|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| https://krtknadmn.karatekin.edu.tr/files/sbf/logo/4c646e9b3eaa481b8b416dd3881c7704.png  | **ERGOTERAPİ** **MESLEKİ KLİNİK UYGULAMALARI** **ÖĞRENCİ DOSYASI (REHBER)** | Doküman No |  |
| Yayın Tarihi |  |
| Revizyon Tarihi |  |
| Revizyon No |  |
| Sayfa  |  |

****

**Çankırı Karatekin Üniversitesi**

**Sağlık Bilimleri Fakültesi**

ERGOTERAPİ

**MESLEKİ KLİNİK UYGULAMARI**

 **ÖĞRENCİ DOSYASI**

****

Fotoğraf

Zorunludur

**Çankırı Karatekin Üniversitesi**

**Sağlık Bilimleri Fakültesi**

ERGOTERAPİ

**KLİNİK UYGULAMALARI**

**ÖĞRENCİ DOSYASI**

|  |
| --- |
| **ÖĞRENCİ BİLGİSİ** |
| **Adı Soyadı** |  |
| **No** |  |
| **Cep Telefonu** |  |
| **Adres I** |  |
| **Adres II** |  |
| **Dersin Kodu - Adı** |  | **Dönemi** |
| **DANIŞMAN** |  |

****

**MESLEKİ KLİNİK UYGULAMALARI**

Mesleki Klinik Uygulamasında Sağlık Bilimleri Fakültesi Mesleki Klinik Uygulamaları Yönergesi esas alınarak yürütülür.

**Tanımlar:**

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

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

**Mesleki Klinik Uygulama Başvuru Formu:** Öğrencinin mesleki klinik uygulamasına başlayacağı kurumun kabul formunu

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

**Mesleki Klinik Uygulama Raporu:** Mesleki Klinik Uygulama sonunda öğrencinin uygulamadaki etkinliklerini aktardığı, **Mesleki Klinik Uygulama Koordinatörü** ve ilgili Bölüm **Mesleki 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
* Terapatik programı oluşturulmuş danışanı gözlemleme becerisi kazanması
* Müdahale programlarının etkinliğini gözlemleme becerisi kazanması

|  |
| --- |
| **MESLEKİ KLİNİK UYGULAMALARI ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRME BÖLÜMÜ** |
| **Tarih** |  |
| **Uygulama Birimi** |  |
| **Süpervizör Adı Soyadı** |  |
| **KURUM TANITIMI** |
|  |
| **I- BAŞLANGIÇ ÖĞRENME HEDEFLERİ** |
| Mesleki klinik uygulaması sonunda bu hedeflere ne kadar ulaştığınızı işaretleyiniz ( X ) |
| **Hiç** | **Biraz** | **Orta** | **İyi** | **Çok iyi** |
| **1** |  | **2** |  | **3** |  | **4** |  | **5** |  |
| **II - MESLEKİ KLİNİK UYGULAMASINDA** **GÖRÜLEN HASTALIKLAR** |
| Mesleki klinik uygulamasında kullandığınız değerlendirme ve/veya ergoterapi uygulamalarını belirtiniz:  |
|  |
| **III - MESLEKİ KLİNİK UYGULAMASINDA KAZANDIĞINIZ ERGOTERAPİ UYGULAMA BECERİLERİ** |
|  |
| **IV - MESLEKİ KLİNİK UYGULAMASINDA KAZANDIĞINIZ EK TEORİK BİLGİ** |

Uygulamanıza yansımasını kısaca yazınız:

|  |
| --- |
|  |
| **V - MESLEKİ KLİNİK UYGULAMASINDA GRUP İLE KAZANDIKLARINIZ** |
| Yoksa nedenini açıklayınız: |
| **VI - MESLEKİ KLİNİK UYGULAMASINDA EKSİK BULDUĞUNUZ YÖNLERİNİZ (TEORİ, UYGULAMA, İLETİŞİM, VB.)** |
|  |
| **VII - MESLEKİ 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. |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **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, kılık-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 |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
|  **OLGU SUNUMU**(Her olgu için form yenilenecektir, en az 1 olgu için form doldurulacaktır) |
| Değerlendirme Tarihi: |  |
| Adı Soyadı |  |
| Tanısı |  |
| 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.)** |
|  |
| **HİKÂYESİ** (özgeçmiş, soy geçmiş ve hastalığın oluşma zamanı, ne kadar zamandır ergoterapi aldığı, aldığı diğer tedaviler, ek hastalık, ilaç bilgileri vb. tedavileriniz için gerekli olan bilgileri sorgulayınız.) |
|  |
| **ŞİKÂYETLERİ****ERGOTERAPİYE BAŞVURMA NEDENİ VE TEDAVİDEN BEKLENTİLERİ** |
| **KİŞİ İÇİN TERCİH EDİLECEK ERGOTERAPİ MODELİ VE KİŞİNİN MODELE GÖRE ANALİZİ****KİŞİ İÇİN UYGUN STANDARDİZE DEĞERLENDİRME YÖNTEMLERİ VE SONUÇLARI** (Kanada Aktivite Performans Ölçeği, El Fonksiyon Testleri, Duyu Profili, Yaşam Kalitesi Değerlendirmesi, Günlük Yaşam Aktiviteleri Değerlendirmesi vb. kişiye ve hastalığına özel, tedavilerinize yön verecek ve tedavi programlarınız için gerekli olan değerlendirmelerin yapılması gerekmektedir. Değerlendirme sonuçlarının yer aldığı dokümanlar ve/veya formların orijinal halini ek olarak sunabilirsiniz.)  |
| **KİŞİ İLE İLGİLİ GÖZLEMLERİNİZ**  |
| **TEDAVİ PROGRAMI (Kişi, çevre ve okupasyona yönelik müdahaleler ve hedefler ayrıntılı olarak belirtilmelidir)** |
| **EV PROGRAMI** |
| **TEDAVİ SONRASI SONUÇLAR (Tedavi sonra standardize değerlendirme sonuçları ve/veya gözlemler yazılmalıdır.**  |

|  |
| --- |
| **MESLEKİ KLİNİK UYGULAMALARI DEĞERLENDİRME ONAYI** |
| **Süpervizör Adı Soyadı** | **Tarih** | **İmza** |
|  |  |  |
| **Birim Sorumlusu Adı Soyadı** | **Tarih** | **İmza** |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **MESLEKİ 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. Mesleki klinik uygulamasında öğrencinin **devamsızlık hakkı yoktur.** **Devamsızlık durumunda**: Öğrenci durumunu bildirir dilekçesini **danışmanına iletir ve komisyonu karar verir.** |

|  |
| --- |
| **ÖĞRENCİ MESLEKİ KLİNİK UYGULAMA RAPORU** |
|  |

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