik uygulamanız boyunca başladığınız süreçten uygulamanızı tamamlama sürecinize kadar takip ettiğiniz hastalarınızdan birini aşağıda belirtilen başlıklar doğrultusunda detaylandırınız. Her öğrenci klinik uygulama sonrası 5 vaka raporu yapmak zorundadır.

Hastanın Adı Soyadı:	
Hastanın Tanısı:	
Fizyoterapiye başvurma sebebi:	
Tedavi öncesi değerlendirme:	
Hastanın tedaviden beklentisi:	
Fizyoterapistin kısa ve uzun dönem hedefleri:	
Tedavi Programı:	
Ev programı ve öneriler:	
Tedavi sonrası değerlendirme:	
Görüş ve düşünceleriniz:	

2. Vaka:

Klinik uygulamanız boyunca başladığınız süreçten uygulamanızı tamamlama sürecinize kadar takip ettiğiniz hastalarınızdan birini aşağıda belirtilen başlıklar doğrultusunda detaylandırınız. Her öğrenci klinik uygulama sonrası 5 vaka raporu yapmak zorundadır.

Hastanın Adı Soyadı:	
Hastanın Tanısı:	
Fizyoterapiye başvurma sebebi:	
Tedavi öncesi değerlendirme:	
Hastanın tedaviden beklentisi:	
Fizyoterapistin kısa ve uzun dönem hedefleri:	
Tedavi Programı:	
Ev programı ve öneriler:	
Tedavi sonrası değerlendirme:	
Görüş ve düşünceleriniz:	

3. Vaka:

Klinik uygulamanız boyunca başladığınız süreçten uygulamanızı tamamlama sürecinize kadar takip ettiğiniz hastalarınızdan birini aşağıda belirtilen başlıklar doğrultusunda detaylandırınız. Her öğrenci klinik uygulama sonrası 5 vaka raporu yapmak zorundadır.

Hastanın Adı Soyadı:	
Hastanın Tanısı:	
Fizyoterapiye başvurma sebebi:	
Tedavi öncesi değerlendirme:	
Hastanın tedaviden beklentisi:	
Fizyoterapistin kısa ve uzun dönem hedefleri:	
Tedavi Programı:	
Ev programı ve öneriler:	
Tedavi sonrası değerlendirme:	
Görüş ve düşünceleriniz:	

Sayın Staj Sorumlusu,

İlgi: Klinik Çalışma Yapılan Kurum sorumlusuna bilgi.

Kurumunuza öğrencimizi kabul ettiğiniz ve klinik uygulama 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 öğrenciye teslim edilmesi ve klinik uygulama süresince öğrencinin çalışmaları ve takip ettiği vakalar ile ilgili raporlarının öğrenciden sorumlu fizyoterapist tarafından onaylanması için gereğini bilgilerinize sunarız.

Uluslararası Kıbrıs Üniversitesi
Fizyoterapi ve Rehabilitasyon
Bölüm Başkanlığı

FTRE402 KLİNİK UYGULAMA II TAMAMLAMA ONAY FORMU

Uluslararası Kıbrıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü öğrencisi/...../20... -/...../20... tarihleri arasında sorumlu fizyoterapist gözetiminde, teşhisleri konulmuş hastaların değerlendirme ve tedavi programına katılmıştır.

Sorumlu Fizyoterapist

(İmza ve Kaşe)

ULUSLARARASI KIBRIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ SÜPERVİZÖR
STAJYER ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRME FORMU

Öğrenci Adı Soyadı:

Staja Başlama ve Bitiş Tarihi:

Staj yapılan kurum ve ünitesi / birimi:

I. Değerlendirme Ölçütleri

Lütfen, her ölçüt için, değerlendirme ölçeğine uygun haneyi işaretleyiniz.

A. Davranışlar ve Dış Görünüm

	Çok iyi (5 puan)	İyi (4 puan)	Yeterli (3 puan)	Zayıf (2 puan)	Çok zayıf (1 puan)
Kendine Güven					
İnsiyatif					
İşe Karşı ilgi, özen					
Yaratıcılık					
Eleştiriye açık olma					
Dış Görünüm					

****Sorumlu Fizyoterapist İmzası/Parafı:**

****Zorunlu**

B. İletişim Becerileri

Öğrencinin	Çok iyi (5 puan)	İyi (4 puan)	Yeterli (3 puan)	Zayıf (2 puan)	Çok zayıf (1 puan)
Sorumlu Fizyoterapistiyle					
Çalışma Arkadaşlarıyla					
İşe Karşı ilgi, özen					
Hastalarla					
Personele					

C. İş Performansı

	Çok iyi (5 puan)	İyi (4 puan)	Yeterli (3 puan)	Zayıf (2 puan)	Çok zayıf (1 puan)
İşe devam ve dakiklik					
	(10 puan)	(8 puan)	(6 puan)	(4 puan)	(2 puan)
Mesleki teknik bilgi düzeyi					
Sorumluluk alma					
Talimatları yerine getirme					
	(10 puan)	(8 puan)	(6 puan)	(4 puan)	(2 puan)
Öğrenme isteği ve ilgisi					
Öneri geliştirme					
Beceri düzeyi					

****Sorumlu Fizyoterapist İmzası/Parafı:**

****Zorunlu**

D. Genel Değerlendirme

F	D-	D	D+	C-	C	C+	B-	B	B+	A-	A
0-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	71-75	76-80	81-85	86-90	91-95	96-100

II. Stajyer ğrenci ile yeniden çalışmayı dşnr msnz?

Evet

Hayır

III. Lütfen, stajyer öğrencinin gelişimiyle ilgili önerilerinizi belirtiniz.

IV. Diğer Düşünceler

Staj Yürütücüsünün:

Adı-Soyadı:

İmza ve Kaşe:



SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ

Sayın Paydaşımız,

Bu anket çalıştığımız kurumda staj yapan öğrencilerimizin staj performanslarının değerlendirilmesine yönelik hazırlanmıştır. Stajyer öğrencilerimizle ilgili olarak aşağıda yer alan ifadelere en uygun seçeneği lütfen işaretleyiniz. Değerli görüşleriniz için teşekkür ederiz.

Paydaş Adı:

Kurum Adı:

İletişim bilgileri:

Değerlendirme: 1= kesinlikle katılıyorum; 2= katılıyorum; 3=kararsızım; 4=katılmıyorum; 5= kesinlikle katılmıyorum

1-Değerlendirme (25 puan)

Değerlendirme ile ilgili genel bilgi düzeyine sahip olma	1	2	3	4	5
Bireye özel değerlendirmeyi planlama	1	2	3	4	5
Planlanan değerlendirmeleri uygulama	1	2	3	4	5
Değerlendirmede kontraendike durumları belirleme ve gerekli değişiklikleri yapma	1	2	3	4	5
Değerlendirme sonuçlarını yorumlayıp, klinik problemi belirleme	1	2	3	4	5

2- Fizyoterapi ve Uygulamaları (25 puan)

Fizyoterapi ile ilgili temel bilgi düzeyine sahip olma	1	2	3	4	5
Bireye özel fizyoterapi programını planlama	1	2	3	4	5
Planlanan fizyoterapi programını uygulama ve bireysel ev programını planlama ve öğretme	1	2	3	4	5
Fizyoterapi programında kontraendike durumları belirleme ve gerekli değişiklikleri yapma	1	2	3	4	5
Fizyoterapi uygulamalarında ilgili teknoloji, eğitim ve tedavi gereçlerini kullanarak gerekli protokolleri yürütebilme	1	2	3	4	5

3. Mesleki Uyum ve Sorumluluklar (25 puan)

Mesleki etik ilkelere uygun davranma	1	2	3	4	5
Staj yönetmeliğine uygun davranma (staj saatleri, kıyafet-kılık v.s)	1	2	3	4	5
Mesleki bilgi ve becerilerini geliştirmede kişisel çaba gösterme	1	2	3	4	5
Multidisipliner ekip içindeki görev ve sorumluluklarını bilme ve yerine getirme	1	2	3	4	5
Değerlendirme ve fizyoterapi sırasında hasta ve kendi için gereken güvenlik tedbirleri alma	1	2	3	4	5

[Bu kısım FTRE402 Klinik Uygulama-II'i rotasyonlu yapan öğrenciler tarafından doldurulacaktır]

FTRE402 KLİNİK UYGULAMA– II

İŞYERİ BİLGİ FORMU

Adı :

Adresi :

Telefon Numarası :

Faks Numarası :

E-Posta :

KLİNİK UYGULAMA TARİHLERİ

Başlangıç Tarihi :

Bitiş Tarihi :

FTRE402 KLİNİK UYGULAMA– II ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRME BÖLÜMÜ

(Bu bölüm öğrenci tarafından doldurulacaktır.)

Tarih:

Staj Yaptığı Birimin Adı:

Süpervizör Adı Soyadı:

I- Başlangıç öğrenme hedefleri

Staj sonunda bu hedeflere ne kadar ulaştığınızı işaretleyiniz (1:Hiç ulaşamadım 2:Ulaşamadım 3:Kısmen ulaştım 4:Ulaştım 5:Tamamen ulaştım)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Gerçekleşmeme nedenini belirtiniz (Tam anlamı ile ulaşıldı ise nedenini/lerini belirtiniz.)

II- Stajda görülen hastalıklar:

Stajda kullandığınız değerlendirme ve/veya fizyoterapi uygulamalarını belirtiniz:

III- Stajda kazandığınız fizyoterapi uygulama becerileri

IV- Stajda kazandığınız ek teorik bilgiler

Stajın uygulamanıza yansımaları kısaca yazınız:

Bilgiyi kazanma yöntemini belirtiniz:

V- Stajda grup uygulama/tartışma/paylaşımı ile kazandıklarınız:

Yoksa nedenini açıklayınız:

VI-Stajda eksik bulduğunuz yönleriniz (teori, uygulama, iletişim, vb.):

VII-Staj yerinin “Klinik Uygulama Eğitimi” açısından:

Size göre en güçlü yanı:

Size göre en zayıf yanı:

Size göre yarattığı fırsat:

FTRE402 KLİNİK UYGULAMA-II TAMAMLAMA ONAY FORMU

Uluslararası Kıbrıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü öğrencisi/...../20... -/...../20... tarihleri arasında sorumlu fizyoterapist gözetiminde, teşhisleri konulmuş hastaların değerlendirme ve tedavi programına katılmıştır.

Sorumlu Fizyoterapist

(İmza ve Kaşe)

ULUSLARARASI KIBRIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ SÜPERVİZÖR
STAJYER ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRME FORMU

Öğrenci Adı Soyadı:

Staja Başlama ve Bitiş Tarihi:

Staj yapılan kurum ve ünitesi / birimi:

I. Değerlendirme Ölçütleri

Lütfen, her ölçüt için, değerlendirme ölçeğine uygun haneyi işaretleyiniz.

A. Davranışlar ve Dış Görünüm

	Çok iyi (5 puan)	İyi (4 puan)	Yeterli (3 puan)	Zayıf (2 puan)	Çok zayıf (1 puan)
Kendine Güven					
İnsiyatif					
İşe Karşı ilgi, özen					
Yaratıcılık					
Eleştiriye açık olma					
Dış Görünüm					

****Sorumlu Fizyoterapist İmzası/Parafı:**

****Zorunlu**

B. İletişim Becerileri

Öğrencinin	Çok iyi (5 puan)	İyi (4 puan)	Yeterli (3 puan)	Zayıf (2 puan)	Çok zayıf (1 puan)
Sorumlu Fizyoterapistiyle					
Çalışma Arkadaşlarıyla					
İşe Karşı ilgi, özen					
Hastalarla					
Personele					

C. İş Performansı

	Çok iyi (5 puan)	İyi (4 puan)	Yeterli (3 puan)	Zayıf (2 puan)	Çok zayıf (1 puan)
İşe devam ve dakiklik					
	(10 puan)	(8 puan)	(6 puan)	(4 puan)	(2 puan)
Mesleki teknik bilgi düzeyi					
Sorumluluk alma					
Talimatları yerine getirme					
	(10 puan)	(8 puan)	(6 puan)	(4 puan)	(2 puan)
Öğrenme isteği ve ilgisi					
Öneri geliştirme					
Beceri düzeyi					

**Sorumlu Fizyoterapist İmzası/Parafı:

**Zorunlu

D. Genel Değerlendirme

F	D-	D	D+	C-	C	C+	B-	B	B+	A-	A
0-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	71-75	76-80	81-85	86-90	91-95	96-100

II. Stajyer ğrenci ile yeniden çalışmayı düşünür msnz?

Evet

Hayır

III. Lütfen, stajyer öğrencinin gelişimiyle ilgili önerilerinizi belirtiniz.

IV. Diğer Düşünceler

Staj Yürütücüsünün:

Adı-Soyadı:

İmza ve Kaşe: