|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **4c646e9b3eaa481b8b416dd3881c7704** https://krtknadmn.karatekin.edu.tr/files/sbf/logo/4c646e9b3eaa481b8b416dd3881c7704.png  | **EBELİK YAZ KLİNİK UYGULAMALARI** **ÖĞRENCİ DOSYASI (REHBER)** | Doküman No | SBF-RH-08 |
| Yayın Tarihi | 13.04.2023 |
| Revizyon Tarihi | - |
| Revizyon No | Versiyon 0 |
| Sayfa  | **1** / **1** |

****

**Çankırı Karatekin Üniversitesi**

**Sağlık Bilimleri Fakültesi**

Ebelik Bölümü



**YAZ KLİNİK UYGULAMALARI ÖĞRENCİ**

**DOSYASI**

****

Fotoğraf

Zorunludur

**Çankırı Karatekin Üniversitesi**

**Sağlık Bilimleri Fakültesi**

Ebelik Bölümü

****

**YAZ KLİNİK UYGULAMALARI ÖĞRENCİ 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
* Ebelik alanında temel seviyede kuramsal bilgi ve uygulama yeteneği kazanması
* Hikaye alma, subjektif ve objektif değerlendirme adımlarını tamamlayarak bu bilgileri yazılı ve sözlü rapor olarak sunma becerisi kazanması
* Gebeyi gözlemleme becerisi kazanması
* Güvenli bir şekilde ebelik uygulama becerisini kazanması

|  |
| --- |
| **YAZ KLİNİK UYGULAMALARI ÖĞRENCİ ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU****İlave sayfa kullanabilirsiniz. Forma ekleyiniz** |
| **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 GEBE BİLGİSİ** |
| Yaz klinik uygulamasında kullandığınız ebelik uygulamalarını belirtiniz:  |
|  |
| **III - YAZ KLİNİK UYGULAMASINDA KAZANDIĞINIZ EBELİK UYGULAMA BECERİLERİ** |
|  |
| **IV - YAZ KLİNİK UYGULAMASINDA KAZANDIĞINIZ EK TEORİK BİLGİ** |
| Uygulamanıza yansımasını 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 (2 ayrı madde olması -bilgi, beceri önerilir) |  |  |  |  |  |
| 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 |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **I-GEBE VERİ TOPLAMA FORMU** |
| Görüşme Tarihi |  |
| Hastaneye Yatış Tarihi |  |
| Tanısı | Normal Gebelik |  | Riskli Gebelik |  |
| 1. **TANITICI BİLGİ**
 |
| Gebenin Adı Soyadı |  |  |  |
| Yaşı |  |  |  |
| Medeni Durumu |  |  |  |
| Evlilik Süresi |  |  |  |
| Aile Tipi |  |  |  |
| Kan Grubu |  |  |  |
| Eşinin Kan Grubu |  |  |  |
| Akrabalık Durumu | YOK |  | 1. |  | 2. |  |
| Gebelik Şekli | Planlı |  | Plansız  |  |
| Gebelik Haftası | SAT |  | TDT |  |

|  |
| --- |
| **B-GEÇMİŞ TIBBİ, OBSTETRİK VE JİNEKOLOJİK ÖYKÜ** |
| **SORUN**  | **AÇIKLAMA**  |
| **( )** | Çocukluk döneminde geçirilen hastalıklar |  |
| **( )** | Emosyonel problemler |  |
| **( )** | Allerjik herhangi bir durum |  |
| **( )** | Kanama sorunları |  |
| **( )** | Cinsel yolla bulaşan hastalıklar |  |
| **( )** | Geçirilen operasyonlar |  |
| **( )** | Diabet |  |
| **( )** | Hipertansiyon |  |
| **( )** | Kardiyovasküler problemler |  |
| **( )** | Renal problemler |  |
| **( )** | Diğer |  |
| **Obstetrik Öykü (önceki gebeliklerinizde aşağıdaki problemlerden herhangi biri oldu mu?** |
| **( )** | Hipertansiyon |  |
| **( )** | Ödem |  |
| **( )** | Gestasyonel diabet |  |
| **( )** | Rh uyuşmazlığı |  |
| **( )** | Hiperemezis gravidarum |  |
| **( )** | Enfeksiyon  |  |
| **( )** | Düşük |  |
| **( )** | Sezaryan Doğum |  |
| **( )** | Zor Doğum |  |
| **( )** | Diğer |  |
| **Ailenizde aşağıdaki problemlerden herhangi birini yaşayan birey var mı?** |
| **( )** | Sigara / alkol bağımlılığı |  |
| **( )** | Duygusal problem |  |
| **( )** | Genetik hastalık |  |
| **( )** | Kardiyovasküler hastalık |  |
| **( )** | Hematolojik rahatsızlıklar |  |
| **( )** | Çoğul gebelik |  |
| **( )** | Diğer |  |

|  |
| --- |
| **AİLE PLNLAMASI ÖYKÜSÜ** |
| Önce Kullanılan AP Yöntemi |  |
| Kullanım Süresi |  |
| Kullanım Şekli |  |
| Bırakma Nedeni |  |

|  |
| --- |
| **Gebelikte İlaç Kullanıyor muydunuz?** |
| Hayır ( ) | Evet ( ) | İlaç adı ve açıklayınız |  |
| **Sağlığınızı etkileyen olumsuz alışkanlıklarınız** |
| Sigara ( )  | Alkol ( )  | Diyet ( )  | Diğer |
| **Gebeliğiniz süresince sağlığınızı korumak ve geliştirmek için yaşam biçiminizde herhangi bir değişiklik yaptınız mı?** |
| Hayır ( ) | Evet ( ) | Evet, ise açıklayınız |  |
| **Herhangi bir maddeye (ilaç, besin polen vb.) karşı alerjiniz var mı?** |
| Hayır ( ) | Evet ( ) | Evet, ise açıklayınız |  |
| **Tetonoz aşısını yaptırdığı/yaptıracağı** |
| Gebelik ayı |  | Dozu |  |
| **Egzersiz alışkanlığınız var mı?** |
| Hayır ( ) | Evet ( ) | Evet, ise açıklayınız |  |
| **Gebeliğiniz hakkında neler hissediyorsunuz? (Trimestirlere özgü değerlendirme yaparak trimestiri başarıyla geçip geçmediğini değerlendiriniz)** |
| I. Trimester: |  |
| II. Trimester: |  |
| III. Trimester |  |
| **Gebelik ve doğuma ilişkin geleneksel uygulamalar ve inanışlarınız var mı?**  |
| Hayır ( ) | Evet ( ) | Evet, ise açıklayınız |  |
| **Gebelikte cinsel yaşamınızda değişiklik oldu mu?** |
| Hayır ( ) | Evet ( ) | Evet, ise açıklayınız |  |

|  |
| --- |
| **C-LABORATUVAR BULGULARI** |
| **TARİH** | **KAN** | **İDRAR** | **ULTRASON** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **D-FİZİKSEL MUAYENE** |
| **VİTAL BULGULAR** | **A** |  | **N** |  | **S** |  | **TA** |  |
| **BOY** | **GEBELİK ÖNCESİ** |  | **GEBELİK ÖNCESİ** |  |
| **MAP ???BKI/ VKI???** |  |
| **LEOPOLD MANEVRALARI** |
| **I.MANEVRA** | Fundus yüksekliği (cm) |  | Karın çevresi (cm) |  |
| **II. MANEVRA** | FKS | N ( ) | Bradikardi ( ) | Taşikardi ( ) |
| **III. MANEVRA** |  |  |  |  |
| **IV. MANEVRA** |  |  |  |  |
| **DEĞERLEDİRME SONUÇ BULGULARI** |  |

|  |
| --- |
| **E- SİSTEMİK DEĞERLENDİRME** |
| **BAŞ** | **SOLUNUM SİSTEMİ** |
| Saçta kepeklenme | Var ( ) Yok ( ) | Solunum sıkıntısı | Var ( ) Yok ( ) |
| Açıklayınız | Açıklayınız |
| Saçlarda dökülme | Var ( ) Yok ( ) | Akciğer seslerinde patoloji | Var ( ) Yok ( ) |
| Açıklayınız | Açıklayınız |
| Baş ağrısı | Var ( ) Yok ( ) | Öksürük  | Var ( ) Yok ( ) |
| Açıklayınız | Açıklayınız |
| Baş dönmesi | Var ( ) Yok ( ) | Göğüs ağrısı  | Var ( ) Yok ( ) |
| **YÜZ** | **MEMELER** |
| Solukluk | Var ( ) Yok ( ) | Memelerde hassasiyet | Var ( ) Yok ( ) |
| Açıklayınız | Açıklayınız |
| Yüzde ödem | Var ( ) Yok ( ) | Meme uçları | ( ) Normal ( ) Düz ( ) İçe çökük |
| Açıklayınız | Sütyenin uygunluğu |  ( ) Uygun ( ) Uygun değil  |
| **GÖZLER**  | **KARIN (ABDOMEN)** |
| Konjektivada solukluk  | Var ( ) Yok ( ) |
| Göz kapaklarında ödem | Var ( ) Yok ( ) | Linea nigra  | Var ( ) Yok ( ) |
| Görme sorunu  | Var ( ) Yok ( ) | Strialar  | Var ( ) Yok ( ) |
| **KULAK**  | **KAS-İSKELET SİSTEMİ** |
| Kulaklarda çınlama | Var ( ) Yok ( ) | Ekstremitelerde şekil bozukluğu  | Var ( ) Yok ( ) |
| Kulaklarda akıntı | Var ( ) Yok ( ) | Tırnaklarda kırılma | Var ( ) Yok ( ) |
| İşitme kaybı  | Var ( ) Yok ( ) | Bacaklarda ödem | Var ( ) Yok ( ) |
|  | Bacaklarda varis | Var ( ) Yok ( ) |
| **BURUN** | **GASTROİNTESTİNAL SİSTEM** |
| Tıkanıklık/ akıntı | Var ( ) Yok ( ) |  |
| Burun kanaması | Var ( ) Yok ( ) | Pika | Var ( ) Yok ( ) |
| **AĞIZ/DUDAKLAR**  | Aşerme | Var ( ) Yok ( ) |
| Dudak mukozası soluk | Var ( ) Yok ( ) | Mide yanması | Var ( ) Yok ( ) |
| Pityalizm | Var ( ) Yok ( ) | Bulantı /kusma | Var ( ) Yok ( ) |
| **DIŞLER** | Kabızlık/ishal | Var ( ) Yok ( ) |
| Dişlerde çürük | Var ( ) Yok ( ) | Gaz  | Var ( ) Yok ( ) |
| Diş etlerinde çekilme | Var ( ) Yok ( ) | Bağırsak parazitleri | Var ( ) Yok ( ) |
| Diş eti kanaması  | Var ( ) Yok ( ) | Hemoroid/ Rektal kanama  | Var ( ) Yok ( ) |
| Diş hijyen alışkanlığı  | Var ( ) Yok ( ) | Barsak sesleri | ( ) | Sayısı:…………./dk |
| **BOĞAZ** | **GENITOÜRİNER SİSTEM** |
| Hipertroidi  | Var ( ) Yok ( ) | Vajinal akıntı  | Var ( ) Yok ( ) |
| Tonsillerde şişme  | Var ( ) Yok ( ) | İdrar yaparken ağrı ve yanma  | Var ( ) Yok ( ) |
| Boğazda yanma/ ağrı  | Var ( ) Yok ( ) | Sık idrara çıkma | Var ( ) Yok ( ) |
| **DİĞER YAKINMALAR** |  |
| Uykusuzluk | Var ( ) Yok ( ) |
| Duygu Değişim | Var ( ) Yok ( ) |
| Sırt Ağrısı | Var ( ) Yok ( ) |
| Halsizlik | Var ( ) Yok ( ) |
| Diğer | Var ( ) Yok ( ) |

|  |
| --- |
| **F-YORGUNLUK** |
| **YORGUN HİSETME** | **EVET ( )** | **HAYIR ( )** |
| Yorgun değilim ( ) |  Çok yorgunum ( ) |
| **YORGUNLUK DERECESİ** |
| **1** |  | **2** |  | **3** |  | **4** |  | **5** |  | **6** |  | **7** |  | **8** |  | **9** |  | **10** |  |

|  |
| --- |
| **G-AĞRININ DEĞERLENDİRİLMESİ AĞRININ LOKALİZASYONU/TÜRÜ** |
| **AĞRININ KARAKTERİSTİĞİ** |
| Yanıcı ( ) | Batıcı ( )  | Sızlayıcı ( ) | Uyuşma ( ) |  |
| **AĞRININ HASSASİYETİ** |
| Keskin ( ) | Yayılan Karıncalanma ( )  | Basınç Hissi ( ) | Elektrik Çarpması ( ) | Bıçak Batması ( ) |
| **AĞRI SKALASI na göre ağrının derecesi** |
| **1** |  | **2** |  | **3** |  | **4** |  | **5** |  | **6** |  | **7** |  | **8** |  | **9** |  | **10** |  |

|  |
| --- |
| **II-NORMAL GEBE KADININ GEBELİK TAKİBİ VE BAKIM FORMU\***\*Gerektiğinde gebe sayısı kadar sayfa çoğaltılabilir. |
| **Sıra No:** | **Adı Soyadı** |
| **Tarih** |  | **Protokol No** |  |
| **Vitamin/Mineral Destekleri, Bağışıklama**  |
| **Danışmanlık Konusu** | **Sorumlu Ebe/Hekim Kaşe/İmzası** |
| **Sıra No:** | **Adı Soyadı** |
| **Tarih** |  | **Protokol No** |  |
| **Vitamin/Mineral Destekleri, Bağışıklama** |
| **Danışmanlık Konusu** | **Sorumlu Ebe/Hekim Kaşe/İmzası** |
| **Sıra No:** | **Adı Soyadı** |
| **Tarih** |  | **Protokol No** |  |
| **Vitamin/Mineral Destekleri, Bağışıklama** |
| **Danışmanlık Konusu** | **Sorumlu Ebe/Hekim Kaşe/İmzası** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Sıra No:** | **Adı Soyadı** |
| **Tarih** |  | **Protokol No** |  |
| **Vitamin/Mineral Destekleri, Bağışıklama** |
| **Danışmanlık Konusu** | **Sorumlu Ebe/Hekim Kaşe/İmzası** |
| **Sıra No:** | **Adı Soyadı** |
| **Tarih** |  | **Protokol No** |  |
| **Vitamin/Mineral Destekleri, Bağışıklama** |
| **Danışmanlık Konusu** | **Sorumlu Ebe/Hekim Kaşe/İmzası** |

|  |
| --- |
| **III-RİSKLİ GEBE KADININ GEBELİK TAKİBİ VE BAKIM FORMU\***\*Gerektiğinde gebe sayısı kadar sayfa çoğaltılabilir. |
| **Sıra No:** | **Adı Soyadı** |
| **Tarih** |  | **Protokol No** |  |
| **Ön Tanı** |  |
| **Girişimler** | **Sorumlu Ebe/Hekim Kaşe/İmzası** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Sıra No:** | **Adı Soyadı** |
| **Tarih** |  | **Protokol No** |  |
| **Ön Tanı** |  |
| **Girişimler** | **Sorumlu Ebe/Hekim Kaşe/İmzası** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Sıra No:** | **Adı Soyadı** |
| **Tarih** |  | **Protokol No** |  |
| **Ön Tanı** |  |
| **Girişimler** | **Sorumlu Ebe/Hekim Kaşe/İmzası** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Sıra No:** | **Adı Soyadı** |
| **Tarih** |  | **Protokol No** |  |
| **Ön Tanı** |  |
| **Girişimler** | **Sorumlu Ebe/Hekim Kaşe/İmzası** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Sıra No:** | **Adı Soyadı** |
| **Tarih** |  | **Protokol No** |  |
| **Ön Tanı** |  |
| **Girişimler** | **Sorumlu Ebe/Hekim Kaşe/İmzası** |

|  |
| --- |
| **IV-JİNEKOLOJİ VERİ TOPLAMA FORMU**\*Gerektiğinde gebe sayısı kadar sayfa çoğaltılabilir. |
| Görüşme Tarihi |  |
| Hastaneye Yatış Tarihi |  |
| Tanısı |  |
| 1. **TANITICI BİLGİ**
 |
| Adı Soyadı |  | Evlilik Süresi |  |
| Yaşı |  | Aile Tipi |  |
| Medeni Durumu |  | Kan Grubu |  |
| Varsa yapılan girişim-operasyon |  |  |  |
| Obstetrik Öykü  | G: P: A: Y: |
| Herhangi olumsuz bir alışkanlığınız var mı? (sigara, alkol, madde kullanımı vs.) |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **MEVCUT SAĞLIK SORUNUNUN ORTAYA ÇIKIŞI VE TEDAVİ SÜRECİ İLE İLGİLİ ÖYKÜSÜ(HASTA, HASTA DOSYASI VB.)**
 |
| **Aldığı Tedavi** | **Beklenen Etkiler** | **Yan etkiler** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| 1. **ÖNCEDEN GEÇİRDİĞİ JİNEKOLOJİK OPERASYONLAR / GİRİŞİMLER**
 |
| ( ) Tüpligasyon…………………………. | ( )Cryo…………………………… |
| ( )Histerektomi………………………….  | ( )Sezaryan………………………..  |
| ( )Ooferektomi………………………….  | ( )Koterizasyon…………………… |
| ( )Laparoskopi………………………….  | ( )Diğer…………………………….  |

|  |
| --- |
| **Herhangi bir AP yöntemi kullanıyor musunuz?**( ) Evet (Açıklayınız)......................... ( ) Hayır |
| Açıklayınız: |
| **SAĞLIK DAVRANIŞLARI**  | **EVET** | **HAYIR** |
| Pap smear yaptırma  | ( ) | ( ) |
| Kendi Kendine Meme Muayenesi yapma | ( ) | ( ) |
| Kendi Kendine Vulva Muayenesi yapma | ( ) | ( ) |
| Mamografi çektirme | ( ) | ( ) |

|  |
| --- |
| 1. **FİZİKSEL MUAYENE \* alanlar / değerler için tablo düzeltilmeli**
 |
| **VİTAL BULGULAR** | **Ateş** |  | **Nabız** | **Solunum** |  | **TA** |  |
| **Memeler**  | Görünüm | ( ) Simetrik( )Asimetrik |  |
| Nodül | ( ) Var ( ) Yok  |
| **Kilo:**  | Boy:  |  | BKİ: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Menarş Yaşı |  |
| Menstrual Siklus  | Süresi ……… Sıklığı : ……… |
| Menstruasyonda kullandığınız pedi değiştirme sıklığınız: |  |
| Menstruasyon sırasında hijyen ve banyo alışkanlığınız: |  |
| Menstruasyon sırasında cinsel ilişki: |  |
| Menopoza girme durumu (Evetse menopoza girdiğiniz yaş): | Evet ( )……. Hayır ( ) |
| Menopozal dönemde yaşadığınız fiziksel değişiklikler/sorunlar: |  |
| Menopozal dönemde yaşadığınız psikososyal değişiklikler/sorunlar: |  |
| HRT (Hormon Replasman Tedavisi) alma Durumu | Aldı ( ) Almadı ( ) |
| HRT Alıyor/aldı ise-alınan tedavi |  |
| Başlama zamanı: |  |
| Kullanım Süresi: |  |
| Tedaviye uyumu: |  |

|  |
| --- |
| **E- SON BİR YILDIR ÜREME SAĞLIĞI İLE İLGİLİ OLARAK AŞAĞIDAKİ YAKINMALAR YAŞAMA DURUMUNUZU VE YAKINMANIN SÜRESİNİ BELİRTİNİZ.** |
| **YAKINMA** | **AÇIKLAMA** | **YAKINMA** | **AÇIKLAMA** |
| **( )** Yakınma Yaşamıyorum  |  | **( )** Cinsel ilişki yaşı |  |
| **( )** Perine Bölgesinde Lezyon / Kitle  |  | **( )** Vajinismus  |  |
| **( )** Perine Bölgesinde Kaşıntı  |  | **( )** Cinsel istekte azalma  |  |
| **( )** Anormal Akıntı |  | **( )** Post koital kanama / ağrı |  |
| **( )** Pelvik İnflamatuar Hastalık |  | **( )** Cinsel İlişki Sırasında Ağrı |  |
| **( )** Cinsel yolla bulaşan enfeksiyon |  | **( )** Prementrual Şikayetler  |  |
| **( )** Menopoza bağlı vazomotor Şikayetler |  | **( )** Dismenore |  |
| **( )** Osteoporoz |  | **( )** Metroraji |  |
| **( )** Postmenopozal Kanama |  | **( )** Menoraji/Hipermenore |  |
| **( )** İnkontinans |  | **( )** Oligomenore |  |
| **( )** Desensus-prolapsusa bağlı şikayetler |  | **( )** Polimenore  |  |
| **( )** Pelvik Ağrı  |  | **( )** Hipomenore |  |
| **( )** İnfertilite |  | **( )** Vajinal Kanama (kanama renk, koku, ped sayısı) |  |
| **( )** Vajinal akıntının özelliği (rengi, kokusu, miktarı) |  |
| Vulvada kaşıntı: | Var ( ) Yok( )  |

|  |
| --- |
| **F- ÜRİNER BOŞALTIMLA İLGİLİ AŞAĞIDAKİ YAKINMALARI YAŞAMA DURUMUNUZU VE YAKINMANIN SÜRESİNİ BELİRTİNİZ.** |
| ( ) Ağrı......................  | ( ) Güçlük........................  |
| ( ) Yanma ...................... | ( ) Damla damla idrar ..................  |
| ( ) İdrarı tutamama.........  | ( ) Gece idrara çıkma.........  |
| ( ) Sık idrara çıkma..................... | ( ) İdrarda bulanıklık...............  |
| ( ) İdrar kokusunda değişim……………..  | ( ) Diğer............................... |
| ( ) Hematüri........................ |
| **Barsak boşaltımıyla ilgili olarak aşağıdaki yakınmaları yaşama durumunuzu ve yakınmanın süresini belirtiniz.**  |
| ( ) yakınma yaşamıyor........................ | ( ) karında kramp..................  |
| ( ) bağırsakta parazit............  | ( ) aşırı barsak gazı.......  |
| ( ) rektumda kanama.................  | ( ) kabızlık……………..  |
| ( ) ishal………… | ( ) Diğer |
| **Ostomi (stoma) var mı?**  | **Varsa bakımı:** |
| **Ürostomi var mı?** | **Varsa bakımı:** |

|  |
| --- |
| **F- ALT EKSTREMİTELER** |
| **Belirti** | **Sağ Bacak** | **Sol Bacak** |
| Tromboflebit  | ( ) Var | ( ) Yok | ( ) Var | ( ) Yok |
| Ödem | ( ) Var | ( ) Yok | ( ) Var | ( ) Yok |
| Varis  | ( ) Var | ( ) Yok | ( ) Var | ( ) Yok |

|  |
| --- |
| **G- LABORATUVAR BULGULARI** ( son dört değeri değerlendiriniz) |
| **TARİH** | **KAN** | **İDRAR** | **ULTRASON** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **H- AĞRININ DEĞERLENDİRİLMESİ LOKALİZASYONU/TÜRÜ** |
| **AĞRININ KARAKTERİSTİĞİ** |
| Yanıcı ( ) | Batıcı ( )  | Sızlayıcı ( ) | Uyuşma ( ) |  |
| **AĞRININ HASSASİYETİ** |
| Keskin ( ) | Yayılan Karıncalanma ( )  | Basınç Hissi ( ) | Elektrik Çarpması ( ) | Bıçak Batması ( ) |
| **AĞRI SKALASINA GÖRE DERECESİ** |
| **1** |  | **2** |  | **3** |  | **4** |  | **5** |  | **6** |  | **7** |  | **8** |  | **9** |  | **10** |  |

|  |
| --- |
| **V-JİNEKOLOJİK VE OBSTETRİK PATOLOJİSİ OLAN KADINLARIN BAKIM FORMU\***\*Gerektiğinde gebe sayısı kadar sayfa çoğaltılabilir. |
| Sıra No: | Adı Soyadı | Tanı: |
| Tarih |  | Protokol No |  |
| Başlıca Semptom ve Bulgular |
| Yapılan Girişimler |
| Danışmanlık Konusu | Sorumlu Ebe/Hekim Kaşe/İmzası |
| Sıra No: | Adı Soyadı | Tanı: |
| Tarih |  | Protokol No | Tarih |
| Başlıca Semptom ve Bulgular |
| Yapılan Girişimler |  |
| Danışmanlık Konusu | Sorumlu Ebe/Hekim Kaşe/İmzası |
| Sıra No: | Adı Soyadı | Tanı: |
| Tarih |  | Protokol No |  |
| Başlıca Semptom ve Bulgular |
| Yapılan Girişimler |  |
| Danışmanlık Konusu | Sorumlu Ebe/Hekim Kaşe/İmzası |
| Sıra No: | Adı Soyadı | Tanı: |
| Tarih |  | Protokol No |  |
| Başlıca Semptom ve Bulgular |
| Yapılan Girişimler |
| Danışmanlık Konusu | Sorumlu Ebe/Hekim Kaşe/İmzası |

|  |
| --- |
| **VI-DOĞUM İZLEM FORMU\***\*Gerektiğinde gebe sayısı kadar sayfa çoğaltılabilir. |
| Görüşme Tarihi |  |
| Hastaneye Yatış Tarihi |  |
| Tanısı |  |
| 1. **TANITICI BİLGİ**
 |
| Adı Soyadı |  |
| Yaşı |  |
| Kilosu  |  |
| Kan Grubu |  |
| Eşinin Kan grubu: |  |
| Gebelik Sayısı: |  |
| Canlı Doğum Sayısı: |  |
| Düşük Sayısı: |  |
| Daha önce doğum yapmışsa doğum şekli: |  |
| SAT: |  |
| Gebelik Haftası: |  |
| Gebelikte Kullandığı İlaçlar: |  |
| Gebelikte Geçirdiği Hastalıklar: |  |
| Herhangi bir şeye allerjisi var mı:? |  |
| Dilatasyon: |  |
| Önde Gelen Kısım: |  |
| Amnion Kesesinin Durumu: |  |
| Tansiyon: |  |
| Nabız: |  |
| Ateş: |  |
| Solunum: |  |
| **USG Sonucu:** |  |
| **NST**  |  |
| **OCT** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Problemler** | **Gebe**  | **Birinci Derece Yakınlar** |
| Hastaneye yatma |  |  |
| Ameliyat |  |  |
| Cinsel yolla bulaşan hastalık |  |  |
| Kalp ve damar hastalıkları |  |  |
| Tüberküloz |  |  |
| Diyabet |  |  |
| Konvülsif hastalıklar |  |  |
| Tiroid problemleri |  |  |
| Psikolojik problemler |  |  |
| Enfeksiyonlar |  |  |
| Hematolojik problemler |  |  |
| Çoğul doğumlar |  |  |
| Konjenital hastalık ve anomali |  |  |

|  |
| --- |
| 1. **LABORATUVAR BULGULARI**
 |
| **TARİH** | **KAN** | **İDRAR** | **ULTRASON** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **C-TIBBİ TEDAVİ: (Eylem süresince kullanılan ilaçlar)** |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **D- EYLEMDEKİ RİSKLİ DURUMLAR**  |
| **RİSKLİ DURUM**  | **VAR** | **YOK** |
| Anormal prezentasyon |  |  |
| Çoğul gebelik |  |  |
| Hidroamnios |  |  |
| Mekonyumlu Amnion mai |  |  |
| Erken membran rüptürü |  |  |
| Ablatio plasenta/plasenta previa |  |  |
| Uzamış eylem |  |  |
| Hızlı doğum eylemi |  |  |
| Ateş |  |  |
| Duygusal/psikolojik problemler |  |  |
| Anormal Kanama |  |  |
| Diğer |  |  |



|  |
| --- |
| **E- DOĞUM EYLEMİNDE YAŞANAN PROBLEMLER**(Aşağıdaki problemler yaşandı ise yanına özelliğini açıklayınız) |
| **YAŞANAN PROBLEM** | **VAR** | **YOK** |
| Hızlı doğum |  |  |
| Zor ve uzun doğum eylemi |  |  |
| Müdahaleli Doğum Eylemi Epizyotomi Forseps/Vakum uygulaması Sezaryen |  |  |
| İri bebek doğumu (4 kg ve üzeri) |  |  |
| Düşük doğum aağırlıklı bebek doğumu |  |  |
| Doğum pozisyonu (Baş, makat, vb.) |  |  |
| Preterm eylem |  |  |
| Postterm eylem |  |  |
| Çoğul doğum |  |  |
| Ölü doğum |  |  |
| Doğum sonrası ölen bebek |  |  |
| Anomaiili/problemli bebek |  |  |
| **Diğer**  |  |  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **F- PLASENTANIN DOĞUM SAATİ** |  |
| **MÜDAHALE VAR MI?** | **EVET** | **HAYIR** |
| **FUNDUS** |  | **LOŞİA** | Miktar |
| Pozisyonu  | İçerik:(pıhtı, koku vs.) |
| Kıvamı | Koku  |
| Seviyesi | Ped sayısı: |

|  |
| --- |
| **G-BEBEĞIN** |
| Doğum Tarihi  | Saati: |
| Cinsiyeti | Kilosu | Boyu: |
| APGAR (1. Dakika):  |  APGAR (5. Dakika): |

|  |
| --- |
| **H-APGAR DEĞERLENDİRMESİ** |
| Solunum  | Kalp Atımı |
| Refleksler | Rengi | Kas Tonusu: |
| Müdahale var mı? (Aspirasyon vs.):  |  |
| Ten tene temas uygulandı mı? |  EVET |  HAYIR  |
| HAYIR, ise AÇIKLAYINIZ |  |
| Emzirmeye Başlama Saati |  |

|  |
| --- |
| **ANNENİN YAŞAM BULGULARI** |
| **TARİH/SAAT** | **ATEŞ** | **NABIZ** | **SOLUNUM** | **TANSİYON** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **VII-DOĞUM BAKIM PLAN FORMU \***\*Gerektiğinde gebe sayısı kadar sayfa çoğaltılabilir. |
| Sıra No: | Adı Soyadı | Tanı: |
| Tarih |  | Protokol No |  |
| Epizyotomi Varlığı (+/-) |
| Tamiri Yapan Kişi (+/-) | Öğrenci ( ) | Sağ. Per. ( ) |
| Anne/ Yenidoğanda Komplikasyon Varlığı |
| Danışmanlık Konusu | Sorumlu Ebe/Hekim Kaşe/İmzası |
| Sıra No: | Adı Soyadı | Tanı: |
| Tarih |  | Protokol No |  |
| Epizyotomi Varlığı (+/-) |
| Tamiri Yapan Kişi (+/-) | Öğrenci ( ) | Sağ. Per. ( ) |
| Anne/ Yenidoğanda Komplikasyon Varlığı |
| Danışmanlık Konusu | Sorumlu Ebe/Hekim Kaşe/İmzası |
| Sıra No: | Adı Soyadı | Tanı: |
| Tarih |  | Protokol No |  |
| Epizyotomi Varlığı (+/-) |
| Tamiri Yapan Kişi (+/-) | Öğrenci ( ) | Sağ. Per. ( ) |
| Anne/ Yenidoğanda Komplikasyon Varlığı |
| Danışmanlık Konusu | Sorumlu Ebe/Hekim Kaşe/İmzası |

|  |
| --- |
| **VIII-DOĞUM SONU İZLEM FORMU**\*Gerektiğinde gebe sayısı kadar sayfa çoğaltılabilir. |
| Görüşme Tarihi: |  |
| Hastaneye Yatış Tarihi: |  |
| Tanısı: |  |
| 1. **TANITICI BİLGİ**
 |
| Lohusanın Adı Soyadı: |  | Evlilik Süresi |  |
| Yaşı  |  | Aile Tipi  |  |
| Eğitim Durumu |  | Kan Grubu  |  |
| Çalışma Durumu |  | Eşinin Kan grubu |  |
| Sağlık Güvencesi |  | Rh Uygunsuzluğu | Var ( ) Yok ( ) |
| Gebelik Sayısı: |  | Yaşayan Çocuk Sayısı: |  |
| Canlı Doğum Sayısı: |  | Düşük Sayısı: |  |
| D&C : |  | Önceki doğum şekli: |  |
| **B-GEÇMİŞ TIBBİ, OBSTETRİK VE JİNEKOLOJİK ÖYKÜ** |
| Hipertansiyonu  | Var ( ) Yok ( ) | CYBH | Var ( ) Yok ( ) |
| Gebelik Hipertansiyonu | Var ( ) Yok ( ) | Daha önce geçirilmiş ameliyat  | Var ( ) Yok ( ) |
| Diyabet | Var ( ) Yok ( ) | Hematolojik Problemler | Var ( ) Yok ( ) |
| Gestasyonel Diyabet  | Var ( ) Yok ( ) | Psikolojik Problemler | Var ( ) Yok ( ) |
| Kalp Hastalığı  | Var ( ) Yok ( ) |  |  |
|  |
| Doğum Tarihi ve Saati: |  | Yenidoğanın Soyadı: |  |
| Doğum şekli:  |  | Kilo-Boy: |  |
| Yenidoğanın Cinsiyeti: |  | Baş-Gögüs Çevresi: |  |
| Herhangi Bir Sağlık Problemi/Anomali: |  | Emme Durumu: |  |
| K-Vit ve Hepatit B Aşısı: |  |  |  |
| Danışmanlık Verilen Konular |  |

|  |
| --- |
| **C- AĞRININ DEĞERLENDİRİLMESİLOKALİZASYONU/ TÜRÜ**  |
| **AĞRININ KARAKTERİSTİĞİ** |
| Yanıcı ( ) | Batıcı ( )  | Sızlayıcı ( ) | Uyuşma ( ) |  |
| **AĞRININ HASSASİYETİ** |
| Keskin ( ) | Yayılan Karıncalanma ( )  | Basınç Hissi ( ) | Elektrik Çarpması ( ) | Bıçak Batması ( ) |
| **AĞRI SKALASINA GÖRE DERECESİ** |
| **1** |  | **2** |  | **3** |  | **4** |  | **5** |  | **6** |  | **7** |  | **8** |  | **9** |  | **10** |  |

|  |
| --- |
| **D-APGAR DEĞERLENDİRMESİ** |
| **BELİRTİ**  | **0 PUAN**  | **1 PUAN** | **2 PUAN**  |
| **Kas Tonusu** | Gevşek  | Kollar ve bacaklar öne doğru bükülü  | Aktif hareketli |
| **Kalp Hızı**  | Yok | Dakikada 100 atımın altında | Dakikada 100 atımın üstünde |
| **Uyarılara Cevap**  | Yok  | Buruna kateter sokulunca yüzü buruşturma | Buruna kateter sokulunca öksürme, ağlama |
| **Cilt Rengi**  | Soluk,mor | Vücut pembe,kol ve bacaklar mor | Tüm vücut pembe  |
| **Solunum**  | Yok  | Yavaş ve düzensiz solunum,cılız sesli ağlama  | Düzenli soluk alıp verme,kuvvetli ağlama |
| **TOPLAM**  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **IX-YENİDOĞAN VERİ TOPLAMA FORMU**\*Gerektiğinde gebe sayısı kadar sayfa çoğaltılabilir. |
| 1. **TANITICI BİLGİ**
 |
| Anne Adı Soyadı |  | **Cinsiyeti: ( ) Kız ( ) Erkek** |
| Doğum Tarihi/ saati : |  | Tanısı: |  |
| Boyu: |  | Göz bakımı: |  |
| Kilosu: |  | K vit: |  |
| Baş Çevresi: |  | Hepatit B aşısı: |  |
| Vücut Isısı: |  | Ayak izi : |  |
| Nabız Hızı: |  |  |  |
| Solunum Sayısı: | YOK |  | Bileklik No  |  | Rengi |
|  |  |  | Topuk kanı alındı mı: |  |
| APGAR skoru | 1. dakika
 |  | 5.dakika |  |
| Yenidoğan Resüsitasyonu Gerekti mi? | Hayır | Evet  | Evetse girişimler |  |

|  |
| --- |
| **B-YENİDOĞANIN FİZİKSEL MUAYENESİ** |
| Genel Görünüm (Aktif, Hipoaktif, Sakin, Huzursuz, Ağlamalı…) |
| Deri (Vernikskazeoza, Lanuga, Ekimoz, Peteşi, Sarılık…..) |
| Baş (Sefalhematom, Kaput Suksadenum, Fontonellerin Durumu) |
| Yüz (Normal/ Anormal Görünüm) |
| Göz (Konjunktivit, Sklerada Sarılık….) |
| Kulak (Hizası, Akıntı….) |
| Boyun (Tortikolis….) |
| Ağız (Yarık Dudak, Damak….) |
| Memeler (Areola Oluşmuş-Oluşmamış, Kızarıklık, Şişlik, Dolgunluk….) |
| Karın (Göbek Kordonu, Herni….) |
| Kalça (Dkç….) |
| Genitoüriner Sistem: Normal, Akıntı, Testisler (İnmiş- İnmemiş), İdrar (Normal, Azalmış, Artmış)Anomali ….) |
| Anüs (Anal Atrezi….) |
| Ekstremiteler (Polidaktili, Sindaktili….) |
| Gastrointestinal Sistem: Normal, Mekonyum, Kusma, Distansiyon, Konstibasyon, İshal, Melena, Barsak Sesleri (Normal, Azalmış, Artmış ) Karında Duyarlılık, Sertlik, …….. |
| Merkezi Sinir Sistemi: Tremor, Konvülsiyon, Spina Bifida, Refleksler (Emme, Arama, Yakalama, Moro), Ense Sertliği,……… |
| Diğer |

|  |
| --- |
| **C-NÖROMÜSKÜLER DEĞERLENDİRME** |
| **PARAMETRE** | **VAR** | **YOK** |
| Arama-Emme Refleksi |  |  |
| Moro Refleksi |  |  |
| Glabella Refleksi |  |  |
| Çekme (Traksiyon) Refleksi |  |  |
| Tonik-boyun Refleksi |  |  |
| Gallant Refleksi |  |  |
| Yakalama Refleksi |  |  |
| Babinski Refleksi |  |  |
| Stepping (adımlama) Refleksi |  |  |

|  |
| --- |
| **X-YENİDOĞAN BAKIM FORMU**\*Gerektiğinde gebe sayısı kadar sayfa çoğaltılabilir. |
| Sıra No: | Adı Soyadı | Tanı: |
| Tarih |  | Protokol No |  |
| Başlıca Semptom ve Bulgular |
| Yapılan Girişimler |
| Danışmanlık Konusu | Sorumlu Ebe/Hekim Kaşe/İmzası |
| Sıra No: | Adı Soyadı | Tanı: |
| Tarih |  | Protokol No | Tarih |
| Başlıca Semptom ve Bulgular |
| Yapılan Girişimler |  |
| Danışmanlık Konusu | Sorumlu Ebe/Hekim Kaşe/İmzası |
| Sıra No: | Adı Soyadı | Tanı: |
| Tarih |  | Protokol No |  |
| Başlıca Semptom ve Bulgular |
| Yapılan Girişimler |  |
| Danışmanlık Konusu | Sorumlu Ebe/Hekim Kaşe/İmzası |
| Sıra No: | Adı Soyadı | Tanı: |
| Tarih |  | Protokol No |  |
| Başlıca Semptom ve Bulgular |
| Yapılan Girişimler |
| Danışmanlık Konusu | Sorumlu Ebe/Hekim Kaşe/İmzası |

|  |
| --- |
| **XI-KLİNİK ÜNİTE SORUMLUSU / SÜPERVİZÖR’ÜN ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRME FORMU** |
| **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 |  |  |  |  |  |
| Hastaya/gebeye özel değerlendirmeyi planlama |  |  |  |  |  |
| Planlanan değerlendirmeleri uygulama |  |  |  |  |  |
| Değerlendirmede kontraendike durumları belirleme ve gerekli değişiklikleri yapma |  |  |  |  |  |
| Değerlendirme sonuçlarını yorumlayıp, klinik problemi belirleme |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **II - EBELİK VE UYGULAMALARI (25 PUAN)** |
| (**X**) şeklinde İşaretleyiniz. **Değerlendirme Puanı: 25** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| Ebelikle ilgili temel bilgi düzeyine sahip olma  |  |  |  |  |  |
| Hasta/gebenin gereksinimlerine uygun ebelik girişimlerini saptama planlama  |  |  |  |  |  |
| Hasta/gebenin gereksinimlerine uygun girişimlerini uygulama becerisi |  |  |  |  |  |
| Planlanan programın içerisinde hasta/gebenin izlenmesi |  |  |  |  |  |
| Ebelik programında kontraendike durumları belirleme ve gerekli değişiklikleri yapma |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **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, kılık-kıyafet v.s) |  |  |  |  |  |
| Mesleki bilgi ve becerilerini geliştirmede kişisel çaba gösterme |  |  |  |  |  |
| Multidisipliner ekip içindeki görev ve sorumluluklarını bilme ve yerine getirme |  |  |  |  |  |
| Değerlendirme ve gebe takibi sırasında gebe ve kendi için gereken güvenlik tedbirleri alma |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **IV- İLETİŞİM VE DOKÜMANTASYON (25 PUAN)** |
| (**X**) şeklinde İşaretleyiniz. **Değerlendirme Puanı: 25** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| Hasta/gebeyle ilgili bilgileri alma, kayıt tutma, terminoloji ve kısaltmaları doğru kullanma (dosya, görüşme, değerlendirme sonuçları v.s.)  |  |  |  |  |  |
| Hasta/gebe ve yakınlarıyla iletişim kurma ve bilgilendirme  |  |  |  |  |  |
| Uygulama yaptığı 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** |
|  |  |  |
| **XII-YAZ KLİNİK UYGULAMASI DEVAMLILIK DURUMU İZLEME FORMU** |
| **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.** |

|  |
| --- |
| **XIII-ÖĞRENCİ YAZ KLİNİK UYGULAMA RAPORU** |
|  |

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