



**T.C.**

**NİĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ**

**NİĞDE ZÜBEYDE HANIM SAĞLIK**

**HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU**

**İLK VE ACİL YARDIM PROGRAMI**

**STAJ DEFTERİ**

**ÖĞRENCİNİN**

**ADI SOYADI : …………………………………………………………………….......**

**SINIFI** **: …………………………………………………………………………**

**NUMARASI : ………………………………………………………………………….**

**STAJIN ADI : ………………………………………………………………………….**

**20…. / 20….**

**İLK VE ACİL YARDIM PROGRAMI STAJ UYGULAMA İLKELERİ**

* Staj dosyasına dair bütün bilgi ve belgelerin eksiksiz olarak doldurulması zorunludur. Staj dosyasına dair tüm belgeleri web sitesinden indirilerek kullanılmalıdır. Web sitesinde yer alanlar dışında kesinlikle ek bir belge düzenlenmemelidir.
* Staj dosyasının tamamı bilgisayarda yazılabileceği gibi, okunmada sıkıntı yaşanmamak şartı ile el yazısı ile de yazılabilecektir. El yazması ile yazıldığında mutlaka tükenmez kalem kullanılmalıdır.
* Bilgisayarda yazılan staj dosyalarında dosyanın tamamında aynı yazı tipi ve boyutu kullanılmalıdır. Arial yazı tipi **11** punto veya Times New Roman yazı tipi **12** punto kullanılması esastır.
* El yazması ile yazılan staj dosyasında yazısı okunamayan staj dosyalarının yeniden yazılması istenebilir ya da doğrudan doğruya staj geçersiz kabul edilebilir.
* Staj Yoklama Formu her gün mutlaka imzalanmalı ve işyeri yetkilisi tarafından kaşelenmeli ve onaylanmalıdır. İmza toplu bir şekilde asla atılmamalıdır. Ayrıca gerek stajyerin gerekse işverenin imzası mutlaka tükenmez kalemle olmalıdır.
* Stajyer Öğrenci Değerlendirme Formu, işyeri eğitmeni tarafından doldurulmalı ve kapalı zarf içine yerleştirilerek zarfın ağzı mutlaka kaşelenmelidir.
* Staj uygulamasında doldurulan staj vaka raporları, doldurulduktan sonra işyeri yetkilisi tarafından tarih belirtilerek kaşelenmeli ve imzalanmalıdır.

**NOT:** Staj öğrencisinin görev ve sorumluluklarına dair bütün düzenlemeler Üniversitemiz Ön Lisans Staj Yönergesinde (<http://www.ohu.edu.tr/zubeydehanimsaglikmyo/sayfa/staj-yonergesi>) verilmiş olup bütün öğrencilerin yönerge kapsamında stajlarını tamamlamaları gerekmektedir.

**Başarılar dileriz...**

****

****

****

**T.C.**

**NİĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ**

**Niğde Zübeyde Hanım Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü**

**AYLIK ÇALIŞMA PUANTAJ CETVELİ**

**20… ……………….. Ayı dönemine ait stajyer öğrenci aylık çalışma puantaj cetveli.**

**İşletmenin / Kurumun Bilgileri:…………………………………**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Öğrencinin Adı-Soyadı** |  | | | | | | | | **ÇALIŞMA GÜNLERİ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **ÇALIŞTIĞI** | |
| *Staj Yaptığı*  *Aylar* | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** | **18** | **19** | **20** | **21** | **22** | **23** | **24** | **25** | **26** | **27** | **28** | **29** | **30** | **31** | **Saat Toplamı** | **Gün Toplamı** |
| **Ocak** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Şubat** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Mart** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Nisan** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Mayıs** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Haziran** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Temmuz** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Ağustos** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Eylül** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Ekim** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Kasım** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Aralık** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Not-1** Puantaj cetveline çalışılan her gün en fazla 8 (sekiz) saat olarak işlenmeli, haftalık çalışma süresi 40 (kırk) saati geçmemelidir. Stajyerlerin fazla mesai veya gece

vardiyalarında çalışması ek staj günü olarak sayılmaz. (Tatil günü çalışan işyerlerinde haftalık çalışma süresi 48 (kırksekiz) saattir)

**Not-2** Çalışılan günler için (+) çalışılmayan günler için (-) hafta sonları için (X) işareti ile işaretlenmelidir.

İş bu Aylık Çalışma Puantaj Cetveli yukarıda ismi / isimleri yazılı ……… adet stajyer öğrenciye / öğrencilere ait olup, tarafımızca düzenlenmiştir.

Tanzim Eden Staj Yeri Birim Amiri

…./…../20…. …./…../20….

Adı-Soyadı / İmzası Adı-Soyadı / İmzası

****

**T.C.**

**NİĞDE ZÜBEYDE HANIM SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU**

**TIBBİ HİZMETLER VE TEKNİKLER BÖLÜMÜ İLK VE ACİL YARDIM PROGRAMI**

**… /… / 20….** **DÖNEMİNE AİT STAJ YOKLAMA FORMU**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÖĞRENCİ ADI**  **SOYADI** | | | |  | **UYGULAMA YAPILAN**  **KURUM VE BİRİM**  **BİLGİSİ** |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **NO** |  | **TARİH** | | **ÖĞRENCİ İMZA** | **EĞİTİM HEMŞİRESİ /BİRİM SORUMLUSU**  **İMZA** | **ÖZEL DURUMA**  **YÖNELİK AÇIKLAMA** |
|  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **1** |  | / | /20 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  | / | /20 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  | / | /20 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  | / | /20 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  | / | /20 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  | / | /20 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  | / | /20 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  | / | /20 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **9** |  | / | /20 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **10** |  | / | /20 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **11** |  | / | /20 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **12** |  | / | /20 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **13** |  | / | /20 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **14** |  | / | /20 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **15** |  | / | /20 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Not:** Stajyer öğrencinin haftalık çalışma süresi 40 (kırk) saati geçmemelidir. Stajyerlerin fazlamesai veyagece vardiyalarında çalışması staj günü olarak sayılmamaktadır. Bundan dolayı öğrenciler gece vardiyasına veya fazla mesaiye yazılmamalıdır.

İş bu günlük devam çizelgesi yukarıda ismi yazılı stajyer öğrenciye ait olup tarafımızca düzenlenmiştir.

**Uygulama Sorumlusunun İşyeri/Kurum Amirinin**

**Adı/Soyadı Adı/Soyadı**

**İmza/Kaşe İmza/Kaşe/Mühür**

**STAJYER ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRME FORMU **

**Öğrencinin İşyerinin**

**Adı-Soyadı : Kuruluş Adı :**

**Numarası : Adresi :**

**Bölüm/Programı :**

**Staj Başlama Tarihi : Tel.No. :**

**Staj Bitiş Tarihi : E-Posta :**

**Staj Süresi : Faks No. :**

**Sayın İşyeri Yetkilisi,**

İşyerinizde staj süresini tamamlayan öğrencinin bilgi, beceri ve stajdan yararlanma derecesini ve ilişkileri ile davranışlarının niteliklerini belirleyebilmek için aşağıdaki tabloyu özenle doldurunuz.

### Değerlendirme Tablosu

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Özellikler | \*Değerlendirme Puanı | | | | |
| **Çok İyi**  **(100-85)** | **İyi**  **(84-65)** | **Orta**  **(64-39)** | **Geçer**  **(40-30)** | **Olumsuz**  **(0-29)** |
| **İşe İlgi** |  |  |  |  |  |
| **İşin Tanımlanması** |  |  |  |  |  |
| **Alet Teçhizat Kullanma Yeteneği** |  |  |  |  |  |
| **Algılama Gücü** |  |  |  |  |  |
| **Sorumluluk Duygusu** |  |  |  |  |  |
| **Çalışma Hızı** |  |  |  |  |  |
| **Uygun ve Yeteri Kadar Malzeme Kullanma Becerisi** |  |  |  |  |  |
| **Zaman/Verimli Kullanma** |  |  |  |  |  |
| **Problem Çözebilme Yeteneği** |  |  |  |  |  |
| **İletişim Kurma** |  |  |  |  |  |
| **Kurallara Uyma** |  |  |  |  |  |
| **Genel Değerlendirme** |  |  |  |  |  |
| **Grup Çalışmasına Yatkınlığı** |  |  |  |  |  |
| **Kendisini Geliştirme İsteği** |  |  |  |  |  |

\* **Staj yapan öğrenciler üst üste veya staj dönemi boyunca staj süresinin % 20’ sinin bir gün fazlası devamsızlık yaptıkları takdirde stajları geçersiz sayılır. (NOHU Önlisans Yönergesinin Madde – 10/1-e) Bu durumdaki stajyer öğrencilerin isimleri Meslek Yüksekokul Müdürlüğüne bildirilir.**

\* Değerlendirme Kısmını, Çok İyi (A), İyi (B), Orta (C), Zayıf (D), Olumsuz (E) şeklinde kodlayınız

**Değerlendirmeyi Yapan Personelin;**

**Adı-Soyadı :**

**Unvanı :**

**İmzası :**

**NİĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ**

**NİĞDE ZÜBEYDE HANIM SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEKYÜKSEKOKULU**

**TIBBİ HİZMETLER VE TEKNİKLER BÖLÜMÜ İLK VE ACİL YARDIM PROGRAMI**

**STAJDA HEDEFLENEN UYGULAMALAR FORMU**

**(Bu form, öğrenci tarafından doldurulacak, işyeri sorumlusu tarafından onaylanacak ve kapalı zarf ile meslek yüksekokuluna gönderilecektir)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Uygulamanın adı** |  | **Uygulama sayısı** | | |
|  |  |  |  |  |
|  | **Girişimi**  **İzleme** | | **Eğitimci yardımı ile birlikte yapma** | **Öğrencinin tek başına yaptığı** |
| **Hava yolu ve solunum ile ilgili beceri ve girişimler** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Hava yolunun değerlendirilmesi |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Solunumun değerlendirilmesi |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Temel hava yolu manevralarının uygulanması |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Nazal kanül ile oksijen uygulanması |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Uygun maske ile oksijen uygulanması |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Balon Valf Maske Kullanımı |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Orafaringial hava yolu kanül uygulama |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Orotrakeal entübasyon |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Alternatif havayolu araçlarının uygulanması (LMA vs.) |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Dolaşım ile ilgili beceri ve girişimler** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Nabız değerlendirmesi/Kan basıncı ölçümü |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Hastanın monitörize edilmesi ya da EKG çekilmesi |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Monitörden ya da EKG kağıdından ritmin değerlendirilmesi |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Defibrilasyon/Kardiyoversiyon uygulaması |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Kalp masajı uygulaması |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Fiziksel muayene ile ilgili beceri ve girişimler** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Genel fiziksel muayene uygulaması |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Cilt değerlendirmesi (ısı, durum ve renk) |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Göz muayenesi ve pupil değerlendirmesi (PERRLA) |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Göğüs muayenesi ve solunum seslerinin dinlenmesi |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Karın ve pelvis muayenesi |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Üst ve Alt Ektremitelerin değerlendirilmesi |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **İmmobilizasyon ile ilgili beceri ve girişimler** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Boyunluk uygulaması |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Hastanın sırt tahtasına alınması |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Kısa sırt tahtası veya KED uygulaması |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Atel uygulama (traksiyon, vakum, havalı vs.) |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **İlaç uygulama ile ilgili beceri ve girişimler** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Oral ya da Sublingual ilaç uygulama |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| IM ya da SC ilaç uygulaması |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| IV ya da IO yolun sağlanması ve ilaç uygulaması |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Kadın Doğum ile ilgili beceri ve girişimler** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Gebeden öykü alınması |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Doğuma yardımcı olma, |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Yenidoğan bakımı- değerlendirilmesi |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Plasentanın çıkartılması, kontrolü, doğum sonrası anne bakımı |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Uygulama Sorumlusunun** **İşyeri/Kurum Amirinin**

**Adı/Soyadı** **Adı/Soyadı**

**İmza/Kaşe** **İmza/Kaşe/Mühür**

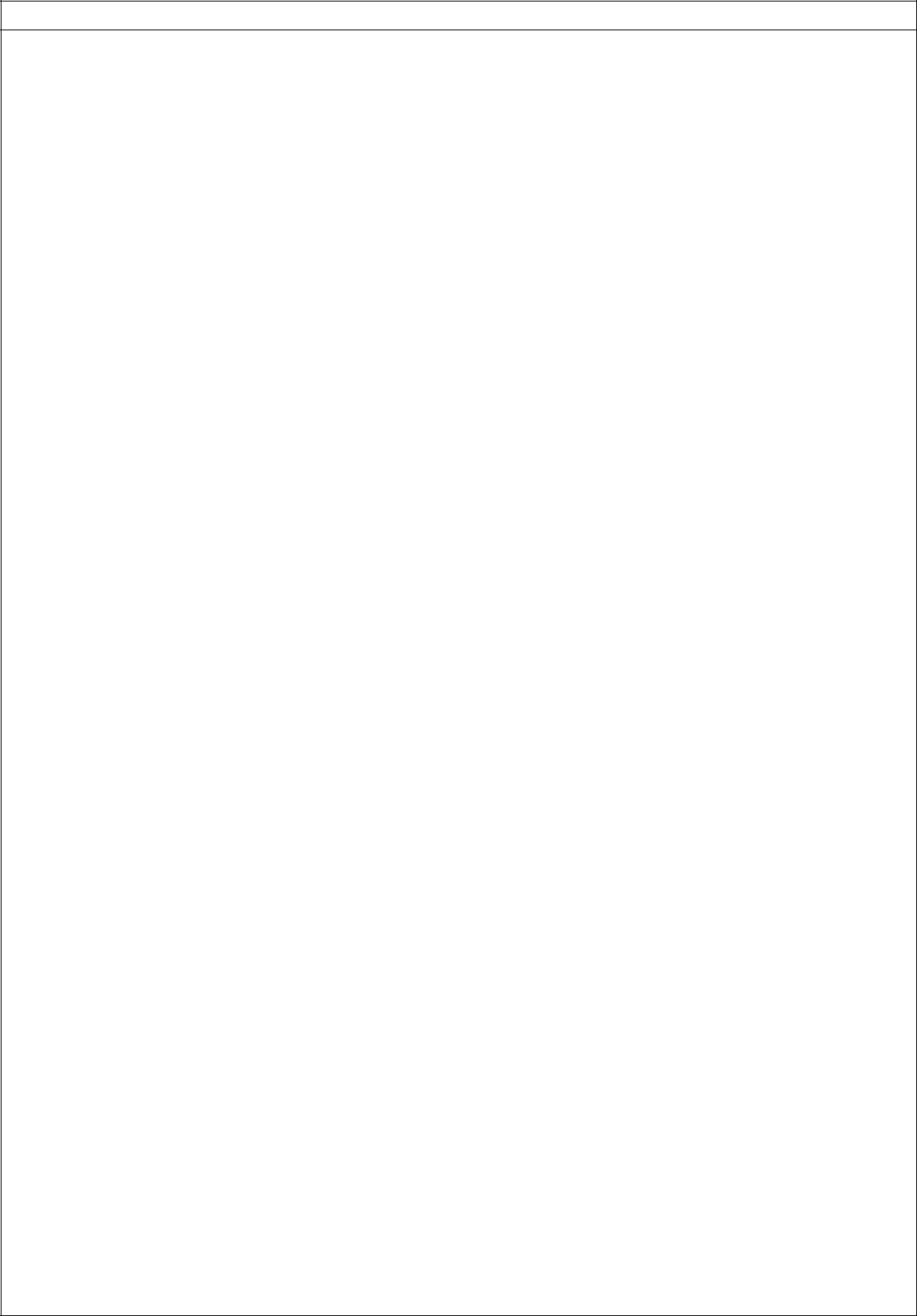
**NİĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ**

**NİĞDE ZÜBEYDE HANIM SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEKYÜKSEKOKULU**

**TIBBİ HİZMETLER VE TEKNİKLER BÖLÜMÜ İLK VE ACİL YARDIM**

**PROGRAMI**

Bu bölüme öğrenciler görev aldıkları bir vaka ile ilgili uygulama ve gözlemlerini rapor halinde yazacaklardır. En az beş vaka raporlanması zorunludur. **Sevgili Öğrencimiz,** Stajınız sırasında görev aldığınız 5 vakayı anlatınız.



**STAJ VAKA RAPORU**

1. **Olgu**

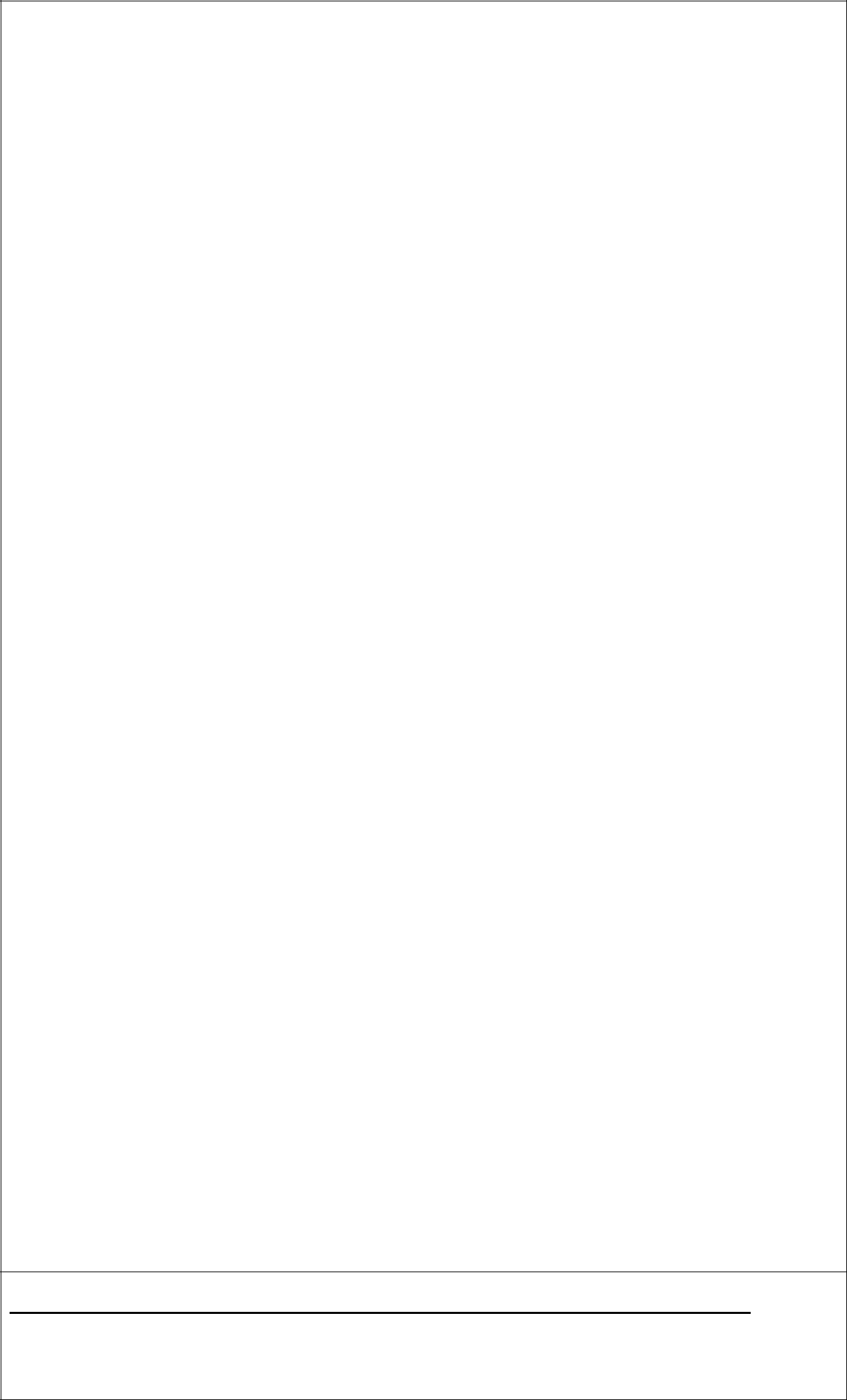
**Hastaya Ait Ayrıntılı Tıbbi Öykü:**

**Vital Bulgular: TA:** **/** **mmHg** **Nb.:** **/dk** **Sol.:** **/dk** **Ateş:** **°C**

**Birinci Değerlendirme (AVPU, GKS, PERRLA):**

**İkincil Değerlendirme:**

**Uygulanan Acil Bakım:**

**Acil Hastalık Hakkında Bilgi ve Uygulanması Gereken Acil Bakım:**

**Acil Hastalık Tedavisinde Kullanılan en az 2 (iki) İlacın Farmakolojik Özellikleri:**

**YETKİLİNİN**

**Adı Soyadı**

**Ünvanı**

**İmzası**

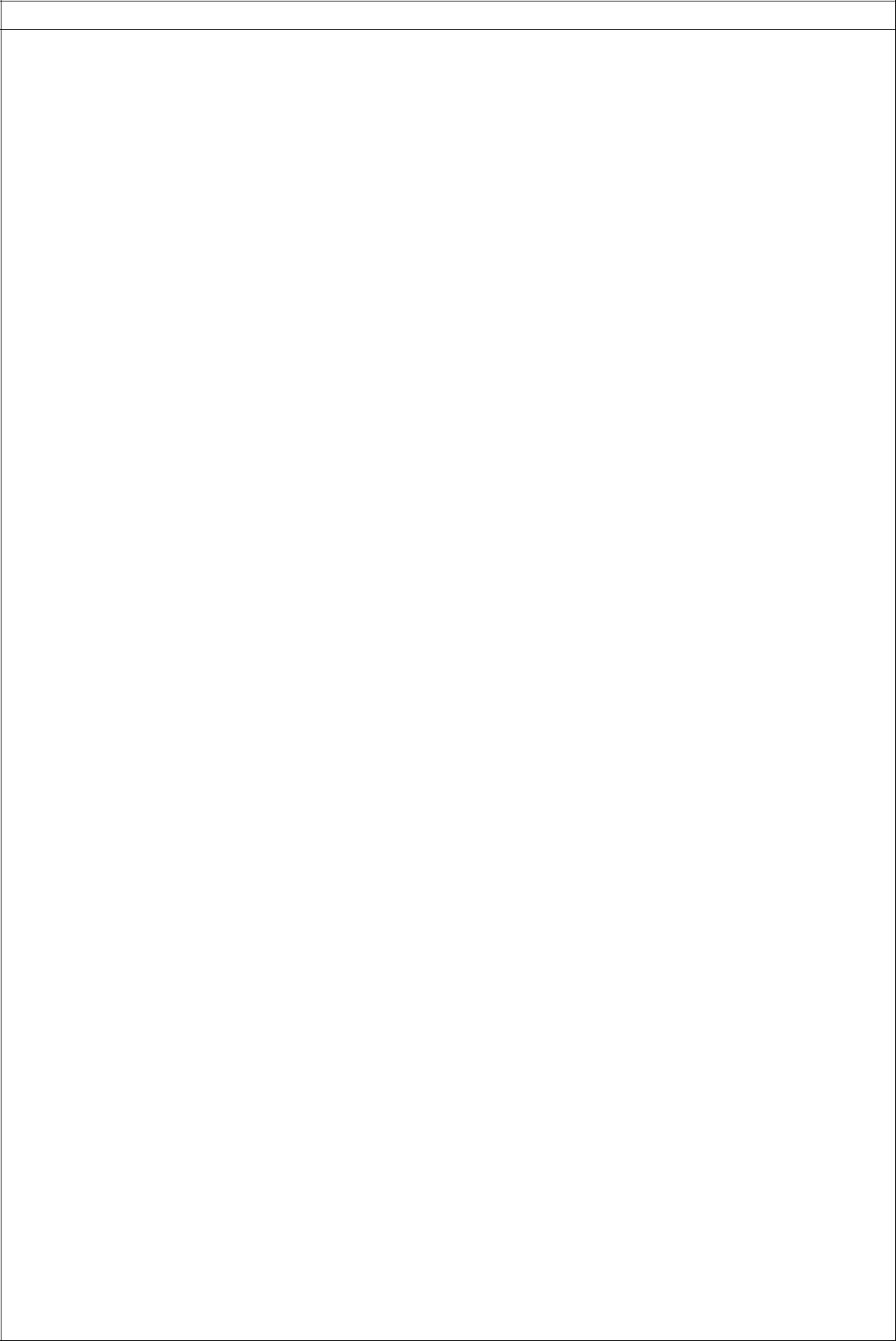
**Tarih**

**NİĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ**

**NİĞDE ZÜBEYDE HANIM SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEKYÜKSEKOKULU**

**TIBBİ HİZMETLER VE TEKNİKLER BÖLÜMÜ İLK VE ACİL YARDIM**

**PROGRAMI**

****

**STAJ VAKA RAPORU**

**2. Olgu**

**Hastaya Ait Ayrıntılı Tıbbi Öykü:**

**Vital Bulgular: TA:** **/** **mmHg** **Nb.:** **/dk**

**Sol.:**

**/dk**

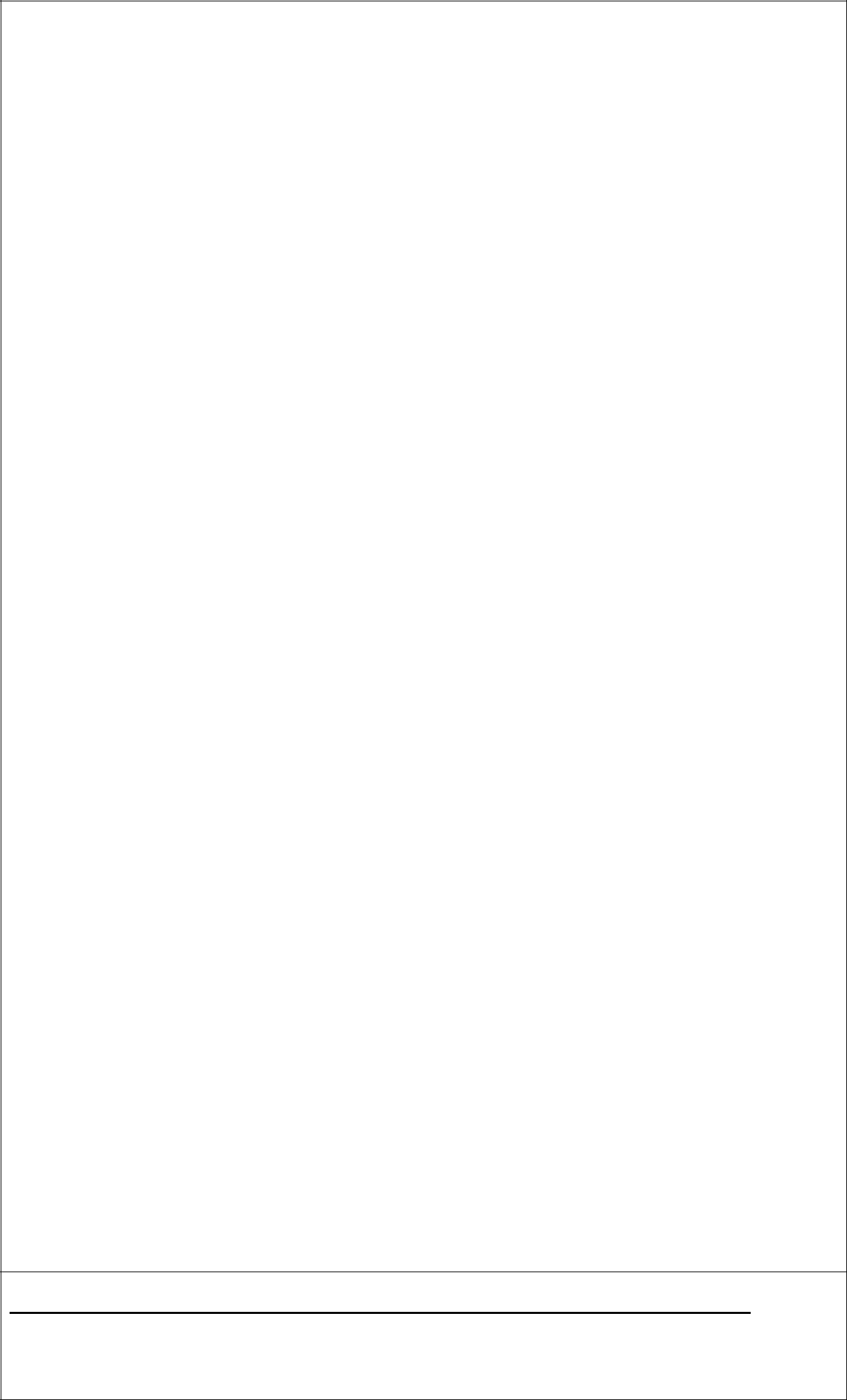
**Ateş:**

**°C**

**Birinci Değerlendirme (AVPU, GKS, PERRLA):**

**İkincil Değerlendirme:**

**Uygulanan Acil Bakım:**

**Acil Hastalık Hakkında Bilgi ve Uygulanması Gereken Acil Bakım:**

**Acil Hastalık Tedavisinde Kullanılan en az 2 (iki) İlacın Farmakolojik Özellikleri:**

**YETKİLİNİN**

**Adı Soyadı**

**Ünvanı**

**İmzası**

**Tarih**

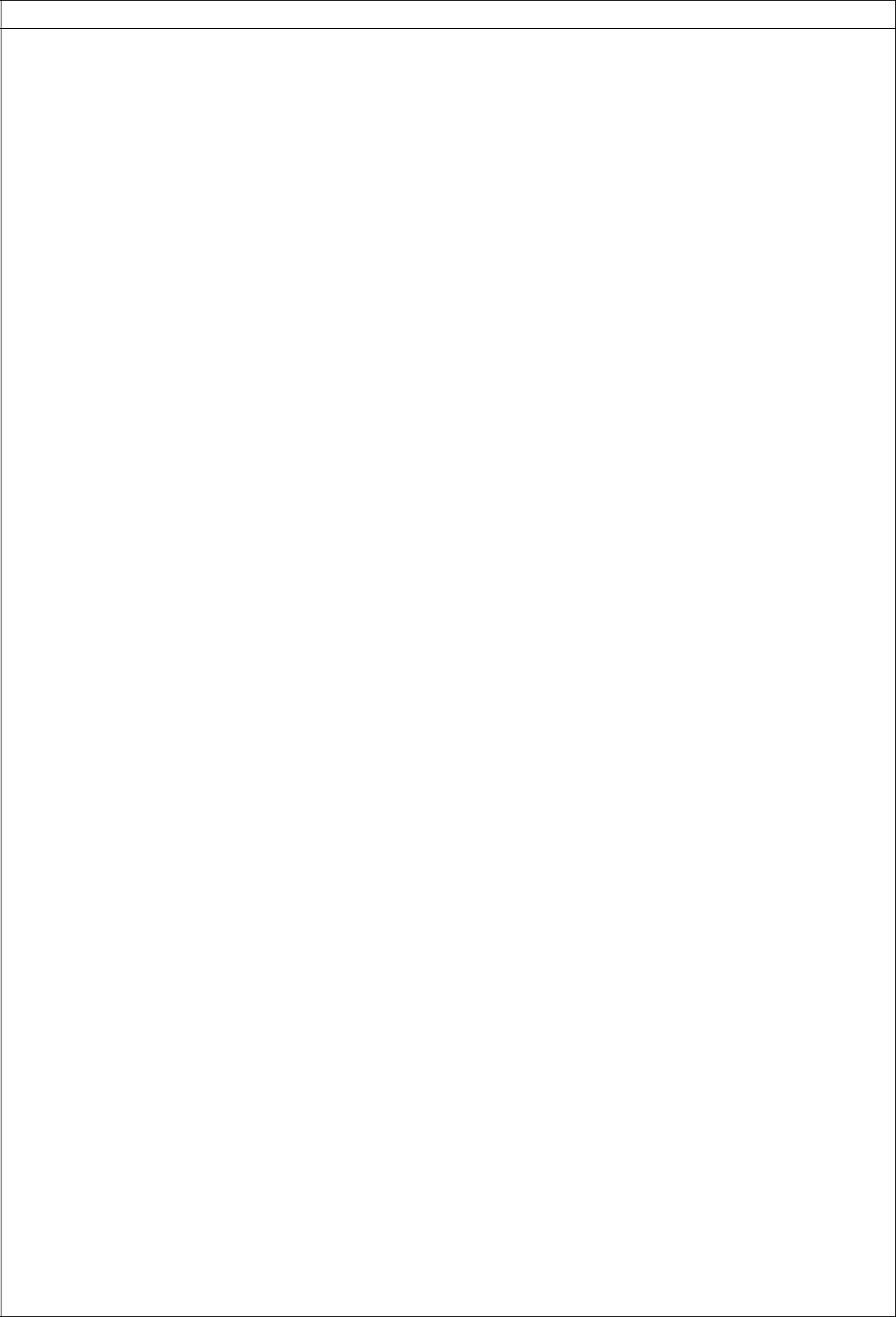
**T.C.**

**NİĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ**

**NİĞDE ZÜBEYDE HANIM SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEKYÜKSEKOKULU**

**TIBBİ HİZMETLER VE TEKNİKLER BÖLÜMÜ İLK VE ACİL YARDIM**

**PROGRAMI**

****

**STAJ VAKA RAPORU**

**3. Olgu**

**Hastaya Ait Ayrıntılı Tıbbi Öykü:**

**Vital Bulgular: TA:** **/** **mmHg** **Nb.:** **/dk**

**Sol.:**

**/dk**

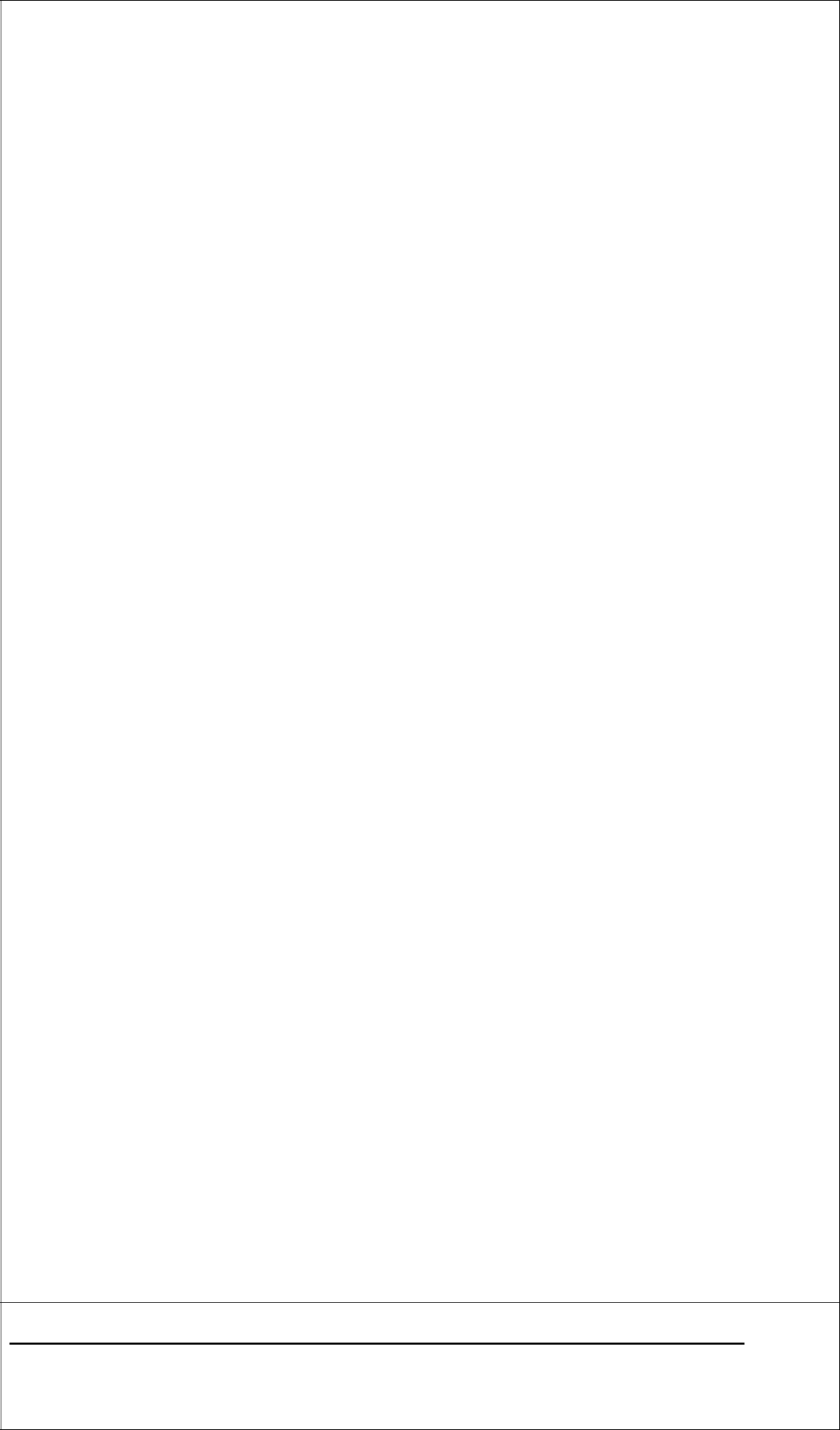
**Ateş:**

**°C**

**Birinci Değerlendirme (AVPU, GKS, PERRLA):**

**İkincil Değerlendirme:**

**Uygulanan Acil Bakım:**

**Acil Hastalık Hakkında Bilgi ve Uygulanması Gereken Acil Bakım:**

**Acil Hastalık Tedavisinde Kullanılan en az 2 (iki) İlacın Farmakolojik Özellikleri:**

**YETKİLİNİN**

**Adı Soyadı**

**Ünvanı**

**İmzası**

**Tarih**

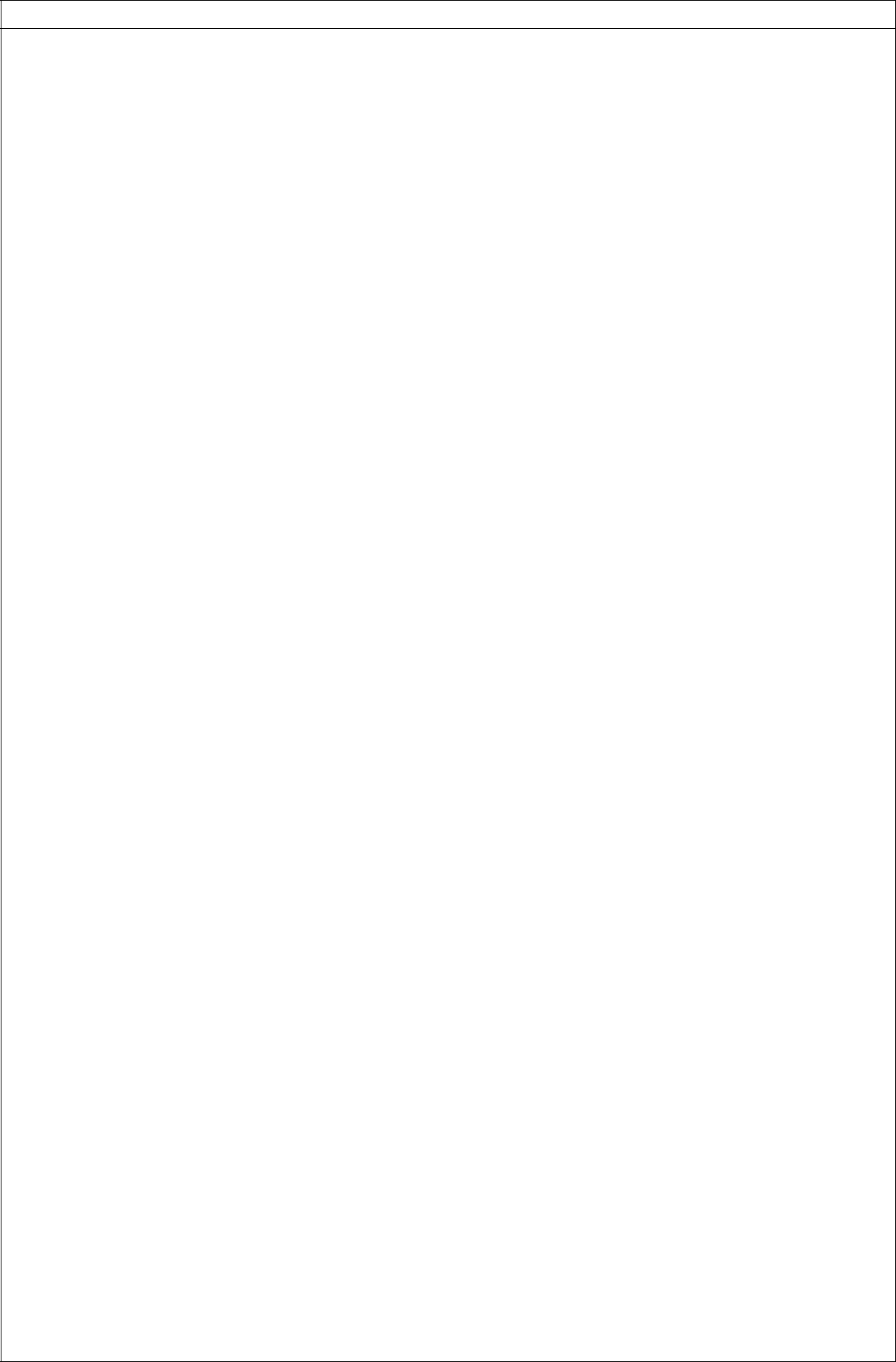
**T.C.**

**NİĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ**

**NİĞDE ZÜBEYDE HANIM SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEKYÜKSEKOKULU**

**TIBBİ HİZMETLER VE TEKNİKLER BÖLÜMÜ İLK VE ACİL YARDIM**

**PROGRAMI**

****

**STAJ VAKA RAPORU**

**4. Olgu**

**Hastaya Ait Ayrıntılı Tıbbi Öykü:**

**Vital Bulgular: TA:** **/** **mmHg** **Nb.:** **/dk**

**Sol.:**

**/dk**

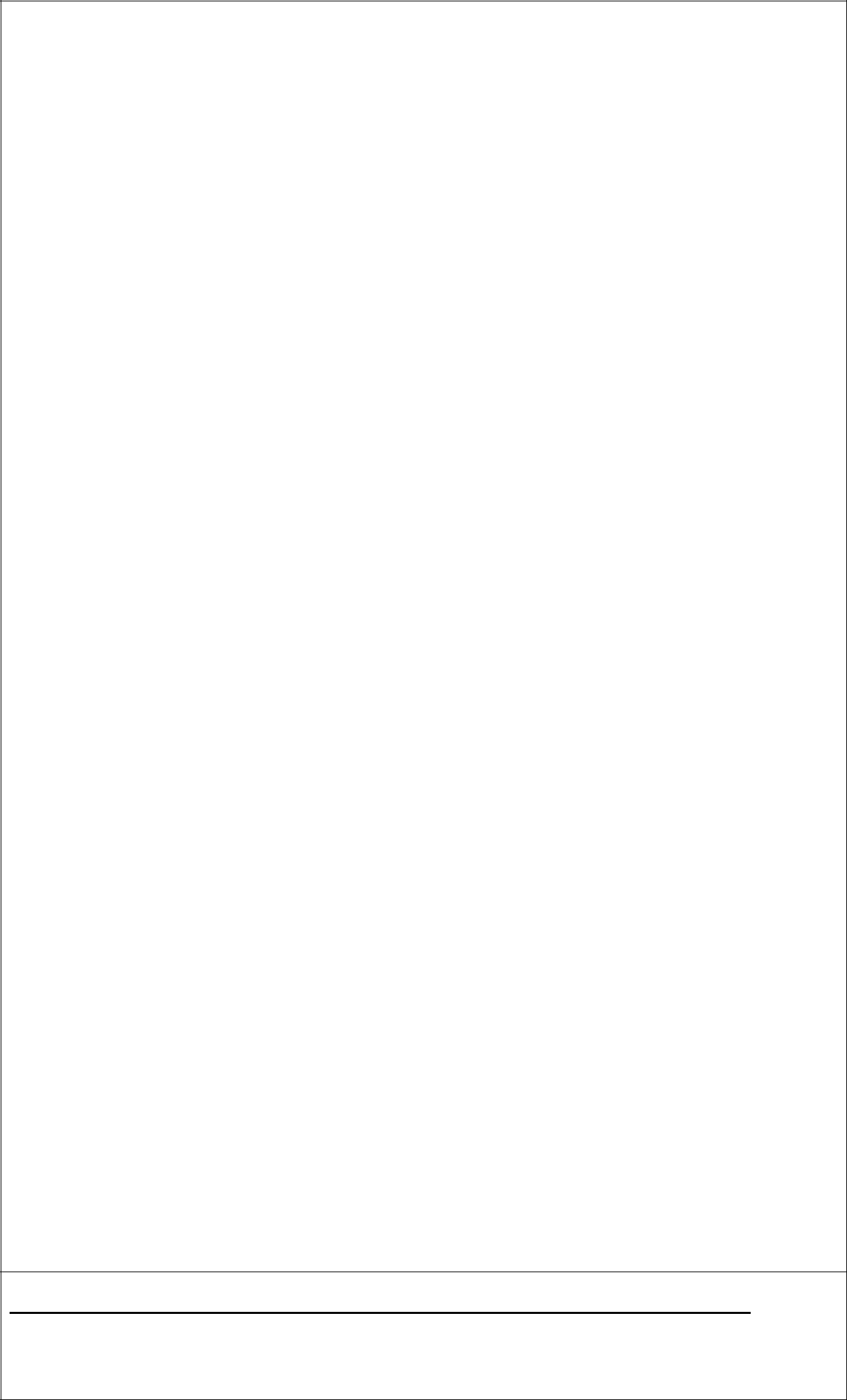
**Ateş:**

**°C**

**Birinci Değerlendirme (AVPU, GKS, PERRLA):**

**İkincil Değerlendirme:**

**Uygulanan Acil Bakım:**

**Acil Hastalık Hakkında Bilgi ve Uygulanması Gereken Acil Bakım:**

**Acil Hastalık Tedavisinde Kullanılan en az 2 (iki) İlacın Farmakolojik Özellikleri:**

**YETKİLİNİN**

**Adı Soyadı**

**Ünvanı**

**İmzası**

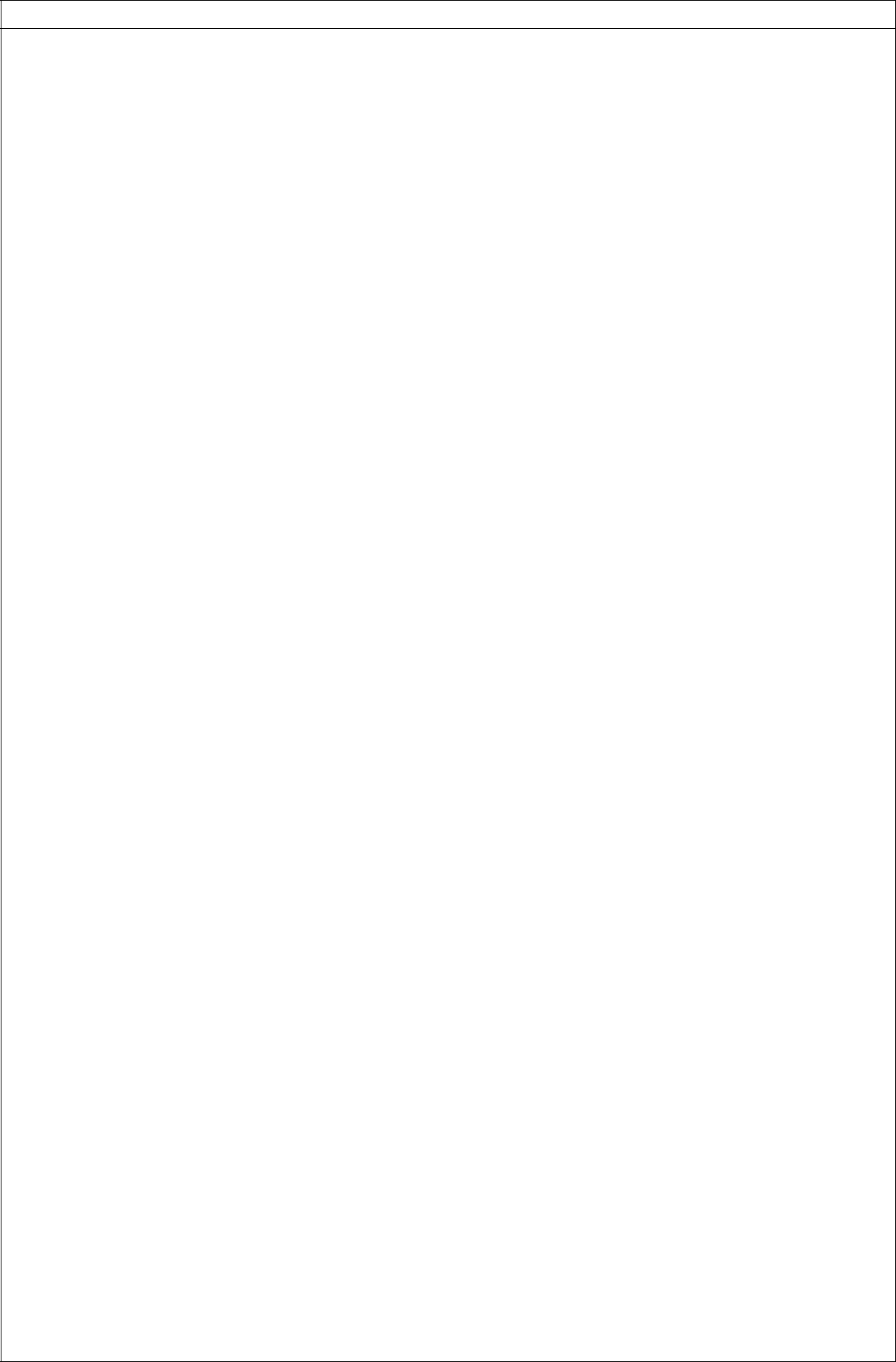
**Tarih**

**NİĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ**

**NİĞDE ZÜBEYDE HANIM SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEKYÜKSEKOKULU**

**TIBBİ HİZMETLER VE TEKNİKLER BÖLÜMÜ İLK VE ACİL YARDIM**

**PROGRAMI**

****

**STAJ VAKA RAPORU**

**5. Olgu**

**Hastaya Ait Ayrıntılı Tıbbi Öykü:**

**Vital Bulgular: TA:** **/** **mmHg** **Nb.:** **/dk**

**Sol.:**

**/dk**

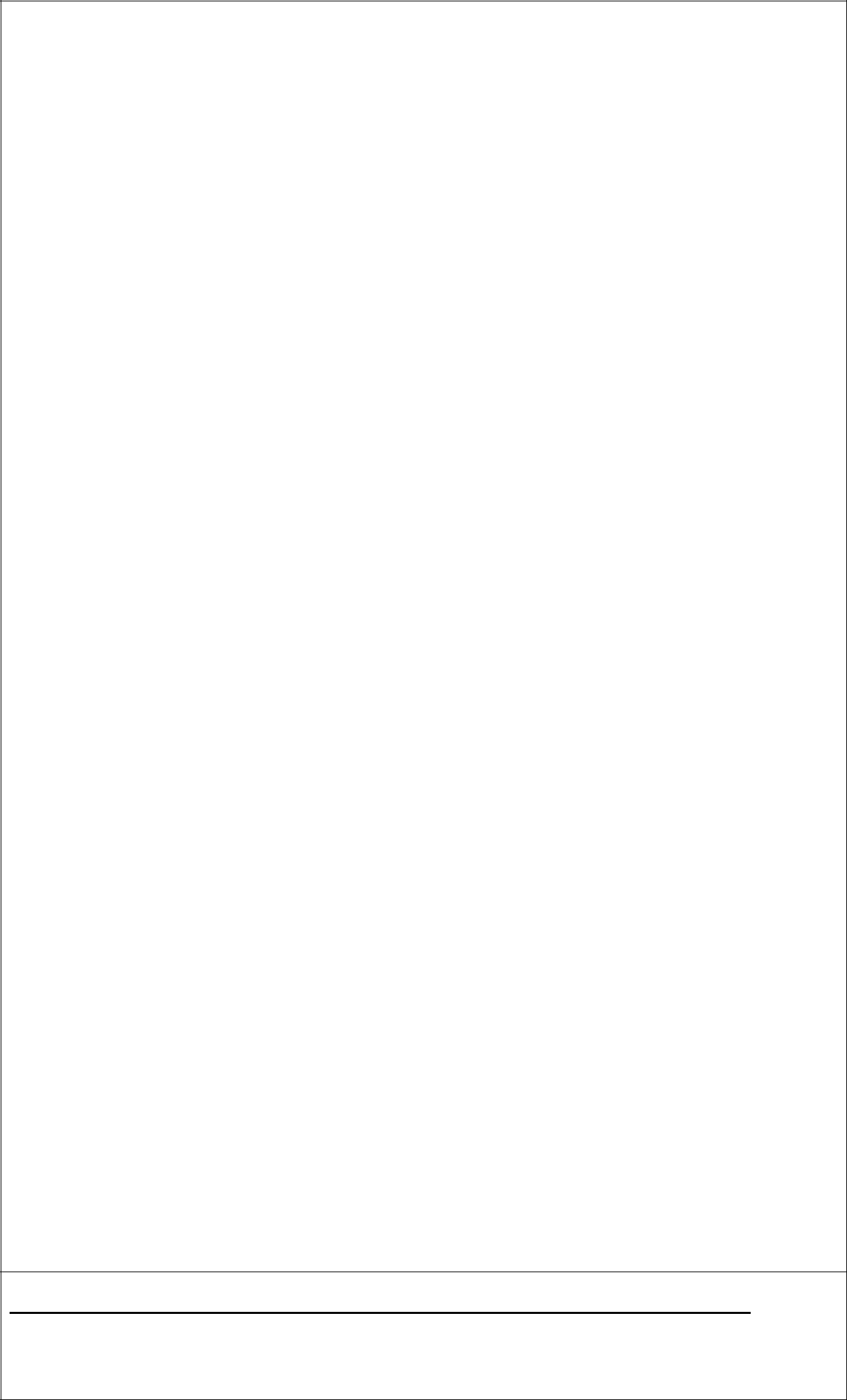
**Ateş:**

**°C**

**Birinci Değerlendirme (AVPU, GKS, PERRLA):**

**İkincil Değerlendirme:**

**Uygulanan Acil Bakım:**

**Acil Hastalık Hakkında Bilgi ve Uygulanması Gereken Acil Bakım:**

**Acil Hastalık Tedavisinde Kullanılan en az 2 (iki) İlacın Farmakolojik Özellikleri:**

**YETKİLİNİN**

**Adı Soyadı**

**Ünvanı**

**İmzası**

**Tarih**

**T.C.**

**NİĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ**

**Niğde Zübeyde Hanım Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü**

|  |
| --- |
| **Staj Dosyasının Teslim Tarihi : ....... / ….. / 20.…**  **Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü İlk ve Acil Yardım Programı ……………….………... nolu………………..………….. adlı öğrencinin yaptığı staj çalışması ....... / ….. / 20..… tarihli toplantıda değerlendirilerek kabul edilmiştir/edilmemiştir.**    **İlk ve Acil Yardım Programı Staj Komisyonu**  **……………………………**  **Başkan**  **…………………………… ……………………………**  **Üye Üye** |

**STAJ DEĞERLENDİRME KOMİSYON KARARI**