****

**T.C.**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**

Gülhane Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Fakültesi

………/……… Eğitim Öğretim Yılı, ............................/............................ Dönemi,

FTR......-.............................................................................................Stajı **Staj Uygulama Dosyası**

Öğrencinin

Adı Soyadı : ……………………………………….

No : …………………………………………

**Staj Yapan Öğrencinin Sorumluluğu**

1. Öğrenci, staj komisyonu tarafından hazırlanan staj programına uymak zorundadır. Staj Komisyonunun onayını almadan staj dönemini ve staj yapacağı kurumu değiştiremez.
2. Öğrenci stajın gereği olan görevleri zamanında ve eksiksiz yapmak zorundadır.
3. Staj yapan öğrenci, staj yaptığı kurumun kılık kıyafet yönetmeliği kurallarına uymak zorundadır.
4. Staj yapan her öğrenci staj yaptığı kurumun çalışma ve güvenlik kurallarına uymak ve kullandığı mekân, alet, malzeme ve gereçleri özenle kullanmakla yükümlüdür.
5. Öğrenci staj yaptığı kurumun çalışma kurallarına uymak zorundadır.
6. Staj süresince takip ettiği olguların değerlendirme ve tedavi programlarını günlük tarih bildirerek kaydetmelidir.
7. İkinci sınıf zorunlu "Temel Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Yaz Stajı" 20 iş günü boyunca eksiksiz yapılmalıdır.
8. Staj Uygulama Dosyası her gün düzgün olarak tutulmalı ve sorumlu fizyoterapiste onaylatılmalıdır.
9. Staj sonunda staj yapılan kurum ile ilgili öğrenci görüşlerinin belirtileceği form doldurulmalıdır.
10. Kurumla ilgili doldurulması gereken formlar staj başında sorumlu fizyoterapiste teslim edilmelidir.
11. Staj sonunda kurumla ilgili formlar kapalı ve mühürlü zarf içinde sorumlu fizyoterapistten alınarak Staj Uygulama Dosyasının ilk sayfasına zımbalanmalıdır ve en geç 15 gün içerisinde öğrenci akademik danışman hocasına elden imza karşılığı teslim edilmelidir.
12. Staj değerlendirme raporu teslim etmeyen veya eksik teslim edenlerin stajı geçersiz sayılacaktır.

Bu yükümlülüklerini yerine getirmemesinden doğan her türlü sorumluluk öğrenciye aittir. Öğrenci hakkında ayrıca Yükseköğretim Kurumları Öğrenci Disiplin Yönetmeliği hükümleri uyarınca işlem yapılır. **NOT: Raporda belirtilen sayıdan fazla olgu takibi yapılmışsa öğrenci ek olarak doldurduğu raporları, ana rapor dosyasına eklemelidir.**

**T.C.**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**

Gülhane Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Fakültesi

**STAJ RAPOR DOSYASI**

|  |
| --- |
| **Öğrencinin** |
| **Adı, Soyadı** |  |
| **Numarası** |  |

|  |
| --- |
| **Staj Yaptığı Kurumun** |
| **İletişim Bilgileri** |  |
| **Stajın Başlama Tarihi** |  |
| **Stajın Bitiş Tarihi** |  |
| Not: Bu kısımlar yetkili kişi tarafından doldurulup, sorumluluk alanı, yetkisi, görevi ile kaşe, resmi mühür ve imzalar tam olmalıdır. |

Sorumlu Fizyoterapist Kurum Yetkilisinin

Adı, Soyadı Adı, Soyadı

İmza /Kaşe İmza/Kaşe/Mühür

**Staj Yapılan Kurum ile İlgili Görüş Bildirim Formu**

**(Bu kısım staj yapan öğrenci tarafından doldurulacaktır.)**

Lütfen aşağıdaki sorulara objektif cevaplar veriniz.

1- Staj sonunda staj yaptığınız kurum ile ilgili genel düşünceleriniz nelerdir?

2- Staj sonunda beraber staj yaptığınız fizyoterapist ile ilgili genel düşünceleriniz nelerdir?

3- Yaptığınız stajla ilgili önerileriniz nelerdir?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **ADI-SOYADI** | **TANI** | **Tedavi Başlama Tarih** | **Seans Sayısı** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |
| **12** |  |  |  |  |
| **13** |  |  |  |  |
| **14** |  |  |  |  |
| **15** |  |  |  |  |

**Olgu – 1 Değerlendirme**

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirmeler tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

**Olgu – 1 Tedavi Programı**

Hasta Adı-Soyadı :

Tedaviye Başlama Tarihi:

(Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kaydedilmelidir.)

**Olgu – 1 Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları**

Sorumlu Fizyoterapist İmza

**Olgu – 2 Değerlendirme**

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

**Olgu – 2 Tedavi Programı**

Hasta Adı-Soyadı :

Tedaviye Başlama Tarihi:

 (Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

**Olgu – 2 Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları**

Sorumlu Fizyoterapist İmza

**Olgu – 3 Değerlendirme**

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

**Olgu – 3 Tedavi Programı**

Hasta Adı-Soyadı :

(Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

**Olgu – 3 Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları**

Sorumlu Fizyoterapist İmza

**Olgu – 4 Değerlendirme**

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

**Olgu – 4 Tedavi Programı**

Hasta Adı-Soyadı :

Tedaviye Başlama Tarihi:

 (Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

**Olgu – 4 Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları**

Sorumlu Fizyoterapist İmza

**Olgu – 5 Değerlendirme**

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

**Olgu – 5 Tedavi Programı**

Hasta Adı-Soyadı :

(Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

**Olgu – 5 Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları**

Sorumlu Fizyoterapist İmza

**Olgu – 6 Değerlendirme**

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

**Olgu – 6 Tedavi Programı**

Hasta Adı-Soyadı :

Tedaviye Başlama Tarihi:

 (Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

**Olgu – 6 Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları**

Sorumlu Fizyoterapist İmza

**Olgu – 7 Değerlendirme**

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

Sorumlu Fizyoterapist İmza

**Olgu – 7 Tedavi Programı**

Hasta Adı-Soyadı :

Tedaviye Başlama Tarihi:

 (Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

**Olgu – 7 Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları**

Sorumlu Fizyoterapist İmza

**Olgu – 8 Değerlendirme**

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

**Olgu – 8 Tedavi Programı**

Hasta Adı-Soyadı :

Tedaviye Başlama Tarihi:

 (Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

**Olgu – 8 Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları**

Sorumlu Fizyoterapist İmza

**Olgu – 9 Değerlendirme**

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

**Olgu – 9 Tedavi Programı**

Hasta Adı-Soyadı :

Tedaviye Başlama Tarihi:

 (Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

**Olgu – 9 Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları**

Sorumlu Fizyoterapist İmza

**Olgu – 10 Değerlendirme**

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

**Olgu – 10 Tedavi Programı**

Hasta Adı-Soyadı :

Tedaviye Başlama Tarihi:

 (Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

**Olgu – 10 Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları**

Sorumlu Fizyoterapist İmza

**Olgu – 11 Değerlendirme**

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

**Olgu – 11 Tedavi Programı**

Hasta Adı-Soyadı :

Tedaviye Başlama Tarihi:

 (Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

**Olgu – 11 Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları**

Sorumlu Fizyoterapist İmza

**Olgu – 12 Değerlendirme**

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

**Olgu – 12 Tedavi Programı**

Hasta Adı-Soyadı :

Tedaviye Başlama Tarihi:

 (Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

**Olgu – 12 Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları**

Sorumlu Fizyoterapist İmza

**Olgu – 13 Değerlendirme**

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

**Olgu – 13 Tedavi Programı**

Hasta Adı-Soyadı :

Tedaviye Başlama Tarihi:

 (Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

**Olgu – 13 Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları**

Sorumlu Fizyoterapist İmza

**Olgu – 14 Değerlendirme**

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

**Olgu – 14 Tedavi Programı**

Hasta Adı-Soyadı :

Tedaviye Başlama Tarihi:

 (Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

**Olgu – 14 Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları**

Sorumlu Fizyoterapist İmza

**Olgu – 15 Değerlendirme**

Hasta Adı-Soyadı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Tanı :

Hikaye :

Şikayet :

İlk Değerlendirme Tarihi:

(Yapılan değerlendirme tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

**Olgu – 15 Tedavi Programı**

Hasta Adı-Soyadı :

Tedaviye Başlama Tarihi:

 (Tedavi programı tarih bildirilerek günlük kayıt edilmelidir.)

**Olgu – 15 Tedavi Sonunda Hastanın Kazanımları**

Sorumlu Fizyoterapist İmza