



**Çankırı Karatekin Üniversitesi**  
**Sağlık Bilimleri Fakültesi**  
**Ergoterapi**



**YAZ KLİNİK UYGULAMARI**  
**DOSYASI**



Fotoğraf  
Zorunludur

# Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi



## YAZ KLİNİK UYGULAMALARI DOSYASI

### ÖĞRENCİ BİLGİSİ

Adı Soyadı		
No		
Cep Telefonu		
Adres I		
Adres II		
Dersin Kodu - Adı		Dönemi
DANIŞMAN		



# YAZ KLİNİK UYGULAMALARI

Yaz Klinik Uygulamasında Sağlık Bilimleri Fakültesi Yaz klinik Uygulamaları Yönergesi esas alınarak yürütülür.

## Tanımlar:

**Yaz Klinik Uygulama Koordinatörü:** İlgili Bölüm Başkanı tarafından belirlenen ve bölüm öğrencilerinin yapacakları yaz klinik uygulama koordinasyonu ve kontrolünün bizzat sorumlu olan bölüm yetkilisini,

**Danışman:** Dersin sorumlu öğretim elemanı ve yaz klinik uygulama komisyonun doğal üyesi

**Yaz Klinik Uygulama Başvuru Formu:** Öğrencinin yaz klinik uygulamasına başlayacağı kurumun kabul formunu,

**Yaz Klinik Uygulama Dosyası:** Yaz klinik uygulama ile ilgili evrakları içeren dosyayı,

**Yaz Klinik Uygulama Raporu:** Yaz Klinik Uygulama sonunda öğrencinin uygulamadaki etkinliklerini aktardığı, **Yaz Klinik Uygulama Koordinatörü** ve ilgili Bölüm **Yaz Klinik Uygulama Komisyonun** onayladığı değerlendirme raporunu

## Amaçlar:

Öğrencinin gözlem altında;

- Hasta, hasta yakını, çalışma arkadaşları ve diğer sağlık personeli ile iletişim becerisini kazanması
- Ergoterapi alanında temel seviyede kuramsal bilgi ve uygulama yeteneği kazanması
- Hikaye alma, subjektif ve objektif ergoterapi değerlendirme adımlarını tamamlayarak bu bilgileri yazılı ve sözlü rapor olarak sunma becerisi kazanması
- Egzersiz programı oluşturulmuş hastayı gözlemleme becerisi kazanması
- Fiziksel ajanları güvenli bir şekilde uygulama becerisini kazanması

## YAZ KLİNİK UYGULAMALARI ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRME BÖLÜMÜ

Tarih

Uygulama Birimi

Süpervizör Adı Soyadı

**KURUM TANITIMI**

### I- BAŞLANGIÇ ÖĞRENME HEDEFLERİ

Yaz klinik uygulaması sonunda bu hedeflere ne kadar ulaştığınızı işaretleyiniz ( X )

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

### II - YAZ KLİNİK UYGULAMASINDA GÖRÜLEN HASTALIKLAR

Yaz klinik uygulamasında kullandığınız değerlendirme ve/veya ergoterapi uygulamalarını belirtiniz:

### III - YAZ KLİNİK UYGULAMASINDA KAZANDIĞINIZ ERGOTERAPİ UYGULAMA BECERİLERİ

### IV - YAZ KLİNİK UYGULAMASINDA KAZANDIĞINIZ EK TEORİK BİLGİ

Uygulamanıza yansımaları kısaca yazınız:

### V - YAZ KLİNİK UYGULAMASINDA GRUP İLE KAZANDIKLARINIZ

Yoksa nedenini açıklayınız:

### VI - YAZ KLİNİK UYGULAMASINDA EKSİK BULDUĞUNUZ YÖNLERİNİZ (TEORİ, UYGULAMA, İLETİŞİM, VB.)

### VII - YAZ KLİNİK UYGULAMA YERİNİN "KLİNİK UYGULAMA EĞİTİMİ" AÇISINDAN

Size göre en güçlü yanı:

Size göre en zayıf yanı:

Size göre yarattığı fırsat:

### ÖĞRENCİNİN KLİNİK SÜPERVİZÖRÜN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu bölüm öğrenci tarafından doldurulacaktır. (X) İşaretleyiniz. **Değerlendirme Kriterleri:** 1:Hiç katılmıyorum 2:Katılmıyorum 3:Kısmen katılıyorum 4:Katılıyorum 5:Tamamen katılıyorum

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

### OLGU SUNUMU

(Her olgu için form yenilenecektir, en az 3 olgu için form doldurulacaktır)

Değerlendirme Tarihleri:	I -	II -	III -
Hastanın Adı Soyadı			
Tamısı			
Doğum Tarihi/ Yaşı			
Cinsiyeti			
Medeni Durumu	Evli ( )	Bekar ( )	Diğer ( )
Eğitimi	İlkokul ( ) Ortaokul ( ) Lise ( ) Üniversite ( ) Yüksek Lisans ( ) Doktora ( )		
Dominant taraf		Etkilenen taraf	

**HASTALIK HAKKINDA GENEL BİLGİ (Klinik tablo, semptomlar, hastalığın seyri, vb bilgiler yar almalıdır.)**

**HASTANIN HİKÂYESİ** (özgeçmiş, soy geçmiş ve hastalığın oluşma zamanını, ne kadar zamandır Ergoterapi aldığı, epilepsi, kalp ve akciğer rahatsızlıkları gibi ek hastalık, ilaç bilgilerini sorgulayınız.)

**HASTANIN ŞİKÂyetLERİ**

**HASTANIN GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNDEKİ KAYIPLARI NELERDİR?** (Giyinme soyunma, ev içi ve dışındaki transferini sağlayabilme, öz bakımını yapabilme, Hijyenini sağlayabilmesini kendi başına yapabilme durumunu, alışkanlıklarını, aktivite paternlerini sorgulayınız.)

**HASTANIN KAZANMAK İSTEDİĞİ EN ÖNEMLİ BECERİ/FONKSİYON NEDİR?**

## VÜCUT YAPI VE FONKSİYONLARININ DEĞERLENDİRMESİ

YAPI VE FONKSİYON	EHA/LİM (Pasif/Limit)R/L		Kas Kuvveti R/L	Kısalık	Esneklik	M.Asworth Spastisite(R/L)
<b>A - BOYUN</b>						
FLEKSİYON	45	45				
EKSTANSİYON	45	45				
<b>B - OMUZ</b>						
FLEKSİYON	180	180				
EKSTANSİYON	60	60				
ABDUKSİYON	45	45				
İNT.ROTASYON	70-90	70-90				
EKST ROTASYON	90	90				
<b>C - DİRSEK</b>						
FLEKSİYON	150	150				
EKSTANSİYON	0	0				
<b>D - EL BİLEĞİ</b>						
FLEKSİYON	80	80				
EKSTANSİYON	70	70				
<b>E - GÖVDE</b>						
SIRT EKTANSÖRLERİ	90	90				
ÜST ABDOMİNAL	40	40				
ALT ABDOMİNAL	150	150				
OBLİK ABDOMİNAL	35	35				
<b>F - KALÇA</b>						
FLEKSİYON	120	120				
EKSTANSİYON	10	10				
ABDUKSİYON	45	45				
İNERNAL ROTASYON	30	30				
EKSTERNAL ROTASYON	45	45				
<b>G - DİZ</b>						
FLEKSİYON	135	135				
EKSTANSİYON	10	10				
<b>H - AYAK BİLEĞİ</b>						
P. FLEKSİYON	50	50				
D. FLEKSİYON	20	20				



**DUYU DEĞERLENDİRMESİ****AĞRI DEĞERLENDİRMESİ**

1		2		3		4		5		6		7		8		9		10
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	----

**DENGE DEĞERLENDİRMESİ**

UYGULAMA ŞEKLİ	STATİK		DİNAMİK	
	GÖZLER AÇIK	GÖZLER KAPALI	GÖZLER AÇIK	GÖZLER KAPALI
FONKSİYON				
OTURMA				
AYAKTA				
TANDEM/YARI TANDEM				
TEK AYAKÜSTÜNDE				
YÜRÜME				

**HASTALIĞA ÖZEL SINIFLANDIRMAYI, EVRELEMİYİ YAPINIZ****HASTALIĞA ÖZEL KULLANILABİLECEK DİĞER OBJEKTİF TESTLER:  
KULLANDIĞINIZ UYGUN TESTLERİ BELİRTİNİZ. TEST FORMLARINI EKLEYİNİZ.**

**UYGULANAN TEDAVİ PROTOKOLÜ VE HEDEFLERİNİ YAZINIZ**

**EV PROGRAMI VE ÖNERİLER**

**HASTANIN ERGOTERAPİ PROGRAMINDAN MEMNUNİYET DERECESİ**

1		2		3		4		5		6		7		8		9		10	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	----	--

**I - KLİNİK ÜNİTE SORUMLUSU / SÜPERVİZÖR'ÜN DEĞERLENDİRMESİ**

(X) şeklinde İşaretleyiniz. Değerlendirme Puanı: 25	1	2	3	4	5
Değerlendirme ile ilgili genel bilgi düzeyine sahip olma					
Bireye özel değerlendirmeyi planlama					
Planlanan değerlendirmeleri uygulama					
Değerlendirmede kontraendike durumları belirleme ve gerekli değişiklikleri yapma					
Değerlendirme sonuçlarını yorumlayıp, klinik problemi belirleme					

**II - ERGOTERAPİ VE UYGULAMALARI (25 PUAN)**

(X) şeklinde İşaretleyiniz. Değerlendirme Puanı: 25	1	2	3	4	5
Ergoterapi ile ilgili temel bilgi düzeyine sahip olma					
Bireye özel ergoterapi programını planlama					
Planlanan ergoterapi programını uygulama					
Ergoterapi programında kontraendike durumları belirleme ve gerekli değişiklikleri yapma					
Bireye ev programı planlama ve öğretme					

**III - MESLEKİ UYUM VE SORUMLULUKLAR (25 PUAN)**

(X) şeklinde İşaretleyiniz. Değerlendirme Puanı: 25	1	2	3	4	5
Mesleki etik ilkelere uygun davranma					
Yönergeye uygun davranma (uygulama saatleri, kıyafet v.s.)					
Mesleki bilgi ve becerilerini geliştirmede kişisel çaba gösterme					
Multidisipliner ekip içindeki görev ve sorumluluklarını bilme ve yerine getirme					
Değerlendirme ve ergoterapi sırasında hasta ve kendi için gereken güvenlik tedbirleri alma					

**IV- İLETİŞİM VE DOKÜMANTASYON (25 PUAN)**

(X) şeklinde İşaretleyiniz. Değerlendirme Puanı: 25	1	2	3	4	5
Bireyle ilgili bilgileri alma, kayıt tutma, terminoloji ve kısaltmaları doğru kullanma (dosya, görüşme, değerlendirme sonuçları v.s.)					
Birey ve yakınlarıyla iletişim kurma ve bilgilendirme					
Uygulama yaptığı tedavi ortamını düzenleme					
Meslektaşları ve diğer sağlık personeli ile iletişim kurma					
Beklenmedik durumlarda ortaya çıkan problemleri ekip ile birlikte çözme					

**YAZ KLİNİK UYGULAMALARI DEĞERLENDİRME ONAYI**

Süpervizör Adı Soyadı	Tarih	İmza
Birim Sorumlusu Adı Soyadı	Tarih	İmza

## YAZ KLİNİK UYGULAMASI DEVAM İZLEME

NO	TARİH	ÖĞRENCİ İMZASI	SUPERVİZÖR İMZA
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Beyan ettiğiniz uygulama tarihlerine uygun olarak doldurunuz. Yaz klinik uygulamasında öğrencinin **devamsızlık hakkı yoktur. Devamsızlık durumunda:** Öğrenci durumunu bildirir dilekçesini danışmanına iletir ve komisyonu karar verir.

## ÖĞRENCİ YAZ KLİNİK UYGULAMA RAPORU

YAZ KLİNİK UYGULAMALARI KOMİSYON DEĞERLENDİRME SONUCU				
DEĞERLENDİRME KRİTERLERİ	ÇOK İYİ	İYİ	ORTA	YETERSİZ
	BAŞARILI		BAŞARISIZ	
KOMİSYON BAŞKANI	ÜYE		ÜYE	