

**OKAN ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ YÜKSEKOKULU**

**HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ**

**ÖĞRENCİ STAJ DOSYASI**

**EKLER :**

1. Zorunlu Staj Formu Beyanı
2. Öğrenci Staj Devam Çizelgesi
3. Klinik Uygulama Değerlendirme Formu

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **T.C.**  **OKAN ÜNİVERSİTESİ**  **SAĞLIK BİLİMLERİ YÜKSEKOKULU**  **ZORUNLU STAJ FORMU BEYANI** | Resim boyutu  210x265 piksel |

**SAĞLIK BİLİMLERİ YÜKSEKOKULU HEMŞİRELİK BÖLÜM BAŞKANLIĞI’ NA**

Öğrenci, öğrenim süresi sonuna kadar kurum ve kuruluşlarda ders müfredatı gereğince aşağıda belirtilen derslerin zorunlu stajını yapma zorunluluğundadır. Staj süresince öğrenci adına kısa vadeli sigorta kolları primi Sosyal Güvenlik Kurumuna Yüksekokulumuz tarafından yatırılacaktır.

Bu nedenle aşağıda belirtilen tarihler arasından ilgili kurumda stajımı yapacağımı beyan ve taahhüt ederim. Yapmadığım takdirde Sosyal Güvenlik Kurumu mevzuatı gereğince doğacak maddi cezai sorumluluğu kabul ediyorum.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Öğrencinin Adı Soyadı /Okul No / TC No / Eğitim-Öğretim Yılı |  | |  |  | | |  | |
| Baba Adı / Anne Adı/Doğum Tarihi / Doğum Yeri (İl ve İlçe) |  | |  |  | | |  | |
| Nüfus Cüzdan Cilt No / Aile Sıra No |  | | |  | | | | |
| Telefon No / Varsa SGK numarası |  | | |  | | | | |
| **STAJ YAPACAĞI DERSLER** | | | | | | | | |
| **DERSİN ADI** | | **STAJ YAPACAĞI**  **KURUM** | | | **BAŞLAMA TARİHİ** | **BİTİŞ TARİHİ** | | **İŞ GÜNÜ**  **SAYISI** |
| Hemşirelikte Temel İlke ve Uygulamalar | |  | | |  |  | | 10 |
| İç Hastalıkları Hemşireliği | |  | | |  |  | | 10 |
| Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği | |  | | |  |  | | 10 |
| Doğum ve Kadın Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği | |  | | |  |  | | 10 |
| Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği | |  | | |  |  | | 10 |
| Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği | |  | | |  |  | | 10 |

**ÖNEMLİ NOT**:Bu form,zorunlu staja başlama tarihinden en az 10 gün önceden 2 nüsha olarak bölüm başkanlığına teslim edilmesi gerekmektedir. Bu formu doldurup staj yapacağını beyan eden öğrenci stajına gitmek zorundadır. Her hangi bir nedenle stajını tamamlamayan öğrenci, stajın başlama tarihinden en az 10 gün öncesinden dilekçe ile durumunu bildirmek zorundadır. Aksi takdirde SGK mevzuatı gereğince doğacak maddi cezai işlemlerden dolayı sorumlu tutulacaktır.

Öğrencinin Adı Soyadı

Tarih İmza

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| cid:image001.png@01CD3F2F.4EED26B0 | T.C.OKAN ÜNİVERSİTESİSAĞLIK BİLİMLERİ YÜKSEKOKULU | Resim boyutu  210x265 piksel |

**ÖĞRENCİ STAJ DEVAM ÇİZELGESİ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Öğrencinin Adı, Soyadı, Numarası |  | |  |
| Bölümü ve Sınıfı |  | |  |
| Eğitim-Öğretim Yılı |  | | |
| Staj Yaptığı Kurum | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DERSİN ADI I :** | | | | **DERSİN ADI II:** | | | |
| **TARİH** | **SABAH**  **İMZA** | **AKŞAM**  **İMZA** | **BAŞLANGIÇ VE BİTİŞ**  **SAAT** | **TARİH** | **SABAH**  **İMZA** | **AKŞAM**  **İMZA** | **BAŞLANGIÇ VE BİTİŞ**  **SAAT** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**NOT:** Staj devam çizelgesi staj süresince öğrenciye imzalatılacaktır. Staj resmi tatile geldiği taktirde eksik günleri tamamlatılacaktır. **BİRİM YETKİLİSİNİN**

**ADI SOYADI İMZASI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| cid:image001.png@01CD3F2F.4EED26B0 | T.C.OKAN ÜNİVERSİTESİSAĞLIK BİLİMLERİ YÜKSEKOKULU | Resim boyutu  210x265 piksel |

**YAZ STAJI KLİNİK UYGULAMALARI DEĞERLENDİRME FORMU**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **KLİNİK UYGULAMALARI DEĞERLENDİRME KRİTERLERİ** | **PUAN** | **Klinik Adı** | **Klinik Adı** | **Klinik Adı** | **Klinik Adı** |
|  |  |  |  |
| **Kurum kıyafet yönetmeliğine ve kişisel temizliğe uyumu** | 5 |  |  |  |  |
| **Çalışma saatlerine uyumu** | 5 |  |  |  |  |
| **İletişim ;**   * Klinik Hemşiresi ile iletişimi ve danışmanlık alma * Hasta ve ailesi ile iletişim * Sağlık ekibi ile olumlu ilişkiler kurma | 15 |  |  |  |  |
| **Bireysel öğrenimi için sorumluluk alma ve yaratıcılık özelliği** | 15 |  |  |  |  |
| **Uygulama Becerisi ;**   * Uygun malzeme seçimi * Hasta için kullanılan bakım malzemelerinin düzenli ve eksiksiz olması * Aseptik tekniği kullanma becerisi * Hastalarla yardım edici ilişki kurma * İşlem öncesi hastaya gerekli açıklamayı yapma * Uygulamanın hasta yönünden etkisini değerlendirme * Araç gereçleri temiz olarak kaldırması * İşlemlerin kayıt edilmesi * Hasta ve ailesine eğitim * Bilgiyi kullanma becerisi * Çalışma zamanını verimli kullanma * Öğrenme isteği | 35 |  |  |  |  |
| **Profesyonel Davranış ve Görünüme Uyma** | 5 |  |  |  |  |
| * Bütüncül yaklaşım doğrultusunda gereksinimlere yönelik yeterli ve doğru veri toplama * Doğru tanılama * Tanıları uygun hemşirelik yaklaşımlarını uygulama | 20 |  |  |  |  |
| **TOPLAM PUAN** | **100** |  |  |  |  |

**DEĞERLENDİRENLER**

**SERVİS SORUMLU HEMŞİRESİ**

Adı Soyadı :……………………………….. imza tarih : …… / ……. / ………..

**HASTANE BAŞHEMŞİRESİ**

Adı Soyadı :……………………………….. imza tarih : …… / ……. / ………..