|  |
| --- |
| **SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ****HAMİDİYE SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ****ODYOLOJİ BÖLÜMÜ****KLİNİK UYGULAMA DEFTERİ****20**…….-**20**……. **EĞİTİM ÖĞRETİM YILI****Öğrencinin Adı-Soyadı :** …………………………………………………………..**Öğrencinin Numarası :** …………………………………………………………..**Yapılan Staj :** [ ]  **Yaz Stajı I /** [ ]  **Yaz Stajı II****Staj Yapılan Tarih Aralığı :****Stajyer öğrenci, Klinik Uygulama Defteri’nin taratılmış formatını klinik uygulama bitimini takiben en geç 2 hafta içerisinde e-posta ile Odyoloji Staj Komisyonu’na teslim etmek zorundadır.****İletişim:** Selimiye Mah. Tıbbiye Cad. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Sağlık Bilimleri Fakültesi“U Blok” Odyoloji Bölümü Kat:2 Üsküdar/ İstanbul |

**STAJ DEVAM FORMU**

|  |  |
| --- | --- |
| **Stajyer Öğrenci Adı Soyadı** |  |
| **Staj Yaptığı Kurum Adı** |  |
| **Sorumlu Odyolog** |  |
| **Staj Yapılan Eğitim Öğretim Yılı** | 20…../20….. |
| **Staj Yapılan Yarıyıl**  | [ ]  Güz Yarıyılı [ ] Bahar Yarıyılı [ ] Yaz |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Tarih** | **Staj Yapılan Ünite** | **Giriş İmzası** | **Çıkış İmzası** |
| Y | E | V | YD | KBB | İCM/ÖERM |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **10.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **11.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **12.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **13.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **14.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **15.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **16.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **17.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **18.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **19.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **20.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Y: Yetişkin, E: Elektrofizyoloji YD: Yenidoğan, V: Vestibüler, KBB: Kulak Burun Boğaz Polikliniği, İCM/ÖERM: İşitme Cihazı Merkezi/Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi* |
| Sorumlu Odyolog İmzası |  |
| Onaylayan Danışman Adı/Soyadı ve İmzası |  |

|  |
| --- |
| **1. VAKA** |
| **Tarih** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **GENEL BİLGİLER** | Hastanın Yaşı:Hastanın Cinsiyeti: ( ) Kadın ( )ErkekHastanın Mesleği:  |
| **ANAMNEZ** |  |
| **ODYOLOJİK DEĞERLENDİRME** |
| **Elektrofizyolojik Değerlendirme**  |  |
| **Vestibüler Değerlendirme** |  |

**1. VAKA**

|  |
| --- |
| **2. VAKA** |
| **Tarih** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Genel Bilgiler** | Hastanın Yaşı:Hastanın Cinsiyeti: ( ) Kadın ( )ErkekHastanın Mesleği:  |
| **Anamnez** |  |
| **ODYOLOJİK DEĞERLENDİRME** |
| **Elektrofizyolojik Değerlendirme**  |  |
| **Vestibüler Değerlendirme** |  |

**2. VAKA**

|  |
| --- |
| **3. VAKA** |
| **Tarih** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **GENEL BİLGİLER** | Hastanın Yaşı:Hastanın Cinsiyeti: ( ) Kadın ( )ErkekHastanın Mesleği:  |
| **ANAMNEZ** |  |
| **ODYOLOJİK DEĞERLENDİRME** |
| **Elektrofizyolojik Değerlendirme**  |  |
| **Vestibüler Değerlendirme** |  |

**3. VAKA**

|  |
| --- |
| **4. VAKA** |
| **Tarih** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **GENEL BİLGİLER** | Hastanın Yaşı:Hastanın Cinsiyeti: ( ) Kadın ( )ErkekHastanın Mesleği:  |
| **ANAMNEZ** |  |
| **ODYOLOJİK DEĞERLENDİRME** |
| **Elektrofizyolojik Değerlendirme**  |  |
| **Vestibüler Değerlendirme** |  |

**4. VAKA**

|  |
| --- |
| **5. VAKA** |
| **Tarih** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **GENEL BİLGİLER** | Hastanın Yaşı:Hastanın Cinsiyeti: ( ) Kadın ( )ErkekHastanın Mesleği:  |
| **ANAMNEZ** |  |
| **ODYOLOJİK DEĞERLENDİRME** |
| **Elektrofizyolojik Değerlendirme**  |  |
| **Vestibüler Değerlendirme** |  |

**5. VAKA** 

|  |
| --- |
| **6. VAKA** |
| **Tarih** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **GENEL BİLGİLER** | Hastanın Yaşı:Hastanın Cinsiyeti: ( ) Kadın ( )ErkekHastanın Mesleği:  |
| **ANAMNEZ** |  |
| **ODYOLOJİK DEĞERLENDİRME** |
| **Elektrofizyolojik Değerlendirme**  |  |
| **Vestibüler Değerlendirme** |  |

**6. VAKA**

|  |
| --- |
| **7. VAKA** |
| **Tarih** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **GENEL BİLGİLER** | Hastanın Yaşı:Hastanın Cinsiyeti: ( ) Kadın ( )ErkekHastanın Mesleği:  |
| **ANAMNEZ** |  |
| **ODYOLOJİK DEĞERLENDİRME** |
| **Elektrofizyolojik Değerlendirme**  |  |
| **Vestibüler Değerlendirme** |  |

**7. VAKA**

|  |
| --- |
| **8. VAKA** |
| **Tarih** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **GENEL BİLGİLER** | Hastanın Yaşı:Hastanın Cinsiyeti: ( ) Kadın ( )ErkekHastanın Mesleği:  |
| **ANAMNEZ** |  |
| **ODYOLOJİK DEĞERLENDİRME** |
| **Elektrofizyolojik Değerlendirme**  |  |
| **Vestibüler Değerlendirme** |  |

**8. VAKA**

|  |
| --- |
| **9. VAKA** |
| **Tarih** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **GENEL BİLGİLER** | Hastanın Yaşı:Hastanın Cinsiyeti: ( ) Kadın ( )ErkekHastanın Mesleği:  |
| **ANAMNEZ** |  |
| **ODYOLOJİK DEĞERLENDİRME** |
| **Elektrofizyolojik Değerlendirme**  |  |
| **Vestibüler Değerlendirme** |  |

**9.** **VAKA**

|  |
| --- |
| **10. VAKA** |
| **Tarih** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **GENEL BİLGİLER** | Hastanın Yaşı:Hastanın Cinsiyeti: ( ) Kadın ( )ErkekHastanın Mesleği:  |
| **ANAMNEZ** |  |
| **ODYOLOJİK DEĞERLENDİRME** |
| **Elektrofizyolojik Değerlendirme**  |  |
| **Vestibüler Değerlendirme** |  |

**10. VAKA**

|  |
| --- |
| **11. VAKA** |
| **Tarih** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **GENEL BİLGİLER** | Hastanın Yaşı:Hastanın Cinsiyeti: ( ) Kadın ( )ErkekHastanın Mesleği:  |
| **ANAMNEZ** |  |
| **ODYOLOJİK DEĞERLENDİRME** |
| **Elektrofizyolojik Değerlendirme**  |  |
| **Vestibüler Değerlendirme** |  |

**11. VAKA**

|  |
| --- |
| **12. VAKA** |
| **Tarih** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **GENEL BİLGİLER** | Hastanın Yaşı:Hastanın Cinsiyeti: ( ) Kadın ( )ErkekHastanın Mesleği:  |
| **ANAMNEZ** |  |
| **ODYOLOJİK DEĞERLENDİRME** |
| **Elektrofizyolojik Değerlendirme**  |  |
| **Vestibüler Değerlendirme** |  |

**12. VAKA**

|  |
| --- |
| **13. VAKA** |
| **Tarih** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **GENEL BİLGİLER** | Hastanın Yaşı:Hastanın Cinsiyeti: ( ) Kadın ( )ErkekHastanın Mesleği:  |
| **ANAMNEZ** |  |
| **ODYOLOJİK DEĞERLENDİRME** |
| **Elektrofizyolojik Değerlendirme**  |  |
| **Vestibüler Değerlendirme** |  |

**13. VAKA**

|  |
| --- |
| **14. VAKA** |
| **Tarih** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **GENEL BİLGİLER** | Hastanın Yaşı:Hastanın Cinsiyeti: ( ) Kadın ( )ErkekHastanın Mesleği:  |
| **ANAMNEZ** |  |
| **ODYOLOJİK DEĞERLENDİRME** |
| **Elektrofizyolojik Değerlendirme**  |  |
| **Vestibüler Değerlendirme** |  |

**14. VAKA**

|  |
| --- |
| **15. VAKA** |
| **Tarih** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **GENEL BİLGİLER** | Hastanın Yaşı:Hastanın Cinsiyeti: ( ) Kadın ( )ErkekHastanın Mesleği:  |
| **ANAMNEZ** |  |
| **ODYOLOJİK DEĞERLENDİRME** |
| **Elektrofizyolojik Değerlendirme**  |  |
| **Vestibüler Değerlendirme** |  |

**15. VAKA**

|  |
| --- |
| **16. VAKA** |
| **Tarih** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **GENEL BİLGİLER** | Hastanın Yaşı:Hastanın Cinsiyeti: ( ) Kadın ( )ErkekHastanın Mesleği:  |
| **ANAMNEZ** |  |
| **ODYOLOJİK DEĞERLENDİRME** |
| **Elektrofizyolojik Değerlendirme**  |  |
| **Vestibüler Değerlendirme** |  |

**16. VAKA**

|  |
| --- |
| **17. VAKA** |
| **Tarih** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **GENEL BİLGİLER** | Hastanın Yaşı:Hastanın Cinsiyeti: ( ) Kadın ( )ErkekHastanın Mesleği:  |
| **ANAMNEZ** |  |
| **ODYOLOJİK DEĞERLENDİRME** |
| **Elektrofizyolojik Değerlendirme**  |  |
| **Vestibüler Değerlendirme** |  |

**17. VAKA**

|  |
| --- |
| **18. VAKA** |
| **Tarih** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **GENEL BİLGİLER** | Hastanın Yaşı:Hastanın Cinsiyeti: ( ) Kadın ( )ErkekHastanın Mesleği:  |
| **ANAMNEZ** |  |
| **ODYOLOJİK DEĞERLENDİRME** |
| **Elektrofizyolojik Değerlendirme**  |  |
| **Vestibüler Değerlendirme** |  |

**18. VAKA**

|  |
| --- |
| **19. VAKA** |
| **Tarih** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **GENEL BİLGİLER** | Hastanın Yaşı:Hastanın Cinsiyeti: ( ) Kadın ( )ErkekHastanın Mesleği:  |
| **ANAMNEZ** |  |
| **ODYOLOJİK DEĞERLENDİRME** |
| **Elektrofizyolojik Değerlendirme**  |  |
| **Vestibüler Değerlendirme** |  |

**19. VAKA**

|  |
| --- |
| **20. VAKA** |
| **Tarih** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **GENEL BİLGİLER** | Hastanın Yaşı:Hastanın Cinsiyeti: ( ) Kadın ( )ErkekHastanın Mesleği:  |
| **ANAMNEZ** |  |
| **ODYOLOJİK DEĞERLENDİRME** |
| **Elektrofizyolojik Değerlendirme**  |  |
| **Vestibüler Değerlendirme** |  |

**20. VAKA**

**STAJ BİTİŞ FORMU**

|  |
| --- |
| **ÖĞRENCİ BİLGİLERİ** |
| **Adı Soyadı** |  |
| **T.C. Kimlik No** |  |
| **Öğrenci Numarası** |  |
| **Telefon**  |  |
| **E-posta** |  |
| **STAJ BİLGİLERİ** |
| **Staj Yapılan Eğitim Öğretim Yılı** | 20…../20….. |
| **Staj Yapılan Yarıyıl**  | ( ) Güz Yarıyılı ( ) Bahar Yarıyılı ( )Yaz |
| **Dersin Adı ve Kodu** |  |
| **Başlangıç Tarihi** |  |
| **Bitiş Tarihi** |  |
| **Staj Yaptığı Kurum Adı** |  |
| **Kurum Adresi** |  |
|  |
| **Kurum Telefonu** |  |
| **Kurum E-posta** |  |
| **Staj Sorumlusu Adı Soyadı** |  |
| **Staj Sorumlusu Görevi** |  |
| Yukarıda kimlik bilgileri bulunan Bölümünüz öğrencisi zorunlu 20 (yirmi) günlük stajının ……….. günlük kısmını ……………….……‒…………………. tarihleri arasında kurum/ kuruluşumuzda yapmıştır.Bilgilerinize arz/rica ederim. …./…../20…….Staj Sorumlusu İmzaMühür/Kaşe  |

**STAJYER ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRME FORMU**

***(Bu kısım staj bitiminde sorumlu odyolog tarafından doldurulacaktır.***

***Bu formun kapalı zarf ile bölüme teslim edilmesi zorunludur.)***

|  |  |
| --- | --- |
| **Stajyer Öğrenci Adı Soyadı** |  |
| **Staj Yaptığı Kurum Adı** |  |
| **Sorumlu Odyolog** |  |
| **Staj Yapılan Eğitim Öğretim Yılı** | 20…../20…. |
| **Staj Yapılan Yarıyıl**  | ( ) Güz Yarıyılı ( ) Bahar Yarıyılı ( ) Yaz Dönemi  |
| **Dersin Adı ve Kodu** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Çok iyi** | **İyi** | **Orta** | **Zayıf** | **Çok Zayıf** |
| Staja devam durumu |  |  |  |  |  |
| Çalışma saatlerine uyumu |  |  |  |  |  |
| Çalışma kurallarına uyumu |  |  |  |  |  |
| Verilen görevi zamanında yapabilmesi |  |  |  |  |  |
| Sorumluluk alma isteği |  |  |  |  |  |
| Öğrenme arzusu, bilgiye açık olması |  |  |  |  |  |
| Görüşlerini, bilgisini aktarabilme yeteneği |  |  |  |  |  |
| Staj sorumlusu/Çalışanlar ile iletişimi |  |  |  |  |  |
| Hastalarla iletişimi |  |  |  |  |  |
| Mesleki bilgisi |  |  |  |  |  |
| Öğrendiklerini yorumlama ve geliştirme çabası |  |  |  |  |  |
| Davranışsal testleri yapabilme, yorumlayabilme ve raporlayabilmesi |  |  |  |  |  |
| Akustik immitansmetri testlerini yapabilme, yorumlayabilme ve raporlayabilmesi |  |  |  |  |  |
| Elektrofizyolojik testleri yapabilme, yorumlayabilme ve raporlayabilmesi |  |  |  |  |  |
| Vestibüler testleri yapabilme, yorumlayabilme ve raporlayabilmesi |  |  |  |  |  |
| Genel olarak öğrencinin staj dönemini değerlendiriniz. |  |  |  |  |  |
| **Değerlendirme notunuz** (100 üzerinden) |  |

Aşağıda stajyer öğrencimizi değerlendirmeniz için çeşitli ifadeler bulunmaktadır. Lütfen uygun kutucuğu (X) ile işaretleyiniz.

…./…../20…….
Sorumlu Odyolog

İmza/Kaşe

…./…../20…….
Sorumlu Odyolog

 İmza/Kaşe

**STAJ DEĞERLENDİRME FORMU**

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Stajyer Öğrenci Adı Soyadı** |  |
| **Staj Yaptığı Kurum Adı** |  |

|  |
| --- |
| Aşağıda yer alan ifadeler bitirmiş olduğunuz stajınız ve staj yerinize yönelik değerlendirmeleri içermektedir. Stajınızın daha verimli hale getirilebilmesi için aşağıda yer alan maddeleri objektif şekilde cevaplayınız. Lütfen uygun kutucuğu (X) ile işaretleyiniz. |
|   | **Çok iyi** | **İyi** | **Orta** | **Zayıf** | **Çok Zayıf** |
| Mesleğiniz adına stajın sizde bıraktığı genel etki |  |  |  |  |  |
| Staj sürecinin iş yaşantısı ve disiplini konusunda kazandırdığı bakış açısı  |  |  |  |  |  |
| Stajın teorik bilginize katkısı |  |  |  |  |  |
| Stajın pratik bilginize ve klinik karar verme sürecinize katkısı |  |  |  |  |  |
| Staj yerinin fiziksel koşulları ve olanakları |  |  |  |  |  |
| Staj yaptığınız kurumun hasta profili ve çeşitliliği |  |  |  |  |  |
| Yeni uygulamaların miktarı |  |  |  |  |  |
| Derste öğrendiklerinizin staja katkısı |  |  |  |  |  |
| Çalışanların stajyerlere yaklaşımı |  |  |  |  |  |

**Öğrenci İmzası**



**Stajyer öğrenci, Klinik Uygulama Defteri’nin taratılmış formatını klinik uygulama bitimini takiben en geç 2 hafta içerisinde e-posta ile Odyoloji Staj Komisyonu’na teslim etmek zorundadır.**

**İletişim:** Selimiye Mah. Tıbbiye Cad. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Sağlık Bilimleri Fakültesi“U Blok” Odyoloji Bölümü Kat:2 Üsküdar/ İstanbul