****

**T.C.**

**NİĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ**

**NİĞDE ZÜBEYDE HANIM SAĞLIK**

**HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU**

**STAJ DEFTERİ**

|  |
| --- |
| **ÖĞRENCİNİN****ADI SOYADI : …………………………………………………………………….......****SINIFI : …………………………………………………………………………****NUMARASI : ………………………………………………………………………….****STAJIN ADI : ………………………………………………………………………….** |

TERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ FİZYOTERAPİ PROGRAMI

**20…. / 20….**

**FİZYOTERAPİ 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 kabinde işyeri yetkilisi

tarafından kaşelenmeli ve onaylanmalıdır. İmza toplu bir şekilde asla atılmamalıdır.

Ayrıca gerek stajyerin gerekse işverenin imzası mutlaka tükenmez kalemle olmalıdır.

* Staj yapılan kurumun görevlendirdiği birim sorumlusu tarafından her 5 iş günü için bir adet Stajyer Öğrenci Değerlendirme Formu doldurulur ve kapalı zarf içine yerleştirilerek zarfın ağzı mutlaka kaşelenmelidir.
* İlk sayfasında staj yaptığınız kurumu tanıtıcı bilgilere (çalıştığınız kuruluşun adı, adresi, faaliyet alanı çalışan sayısı gibi) yer verilmelidir. Staj uygulamasında yapılan günlük işlerin anlatıldığı Anamnez formu her staj günü için bir adet öğrenci tarafından doldurulacak ve onaylatılacaktır.
* Günlük işlerin yazıldığı anamnez formu doldururken; işaretlenmesi gereken yerler eksiksiz doldurulmalı, açıklama istenen kısımlar detaylandırılmalıdır. Her gün alınan vakaya uygulanan bir bakım, işlem basamakları ile açıklanmalı ve uygulama sonrası değerlendirmesi yapılmalıdır.
* 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**

|  |  |
| --- | --- |
| **Öğrencinin Adı-Soyadı;** | **Staj yapılan işletmenin / Kurumun Bilgileri;** |
| **…….. /..…/ 20…. dönemine ait stajyer öğrenci aylık çalışma puantaj cetveli.** |
| **STAJ****YAPTIĞI AYLAR** | **ÇALIŞMA GÜNLERİ** | **ÇALIŞTIĞI** |
| **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 ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ**

 **NİĞDE ZÜBEYDE HANIM SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU**

**TERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ FİZYOTERAPİ PROGRAMI**

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Öğrencinin Adı- Soyadı;** |  |
| **Uygulama Yapılan Kurum;** |  |
| **Uygulama Yapılan Birim / Bölüm;** |  |
| **Staj günü** | **Tarih** | **Öğrenci** | **Eğitim Hemşiresi / Birim sorumlusu imza** | **ÖZEL DURUMA** **YÖNELİK AÇIKLAMA** |
| **Giriş imza** | **Çıkış imza** |
| **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:** Stajyeröğrencinin haftalık çalışma süresi 40 (kırk) saati geçmemelidir. Stajyerlerin fazla mesai 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****Adı/Soyadı****İmza/Kaşe** |  | **İşyeri/Kurum Amirinin****Adı/Soyadı****İmza/Kaşe/Mühür** |

**T.C.**

**NİĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ**

**NİĞDE ZÜBEYDE HANIM SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU**

**ÖĞRENCİ YAZ STAJI DEĞERLENDİRME FORMU**

|  |  |
| --- | --- |
| **STAJER ÖĞRENCİNİN** | **İŞVERENİN** |
| **Adı Soyadı :****Öğrenci No :****Staj Başlama Tarihi :****Staj Bitiş Tarihi :****Staj Süresi :** | **Kuruluş Adı :****Adresi :** **Tel No :****E-Posta Adresi :****Faks No :** |

**Sayın iş yeri yetkilisi;**

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DEĞERLENDİRME BASAMAKLARI** | **Çok İyi** **100-85** | **İyi****84-65** | **Orta****64-39** | **Geçer****40-30** | **Olumsuz****0-29** |
| Öğrencinin Devam Durumu (Uygulama saatlerine uygun) |  |  |  |  |  |
|  Fiziki Görünümü(Uygun forma düzeni kişisel hijyen) |  |  |  |  |  |
| Edindiği teorik bilgilerde uygulama kullana bilme ve geliştirme |  |  |  |  |  |
| Gerekli malzemeyi, teçhizatı doğru ve zamanında kullanabilme ile temizliğine dikkat edebilme |  |  |  |  |  |
| Verilen sorumlulukları zamanında ve doğru olarak yerine getirebilme becerisi |  |  |  |  |  |
| İletişim ve Uyum (iletişim kurabilme becerisi hastalarla, ekip üyeleriyle, arkadaşlarıyla) |  |  |  |  |  |
| İşe ilgi, işin tanımlanması, algılama gücü |  |  |  |  |  |
| Dikkatliliği (çok dikkatli, dikkatsiz, az dikkatli) |  |  |  |  |  |
| Problem çözebilme yeteneği |  |  |  |  |  |
| Kurallara uyma |  |  |  |  |  |
| Elektroterapi modalitelerinin kullanımı |  |  |  |  |  |
| Isı ve ışık modalitelerinin kullanımı |  |  |  |  |  |
| Hidroterapi uygulamaları |  |  |  |  |  |
| Hastaya yaklaşım |  |  |  |  |  |
| Varsa Eksik Günlerin sayısı, rapor |  |  |  |  |  |
| **Genel Not Değerlendirmesi** |  |  |  |  |  |

\* **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.**

**YETKİLİN İMZASI VE MÜHÜRÜ**

**Değerlendirmeyi Yapan Personelin;**

 **Adı-Soyadı :**

 **Unvanı :**

 **İmzası :**

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

\*\*Her 5 günlük çalışma için bu form doldurulacaktır.



**T.C.**

**NİĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ**

**NİĞDE ZÜBEYDE HANIM SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK**

**YÜKSEKOKULU**

**FİZYOTERAPİ PROGRAMI HASTA TAKİP FORMU**

Tarih:…./…./20

**ÖĞRENCİNİN:**

Adı/Soyadı:………………………………………………Okul No:…………………….

Sınıfı…………Uygulama Yeri………………………………………………………….

**HASTANIN:**

Adı/Soyadı:………………………………………………Yaşı………………………….

Doğum Yeri:……………………………..

**SAĞLIK ÖYKÜSÜ** (Çocukluğundan itibaren geçmiş sağlık öyküsü- Tanısı konmuş hastalıkları, doğuştan, ailevi, akut veya kronik hastalıkları, oluş sırasına göre)**:**

**HASTALIĞI HAKKINDA BİLGİ** (hastaneye başvurmasına neden olan son hastalıkla ilgili; etyoloji- patofizyoloji- Tanı-Tedavi)**:**

**HASTALIK HAKKINDA GENEL BİLGİ** (hastalığın açıklanması- etyoloji- patofizyoloji- Tanı-Tedavi)**:**

**KULLANDIĞI İLAÇ** (sürekli kullandığı veya şu an klinikte aldığı tedavi)**;**

|  |
| --- |
|  **Hastanın Klinik Durumu ve Tedaviler** |
| **Tıbbi Cihaz/ Ortez/ Protez:** |
| **Yatağa Bağımlılık:**( )Tam Bağımlı ( )Yarı Bağımlı ( )Bağımsız | **Kullandığı Yardımcı araçlar:**( ) tekerlekli sandalye ( ) WC yükseltici( ) Walker ( ) koltuk değneği/baston( ) havalı yatak ( ) protez( ) diş ( ) diğer ……………. |
| **Kişisel bakımı:**( ) kendisi ( ) ailesi ( ) bakıcısı ( ) diğer; |
| **Kişisel hijyen**( ) uygun ( ) uygun değil | **Özel bir diyeti var mı?**( ) var ( ) yok |
| **Hastanın uyku düzeni:** | **Beslenme alışkanlığı:** |
| **Allerji:**( ) yok ( ) var ……………….......................…… | **Geçirilmiş hastalıklar / Ameliyatlar:**( ) yok ( ) var ………………… |
| **BULGULAR:** Ağrı:Kas gücü:  | Eklem hareket açıklığı:Postür:Tonus:  |
| **RİSKLİ DAVRANIŞLAR (miktar- süre):** İlaç (madde bağımlılığı):Sigara: Alkol:  |
| **TANIYA YÖNELİK YAPILMASI PLANLANAN TEDAVİLER:** Elektroterapi: ( ) Hidroterapi: ( ) Isı-ışık uygulamaları: ( ) Egzersiz: ( )  |

**Hastanıza verdiğiniz yukarıdaki uygulamalardan birini işlem basamağı ile yazınız;**

**Yapılan tedavinin öğrenci değerlendirmesi** (sonuç- değişim- komplikasyon vs.)**;**

**YETKİLİNİN:**

Adı Soyadı Ünvanı İmzası



**T.C.**

**NİĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ**

**NİĞDE ZÜBEYDE HANIM SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK**

**YÜKSEKOKULU**

**FİZYOTERAPİ PROGRAMI HASTA TAKİP FORMU**

Tarih:…./…./20

**ÖĞRENCİNİN:**

Adı/Soyadı:………………………………………………Okul No:…………………….

Sınıfı…………Uygulama Yeri………………………………………………………….

**HASTANIN:**

Adı/Soyadı:………………………………………………Yaşı………………………….

Doğum Yeri:……………………………..

**SAĞLIK ÖYKÜSÜ** (Çocukluğundan itibaren geçmiş sağlık öyküsü- Tanısı konmuş hastalıkları, doğuştan, ailevi, akut veya kronik hastalıkları, oluş sırasına göre)**:**

**HASTALIĞI HAKKINDA BİLGİ** (hastaneye başvurmasına neden olan son hastalıkla ilgili; etyoloji- patofizyoloji- Tanı-Tedavi)**:**

**HASTALIK HAKKINDA GENEL BİLGİ** (hastalığın açıklanması- etyoloji- patofizyoloji- Tanı-Tedavi)**:**

**KULLANDIĞI İLAÇ** (sürekli kullandığı veya şu an klinikte aldığı tedavi)**;**

|  |
| --- |
|  **Hastanın Klinik Durumu ve Tedaviler** |
| **Tıbbi Cihaz/ Ortez/ Protez:** |
| **Yatağa Bağımlılık:**( )Tam Bağımlı ( )Yarı Bağımlı ( )Bağımsız | **Kullandığı Yardımcı araçlar:**( ) tekerlekli sandalye ( ) WC yükseltici( ) Walker ( ) koltuk değneği/baston( ) havalı yatak ( ) protez( ) diş ( ) diğer ……………. |
| **Kişisel bakımı:**( ) kendisi ( ) ailesi ( ) bakıcısı ( ) diğer; |
| **Kişisel hijyen**( ) uygun ( ) uygun değil | **Özel bir diyeti var mı?**( ) var ( ) yok |
| **Hastanın uyku düzeni:** | **Beslenme alışkanlığı:** |
| **Allerji:**( ) yok ( ) var ……………….......................…… | **Geçirilmiş hastalıklar / Ameliyatlar:**( ) yok ( ) var ………………… |
| **BULGULAR:** Ağrı:Kas gücü:  | Eklem hareket açıklığı:Postür:Tonus:  |
| **RİSKLİ DAVRANIŞLAR (miktar- süre):** İlaç (madde bağımlılığı):Sigara: Alkol:  |
| **TANIYA YÖNELİK YAPILMASI PLANLANAN TEDAVİLER:** Elektroterapi: ( ) Hidroterapi: ( ) Isı-ışık uygulamaları: ( ) Egzersiz: ( )  |

**Hastanıza verdiğiniz yukarıdaki uygulamalardan birini işlem basamağı ile yazınız;**

**Yapılan tedavinin öğrenci değerlendirmesi** (sonuç- değişim- komplikasyon vs.)**;**

**YETKİLİNİN:**

Adı Soyadı Ünvanı İmzası



**T.C.**

**NİĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ**

**NİĞDE ZÜBEYDE HANIM SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK**

**YÜKSEKOKULU**

**FİZYOTERAPİ PROGRAMI HASTA TAKİP FORMU**

Tarih:…./…./20

**ÖĞRENCİNİN:**

Adı/Soyadı:………………………………………………Okul No:…………………….

Sınıfı…………Uygulama Yeri………………………………………………………….

**HASTANIN:**

Adı/Soyadı:………………………………………………Yaşı………………………….

Doğum Yeri:……………………………..

**SAĞLIK ÖYKÜSÜ** (Çocukluğundan itibaren geçmiş sağlık öyküsü- Tanısı konmuş hastalıkları, doğuştan, ailevi, akut veya kronik hastalıkları, oluş sırasına göre)**:**

**HASTALIĞI HAKKINDA BİLGİ** (hastaneye başvurmasına neden olan son hastalıkla ilgili; etyoloji- patofizyoloji- Tanı-Tedavi)**:**

**HASTALIK HAKKINDA GENEL BİLGİ** (hastalığın açıklanması- etyoloji- patofizyoloji- Tanı-Tedavi)**:**

**KULLANDIĞI İLAÇ** (sürekli kullandığı veya şu an klinikte aldığı tedavi)**;**

|  |
| --- |
|  **Hastanın Klinik Durumu ve Tedaviler** |
| **Tıbbi Cihaz/ Ortez/ Protez:** |
| **Yatağa Bağımlılık:**( )Tam Bağımlı ( )Yarı Bağımlı ( )Bağımsız | **Kullandığı Yardımcı araçlar:**( ) tekerlekli sandalye ( ) WC yükseltici( ) Walker ( ) koltuk değneği/baston( ) havalı yatak ( ) protez( ) diş ( ) diğer ……………. |
| **Kişisel bakımı:**( ) kendisi ( ) ailesi ( ) bakıcısı ( ) diğer; |
| **Kişisel hijyen**( ) uygun ( ) uygun değil | **Özel bir diyeti var mı?**( ) var ( ) yok |
| **Hastanın uyku düzeni:** | **Beslenme alışkanlığı:** |
| **Allerji:**( ) yok ( ) var ……………….......................…… | **Geçirilmiş hastalıklar / Ameliyatlar:**( ) yok ( ) var ………………… |
| **BULGULAR:** Ağrı:Kas gücü:  | Eklem hareket açıklığı:Postür:Tonus:  |
| **RİSKLİ DAVRANIŞLAR (miktar- süre):** İlaç (madde bağımlılığı):Sigara: Alkol:  |
| **TANIYA YÖNELİK YAPILMASI PLANLANAN TEDAVİLER:** Elektroterapi: ( ) Hidroterapi: ( ) Isı-ışık uygulamaları: ( ) Egzersiz: ( )  |

**Hastanıza verdiğiniz yukarıdaki uygulamalardan birini işlem basamağı ile yazınız;**

**Yapılan tedavinin öğrenci değerlendirmesi** (sonuç- değişim- komplikasyon vs.)**;**

**YETKİLİNİN:**

Adı Soyadı Ünvanı İmzası



**T.C.**

**NİĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ**

**NİĞDE ZÜBEYDE HANIM SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK**

**YÜKSEKOKULU**

**FİZYOTERAPİ PROGRAMI HASTA TAKİP FORMU**

Tarih:…./…./20

**ÖĞRENCİNİN:**

Adı/Soyadı:………………………………………………Okul No:…………………….

Sınıfı…………Uygulama Yeri………………………………………………………….

**HASTANIN:**

Adı/Soyadı:………………………………………………Yaşı………………………….

Doğum Yeri:……………………………..

**SAĞLIK ÖYKÜSÜ** (Çocukluğundan itibaren geçmiş sağlık öyküsü- Tanısı konmuş hastalıkları, doğuştan, ailevi, akut veya kronik hastalıkları, oluş sırasına göre)**:**

**HASTALIĞI HAKKINDA BİLGİ** (hastaneye başvurmasına neden olan son hastalıkla ilgili; etyoloji- patofizyoloji- Tanı-Tedavi)**:**

**HASTALIK HAKKINDA GENEL BİLGİ** (hastalığın açıklanması- etyoloji- patofizyoloji- Tanı-Tedavi)**:**

**KULLANDIĞI İLAÇ** (sürekli kullandığı veya şu an klinikte aldığı tedavi)**;**

|  |
| --- |
|  **Hastanın Klinik Durumu ve Tedaviler** |
| **Tıbbi Cihaz/ Ortez/ Protez:** |
| **Yatağa Bağımlılık:**( )Tam Bağımlı ( )Yarı Bağımlı ( )Bağımsız | **Kullandığı Yardımcı araçlar:**( ) tekerlekli sandalye ( ) WC yükseltici( ) Walker ( ) koltuk değneği/baston( ) havalı yatak ( ) protez( ) diş ( ) diğer ……………. |
| **Kişisel bakımı:**( ) kendisi ( ) ailesi ( ) bakıcısı ( ) diğer; |
| **Kişisel hijyen**( ) uygun ( ) uygun değil | **Özel bir diyeti var mı?**( ) var ( ) yok |
| **Hastanın uyku düzeni:** | **Beslenme alışkanlığı:** |
| **Allerji:**( ) yok ( ) var ……………….......................…… | **Geçirilmiş hastalıklar / Ameliyatlar:**( ) yok ( ) var ………………… |
| **BULGULAR:** Ağrı:Kas gücü:  | Eklem hareket açıklığı:Postür:Tonus:  |
| **RİSKLİ DAVRANIŞLAR (miktar- süre):** İlaç (madde bağımlılığı):Sigara: Alkol:  |
| **TANIYA YÖNELİK YAPILMASI PLANLANAN TEDAVİLER:** Elektroterapi: ( ) Hidroterapi: ( ) Isı-ışık uygulamaları: ( ) Egzersiz: ( )  |

**Hastanıza verdiğiniz yukarıdaki uygulamalardan birini işlem basamağı ile yazınız;**

**Yapılan tedavinin öğrenci değerlendirmesi** (sonuç- değişim- komplikasyon vs.)**;**

**YETKİLİNİN:**

Adı Soyadı Ünvanı İmzası



**T.C.**

**NİĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ**

**NİĞDE ZÜBEYDE HANIM SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK**

**YÜKSEKOKULU**

**FİZYOTERAPİ PROGRAMI HASTA TAKİP FORMU**

Tarih:…./…./20

**ÖĞRENCİNİN:**

Adı/Soyadı:………………………………………………Okul No:…………………….

Sınıfı…………Uygulama Yeri………………………………………………………….

**HASTANIN:**

Adı/Soyadı:………………………………………………Yaşı………………………….

Doğum Yeri:……………………………..

**SAĞLIK ÖYKÜSÜ** (Çocukluğundan itibaren geçmiş sağlık öyküsü- Tanısı konmuş hastalıkları, doğuştan, ailevi, akut veya kronik hastalıkları, oluş sırasına göre)**:**

**HASTALIĞI HAKKINDA BİLGİ** (hastaneye başvurmasına neden olan son hastalıkla ilgili; etyoloji- patofizyoloji- Tanı-Tedavi)**:**

**HASTALIK HAKKINDA GENEL BİLGİ** (hastalığın açıklanması- etyoloji- patofizyoloji- Tanı-Tedavi)**:**

**KULLANDIĞI İLAÇ** (sürekli kullandığı veya şu an klinikte aldığı tedavi)**;**

|  |
| --- |
|  **Hastanın Klinik Durumu ve Tedaviler** |
| **Tıbbi Cihaz/ Ortez/ Protez:** |
| **Yatağa Bağımlılık:**( )Tam Bağımlı ( )Yarı Bağımlı ( )Bağımsız | **Kullandığı Yardımcı araçlar:**( ) tekerlekli sandalye ( ) WC yükseltici( ) Walker ( ) koltuk değneği/baston( ) havalı yatak ( ) protez( ) diş ( ) diğer ……………. |
| **Kişisel bakımı:**( ) kendisi ( ) ailesi ( ) bakıcısı ( ) diğer; |
| **Kişisel hijyen**( ) uygun ( ) uygun değil | **Özel bir diyeti var mı?**( ) var ( ) yok |
| **Hastanın uyku düzeni:** | **Beslenme alışkanlığı:** |
| **Allerji:**( ) yok ( ) var ……………….......................…… | **Geçirilmiş hastalıklar / Ameliyatlar:**( ) yok ( ) var ………………… |
| **BULGULAR:** Ağrı:Kas gücü:  | Eklem hareket açıklığı:Postür:Tonus:  |
| **RİSKLİ DAVRANIŞLAR (miktar- süre):** İlaç (madde bağımlılığı):Sigara: Alkol:  |
| **TANIYA YÖNELİK YAPILMASI PLANLANAN TEDAVİLER:** Elektroterapi: ( ) Hidroterapi: ( ) Isı-ışık uygulamaları: ( ) Egzersiz: ( )  |

**Hastanıza verdiğiniz yukarıdaki uygulamalardan birini işlem basamağı ile yazınız;**

**Yapılan tedavinin öğrenci değerlendirmesi** (sonuç- değişim- komplikasyon vs.)**;**

**YETKİLİNİN:**

Adı Soyadı Ünvanı İmzası



**T.C.**

**NİĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ**

**NİĞDE ZÜBEYDE HANIM SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK**

**YÜKSEKOKULU**

**FİZYOTERAPİ PROGRAMI HASTA TAKİP FORMU**

Tarih:…./…./20

**ÖĞRENCİNİN:**

Adı/Soyadı:………………………………………………Okul No:…………………….

Sınıfı…………Uygulama Yeri………………………………………………………….

**HASTANIN:**

Adı/Soyadı:………………………………………………Yaşı………………………….

Doğum Yeri:……………………………..

**SAĞLIK ÖYKÜSÜ** (Çocukluğundan itibaren geçmiş sağlık öyküsü- Tanısı konmuş hastalıkları, doğuştan, ailevi, akut veya kronik hastalıkları, oluş sırasına göre)**:**

**HASTALIĞI HAKKINDA BİLGİ** (hastaneye başvurmasına neden olan son hastalıkla ilgili; etyoloji- patofizyoloji- Tanı-Tedavi)**:**

**HASTALIK HAKKINDA GENEL BİLGİ** (hastalığın açıklanması- etyoloji- patofizyoloji- Tanı-Tedavi)**:**

**KULLANDIĞI İLAÇ** (sürekli kullandığı veya şu an klinikte aldığı tedavi)**;**

|  |
| --- |
|  **Hastanın Klinik Durumu ve Tedaviler** |
| **Tıbbi Cihaz/ Ortez/ Protez:** |
| **Yatağa Bağımlılık:**( )Tam Bağımlı ( )Yarı Bağımlı ( )Bağımsız | **Kullandığı Yardımcı araçlar:**( ) tekerlekli sandalye ( ) WC yükseltici( ) Walker ( ) koltuk değneği/baston( ) havalı yatak ( ) protez( ) diş ( ) diğer ……………. |
| **Kişisel bakımı:**( ) kendisi ( ) ailesi ( ) bakıcısı ( ) diğer; |
| **Kişisel hijyen**( ) uygun ( ) uygun değil | **Özel bir diyeti var mı?**( ) var ( ) yok |
| **Hastanın uyku düzeni:** | **Beslenme alışkanlığı:** |
| **Allerji:**( ) yok ( ) var ……………….......................…… | **Geçirilmiş hastalıklar / Ameliyatlar:**( ) yok ( ) var ………………… |
| **BULGULAR:** Ağrı:Kas gücü:  | Eklem hareket açıklığı:Postür:Tonus:  |
| **RİSKLİ DAVRANIŞLAR (miktar- süre):** İlaç (madde bağımlılığı):Sigara: Alkol:  |
| **TANIYA YÖNELİK YAPILMASI PLANLANAN TEDAVİLER:** Elektroterapi: ( ) Hidroterapi: ( ) Isı-ışık uygulamaları: ( ) Egzersiz: ( )  |

**Hastanıza verdiğiniz yukarıdaki uygulamalardan birini işlem basamağı ile yazınız;**

**Yapılan tedavinin öğrenci değerlendirmesi** (sonuç- değişim- komplikasyon vs.)**;**

**YETKİLİNİN:**

Adı Soyadı Ünvanı İmzası



**T.C.**

**NİĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ**

**NİĞDE ZÜBEYDE HANIM SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK**

**YÜKSEKOKULU**

**FİZYOTERAPİ PROGRAMI HASTA TAKİP FORMU**

Tarih:…./…./20

**ÖĞRENCİNİN:**

Adı/Soyadı:………………………………………………Okul No:…………………….

Sınıfı…………Uygulama Yeri………………………………………………………….

**HASTANIN:**

Adı/Soyadı:………………………………………………Yaşı………………………….

Doğum Yeri:……………………………..

**SAĞLIK ÖYKÜSÜ** (Çocukluğundan itibaren geçmiş sağlık öyküsü- Tanısı konmuş hastalıkları, doğuştan, ailevi, akut veya kronik hastalıkları, oluş sırasına göre)**:**

**HASTALIĞI HAKKINDA BİLGİ** (hastaneye başvurmasına neden olan son hastalıkla ilgili; etyoloji- patofizyoloji- Tanı-Tedavi)**:**

**HASTALIK HAKKINDA GENEL BİLGİ** (hastalığın açıklanması- etyoloji- patofizyoloji- Tanı-Tedavi)**:**

**KULLANDIĞI İLAÇ** (sürekli kullandığı veya şu an klinikte aldığı tedavi)**;**

|  |
| --- |
|  **Hastanın Klinik Durumu ve Tedaviler** |
| **Tıbbi Cihaz/ Ortez/ Protez:** |
| **Yatağa Bağımlılık:**( )Tam Bağımlı ( )Yarı Bağımlı ( )Bağımsız | **Kullandığı Yardımcı araçlar:**( ) tekerlekli sandalye ( ) WC yükseltici( ) Walker ( ) koltuk değneği/baston( ) havalı yatak ( ) protez( ) diş ( ) diğer ……………. |
| **Kişisel bakımı:**( ) kendisi ( ) ailesi ( ) bakıcısı ( ) diğer; |
| **Kişisel hijyen**( ) uygun ( ) uygun değil | **Özel bir diyeti var mı?**( ) var ( ) yok |
| **Hastanın uyku düzeni:** | **Beslenme alışkanlığı:** |
| **Allerji:**( ) yok ( ) var ……………….......................…… | **Geçirilmiş hastalıklar / Ameliyatlar:**( ) yok ( ) var ………………… |
| **BULGULAR:** Ağrı:Kas gücü:  | Eklem hareket açıklığı:Postür:Tonus:  |
| **RİSKLİ DAVRANIŞLAR (miktar- süre):** İlaç (madde bağımlılığı):Sigara: Alkol:  |
| **TANIYA YÖNELİK YAPILMASI PLANLANAN TEDAVİLER:** Elektroterapi: ( ) Hidroterapi: ( ) Isı-ışık uygulamaları: ( ) Egzersiz: ( )  |

**Hastanıza verdiğiniz yukarıdaki uygulamalardan birini işlem basamağı ile yazınız;**

**Yapılan tedavinin öğrenci değerlendirmesi** (sonuç- değişim- komplikasyon vs.)**;**

**YETKİLİNİN:**

Adı Soyadı Ünvanı İmzası



**T.C.**

**NİĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ**

**NİĞDE ZÜBEYDE HANIM SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK**

**YÜKSEKOKULU**

**FİZYOTERAPİ PROGRAMI HASTA TAKİP FORMU**

Tarih:…./…./20

**ÖĞRENCİNİN:**

Adı/Soyadı:………………………………………………Okul No:…………………….

Sınıfı…………Uygulama Yeri………………………………………………………….

**HASTANIN:**

Adı/Soyadı:………………………………………………Yaşı………………………….

Doğum Yeri:……………………………..

**SAĞLIK ÖYKÜSÜ** (Çocukluğundan itibaren geçmiş sağlık öyküsü- Tanısı konmuş hastalıkları, doğuştan, ailevi, akut veya kronik hastalıkları, oluş sırasına göre)**:**

**HASTALIĞI HAKKINDA BİLGİ** (hastaneye başvurmasına neden olan son hastalıkla ilgili; etyoloji- patofizyoloji- Tanı-Tedavi)**:**

**HASTALIK HAKKINDA GENEL BİLGİ** (hastalığın açıklanması- etyoloji- patofizyoloji- Tanı-Tedavi)**:**

**KULLANDIĞI İLAÇ** (sürekli kullandığı veya şu an klinikte aldığı tedavi)**;**

|  |
| --- |
|  **Hastanın Klinik Durumu ve Tedaviler** |
| **Tıbbi Cihaz/ Ortez/ Protez:** |
| **Yatağa Bağımlılık:**( )Tam Bağımlı ( )Yarı Bağımlı ( )Bağımsız | **Kullandığı Yardımcı araçlar:**( ) tekerlekli sandalye ( ) WC yükseltici( ) Walker ( ) koltuk değneği/baston( ) havalı yatak ( ) protez( ) diş ( ) diğer ……………. |
| **Kişisel bakımı:**( ) kendisi ( ) ailesi ( ) bakıcısı ( ) diğer; |
| **Kişisel hijyen**( ) uygun ( ) uygun değil | **Özel bir diyeti var mı?**( ) var ( ) yok |
| **Hastanın uyku düzeni:** | **Beslenme alışkanlığı:** |
| **Allerji:**( ) yok ( ) var ……………….......................…… | **Geçirilmiş hastalıklar / Ameliyatlar:**( ) yok ( ) var ………………… |
| **BULGULAR:** Ağrı:Kas gücü:  | Eklem hareket açıklığı:Postür:Tonus:  |
| **RİSKLİ DAVRANIŞLAR (miktar- süre):** İlaç (madde bağımlılığı):Sigara: Alkol:  |
| **TANIYA YÖNELİK YAPILMASI PLANLANAN TEDAVİLER:** Elektroterapi: ( ) Hidroterapi: ( ) Isı-ışık uygulamaları: ( ) Egzersiz: ( )  |

**Hastanıza verdiğiniz yukarıdaki uygulamalardan birini işlem basamağı ile yazınız;**

**Yapılan tedavinin öğrenci değerlendirmesi** (sonuç- değişim- komplikasyon vs.)**;**

**YETKİLİNİN:**

Adı Soyadı Ünvanı İmzası



**T.C.**

**NİĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ**

**NİĞDE ZÜBEYDE HANIM SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK**

**YÜKSEKOKULU**

**FİZYOTERAPİ PROGRAMI HASTA TAKİP FORMU**

Tarih:…./…./20

**ÖĞRENCİNİN:**

Adı/Soyadı:………………………………………………Okul No:…………………….

Sınıfı…………Uygulama Yeri………………………………………………………….

**HASTANIN:**

Adı/Soyadı:………………………………………………Yaşı………………………….

Doğum Yeri:……………………………..

**SAĞLIK ÖYKÜSÜ** (Çocukluğundan itibaren geçmiş sağlık öyküsü- Tanısı konmuş hastalıkları, doğuştan, ailevi, akut veya kronik hastalıkları, oluş sırasına göre)**:**

**HASTALIĞI HAKKINDA BİLGİ** (hastaneye başvurmasına neden olan son hastalıkla ilgili; etyoloji- patofizyoloji- Tanı-Tedavi)**:**

**HASTALIK HAKKINDA GENEL BİLGİ** (hastalığın açıklanması- etyoloji- patofizyoloji- Tanı-Tedavi)**:**

**KULLANDIĞI İLAÇ** (sürekli kullandığı veya şu an klinikte aldığı tedavi)**;**

|  |
| --- |
|  **Hastanın Klinik Durumu ve Tedaviler** |
| **Tıbbi Cihaz/ Ortez/ Protez:** |
| **Yatağa Bağımlılık:**( )Tam Bağımlı ( )Yarı Bağımlı ( )Bağımsız | **Kullandığı Yardımcı araçlar:**( ) tekerlekli sandalye ( ) WC yükseltici( ) Walker ( ) koltuk değneği/baston( ) havalı yatak ( ) protez( ) diş ( ) diğer ……………. |
| **Kişisel bakımı:**( ) kendisi ( ) ailesi ( ) bakıcısı ( ) diğer; |
| **Kişisel hijyen**( ) uygun ( ) uygun değil | **Özel bir diyeti var mı?**( ) var ( ) yok |
| **Hastanın uyku düzeni:** | **Beslenme alışkanlığı:** |
| **Allerji:**( ) yok ( ) var ……………….......................…… | **Geçirilmiş hastalıklar / Ameliyatlar:**( ) yok ( ) var ………………… |
| **BULGULAR:** Ağrı:Kas gücü:  | Eklem hareket açıklığı:Postür:Tonus:  |
| **RİSKLİ DAVRANIŞLAR (miktar- süre):** İlaç (madde bağımlılığı):Sigara: Alkol:  |
| **TANIYA YÖNELİK YAPILMASI PLANLANAN TEDAVİLER:** Elektroterapi: ( ) Hidroterapi: ( ) Isı-ışık uygulamaları: ( ) Egzersiz: ( )  |

**Hastanıza verdiğiniz yukarıdaki uygulamalardan birini işlem basamağı ile yazınız;**

**Yapılan tedavinin öğrenci değerlendirmesi** (sonuç- değişim- komplikasyon vs.)**;**

**YETKİLİNİN:**

Adı Soyadı Ünvanı İmzası



**T.C.**

**NİĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ**

**NİĞDE ZÜBEYDE HANIM SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK**

**YÜKSEKOKULU**

**FİZYOTERAPİ PROGRAMI HASTA TAKİP FORMU**

Tarih:…./…./20

**ÖĞRENCİNİN:**

Adı/Soyadı:………………………………………………Okul No:…………………….

Sınıfı…………Uygulama Yeri………………………………………………………….

**HASTANIN:**

Adı/Soyadı:………………………………………………Yaşı………………………….

Doğum Yeri:……………………………..

**SAĞLIK ÖYKÜSÜ** (Çocukluğundan itibaren geçmiş sağlık öyküsü- Tanısı konmuş hastalıkları, doğuştan, ailevi, akut veya kronik hastalıkları, oluş sırasına göre)**:**

**HASTALIĞI HAKKINDA BİLGİ** (hastaneye başvurmasına neden olan son hastalıkla ilgili; etyoloji- patofizyoloji- Tanı-Tedavi)**:**

**HASTALIK HAKKINDA GENEL BİLGİ** (hastalığın açıklanması- etyoloji- patofizyoloji- Tanı-Tedavi)**:**

**KULLANDIĞI İLAÇ** (sürekli kullandığı veya şu an klinikte aldığı tedavi)**;**

|  |
| --- |
|  **Hastanın Klinik Durumu ve Tedaviler** |
| **Tıbbi Cihaz/ Ortez/ Protez:** |
| **Yatağa Bağımlılık:**( )Tam Bağımlı ( )Yarı Bağımlı ( )Bağımsız | **Kullandığı Yardımcı araçlar:**( ) tekerlekli sandalye ( ) WC yükseltici( ) Walker ( ) koltuk değneği/baston( ) havalı yatak ( ) protez( ) diş ( ) diğer ……………. |
| **Kişisel bakımı:**( ) kendisi ( ) ailesi ( ) bakıcısı ( ) diğer; |
| **Kişisel hijyen**( ) uygun ( ) uygun değil | **Özel bir diyeti var mı?**( ) var ( ) yok |
| **Hastanın uyku düzeni:** | **Beslenme alışkanlığı:** |
| **Allerji:**( ) yok ( ) var ……………….......................…… | **Geçirilmiş hastalıklar / Ameliyatlar:**( ) yok ( ) var ………………… |
| **BULGULAR:** Ağrı:Kas gücü:  | Eklem hareket açıklığı:Postür:Tonus:  |
| **RİSKLİ DAVRANIŞLAR (miktar- süre):** İlaç (madde bağımlılığı):Sigara: Alkol:  |
| **TANIYA YÖNELİK YAPILMASI PLANLANAN TEDAVİLER:** Elektroterapi: ( ) Hidroterapi: ( ) Isı-ışık uygulamaları: ( ) Egzersiz: ( )  |

**Hastanıza verdiğiniz yukarıdaki uygulamalardan birini işlem basamağı ile yazınız;**

**Yapılan tedavinin öğrenci değerlendirmesi** (sonuç- değişim- komplikasyon vs.)**;**

**YETKİLİNİN:**

Adı Soyadı Ünvanı İmzası



**T.C.**

**NİĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ**

**NİĞDE ZÜBEYDE HANIM SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK**

**YÜKSEKOKULU**

**FİZYOTERAPİ PROGRAMI HASTA TAKİP FORMU**

Tarih:…./…./20

**ÖĞRENCİNİN:**

Adı/Soyadı:………………………………………………Okul No:…………………….

Sınıfı…………Uygulama Yeri………………………………………………………….

**HASTANIN:**

Adı/Soyadı:………………………………………………Yaşı………………………….

Doğum Yeri:……………………………..

**SAĞLIK ÖYKÜSÜ** (Çocukluğundan itibaren geçmiş sağlık öyküsü- Tanısı konmuş hastalıkları, doğuştan, ailevi, akut veya kronik hastalıkları, oluş sırasına göre)**:**

**HASTALIĞI HAKKINDA BİLGİ** (hastaneye başvurmasına neden olan son hastalıkla ilgili; etyoloji- patofizyoloji- Tanı-Tedavi)**:**

**HASTALIK HAKKINDA GENEL BİLGİ** (hastalığın açıklanması- etyoloji- patofizyoloji- Tanı-Tedavi)**:**

**KULLANDIĞI İLAÇ** (sürekli kullandığı veya şu an klinikte aldığı tedavi)**;**

|  |
| --- |
|  **Hastanın Klinik Durumu ve Tedaviler** |
| **Tıbbi Cihaz/ Ortez/ Protez:** |
| **Yatağa Bağımlılık:**( )Tam Bağımlı ( )Yarı Bağımlı ( )Bağımsız | **Kullandığı Yardımcı araçlar:**( ) tekerlekli sandalye ( ) WC yükseltici( ) Walker ( ) koltuk değneği/baston( ) havalı yatak ( ) protez( ) diş ( ) diğer ……………. |
| **Kişisel bakımı:**( ) kendisi ( ) ailesi ( ) bakıcısı ( ) diğer; |
| **Kişisel hijyen**( ) uygun ( ) uygun değil | **Özel bir diyeti var mı?**( ) var ( ) yok |
| **Hastanın uyku düzeni:** | **Beslenme alışkanlığı:** |
| **Allerji:**( ) yok ( ) var ……………….......................…… | **Geçirilmiş hastalıklar / Ameliyatlar:**( ) yok ( ) var ………………… |
| **BULGULAR:** Ağrı:Kas gücü:  | Eklem hareket açıklığı:Postür:Tonus:  |
| **RİSKLİ DAVRANIŞLAR (miktar- süre):** İlaç (madde bağımlılığı):Sigara: Alkol:  |
| **TANIYA YÖNELİK YAPILMASI PLANLANAN TEDAVİLER:** Elektroterapi: ( ) Hidroterapi: ( ) Isı-ışık uygulamaları: ( ) Egzersiz: ( )  |

**Hastanıza verdiğiniz yukarıdaki uygulamalardan birini işlem basamağı ile yazınız;**

**Yapılan tedavinin öğrenci değerlendirmesi** (sonuç- değişim- komplikasyon vs.)**;**

**YETKİLİNİN:**

Adı Soyadı Ünvanı İmzası



**T.C.**

**NİĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ**

**NİĞDE ZÜBEYDE HANIM SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK**

**YÜKSEKOKULU**

**FİZYOTERAPİ PROGRAMI HASTA TAKİP FORMU**

Tarih:…./…./20

**ÖĞRENCİNİN:**

Adı/Soyadı:………………………………………………Okul No:…………………….

Sınıfı…………Uygulama Yeri………………………………………………………….

**HASTANIN:**

Adı/Soyadı:………………………………………………Yaşı………………………….

Doğum Yeri:……………………………..

**SAĞLIK ÖYKÜSÜ** (Çocukluğundan itibaren geçmiş sağlık öyküsü- Tanısı konmuş hastalıkları, doğuştan, ailevi, akut veya kronik hastalıkları, oluş sırasına göre)**:**

**HASTALIĞI HAKKINDA BİLGİ** (hastaneye başvurmasına neden olan son hastalıkla ilgili; etyoloji- patofizyoloji- Tanı-Tedavi)**:**

**HASTALIK HAKKINDA GENEL BİLGİ** (hastalığın açıklanması- etyoloji- patofizyoloji- Tanı-Tedavi)**:**

**KULLANDIĞI İLAÇ** (sürekli kullandığı veya şu an klinikte aldığı tedavi)**;**

|  |
| --- |
|  **Hastanın Klinik Durumu ve Tedaviler** |
| **Tıbbi Cihaz/ Ortez/ Protez:** |
| **Yatağa Bağımlılık:**( )Tam Bağımlı ( )Yarı Bağımlı ( )Bağımsız | **Kullandığı Yardımcı araçlar:**( ) tekerlekli sandalye ( ) WC yükseltici( ) Walker ( ) koltuk değneği/baston( ) havalı yatak ( ) protez( ) diş ( ) diğer ……………. |
| **Kişisel bakımı:**( ) kendisi ( ) ailesi ( ) bakıcısı ( ) diğer; |
| **Kişisel hijyen**( ) uygun ( ) uygun değil | **Özel bir diyeti var mı?**( ) var ( ) yok |
| **Hastanın uyku düzeni:** | **Beslenme alışkanlığı:** |
| **Allerji:**( ) yok ( ) var ……………….......................…… | **Geçirilmiş hastalıklar / Ameliyatlar:**( ) yok ( ) var ………………… |
| **BULGULAR:** Ağrı:Kas gücü:  | Eklem hareket açıklığı:Postür:Tonus:  |
| **RİSKLİ DAVRANIŞLAR (miktar- süre):** İlaç (madde bağımlılığı):Sigara: Alkol:  |
| **TANIYA YÖNELİK YAPILMASI PLANLANAN TEDAVİLER:** Elektroterapi: ( ) Hidroterapi: ( ) Isı-ışık uygulamaları: ( ) Egzersiz: ( )  |

**Hastanıza verdiğiniz yukarıdaki uygulamalardan birini işlem basamağı ile yazınız;**

**Yapılan tedavinin öğrenci değerlendirmesi** (sonuç- değişim- komplikasyon vs.)**;**

**YETKİLİNİN:**

Adı Soyadı Ünvanı İmzası



**T.C.**

**NİĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ**

**NİĞDE ZÜBEYDE HANIM SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK**

**YÜKSEKOKULU**

**FİZYOTERAPİ PROGRAMI HASTA TAKİP FORMU**

Tarih:…./…./20

**ÖĞRENCİNİN:**

Adı/Soyadı:………………………………………………Okul No:…………………….

Sınıfı…………Uygulama Yeri………………………………………………………….

**HASTANIN:**

Adı/Soyadı:………………………………………………Yaşı………………………….

Doğum Yeri:……………………………..

**SAĞLIK ÖYKÜSÜ** (Çocukluğundan itibaren geçmiş sağlık öyküsü- Tanısı konmuş hastalıkları, doğuştan, ailevi, akut veya kronik hastalıkları, oluş sırasına göre)**:**

**HASTALIĞI HAKKINDA BİLGİ** (hastaneye başvurmasına neden olan son hastalıkla ilgili; etyoloji- patofizyoloji- Tanı-Tedavi)**:**

**HASTALIK HAKKINDA GENEL BİLGİ** (hastalığın açıklanması- etyoloji- patofizyoloji- Tanı-Tedavi)**:**

**KULLANDIĞI İLAÇ** (sürekli kullandığı veya şu an klinikte aldığı tedavi)**;**

|  |
| --- |
|  **Hastanın Klinik Durumu ve Tedaviler** |
| **Tıbbi Cihaz/ Ortez/ Protez:** |
| **Yatağa Bağımlılık:**( )Tam Bağımlı ( )Yarı Bağımlı ( )Bağımsız | **Kullandığı Yardımcı araçlar:**( ) tekerlekli sandalye ( ) WC yükseltici( ) Walker ( ) koltuk değneği/baston( ) havalı yatak ( ) protez( ) diş ( ) diğer ……………. |
| **Kişisel bakımı:**( ) kendisi ( ) ailesi ( ) bakıcısı ( ) diğer; |
| **Kişisel hijyen**( ) uygun ( ) uygun değil | **Özel bir diyeti var mı?**( ) var ( ) yok |
| **Hastanın uyku düzeni:** | **Beslenme alışkanlığı:** |
| **Allerji:**( ) yok ( ) var ……………….......................…… | **Geçirilmiş hastalıklar / Ameliyatlar:**( ) yok ( ) var ………………… |
| **BULGULAR:** Ağrı:Kas gücü:  | Eklem hareket açıklığı:Postür:Tonus:  |
| **RİSKLİ DAVRANIŞLAR (miktar- süre):** İlaç (madde bağımlılığı):Sigara: Alkol:  |
| **TANIYA YÖNELİK YAPILMASI PLANLANAN TEDAVİLER:** Elektroterapi: ( ) Hidroterapi: ( ) Isı-ışık uygulamaları: ( ) Egzersiz: ( )  |

**Hastanıza verdiğiniz yukarıdaki uygulamalardan birini işlem basamağı ile yazınız;**

**Yapılan tedavinin öğrenci değerlendirmesi** (sonuç- değişim- komplikasyon vs.)**;**

**YETKİLİNİN:**

Adı Soyadı Ünvanı İmzası



**T.C.**

**NİĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ**

**NİĞDE ZÜBEYDE HANIM SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK**

**YÜKSEKOKULU**

**FİZYOTERAPİ PROGRAMI HASTA TAKİP FORMU**

Tarih:…./…./20

**ÖĞRENCİNİN:**

Adı/Soyadı:………………………………………………Okul No:…………………….

Sınıfı…………Uygulama Yeri………………………………………………………….

**HASTANIN:**

Adı/Soyadı:………………………………………………Yaşı………………………….

Doğum Yeri:……………………………..

**SAĞLIK ÖYKÜSÜ** (Çocukluğundan itibaren geçmiş sağlık öyküsü- Tanısı konmuş hastalıkları, doğuştan, ailevi, akut veya kronik hastalıkları, oluş sırasına göre)**:**

**HASTALIĞI HAKKINDA BİLGİ** (hastaneye başvurmasına neden olan son hastalıkla ilgili; etyoloji- patofizyoloji- Tanı-Tedavi)**:**

**HASTALIK HAKKINDA GENEL BİLGİ** (hastalığın açıklanması- etyoloji- patofizyoloji- Tanı-Tedavi)**:**

**KULLANDIĞI İLAÇ** (sürekli kullandığı veya şu an klinikte aldığı tedavi)**;**

|  |
| --- |
|  **Hastanın Klinik Durumu ve Tedaviler** |
| **Tıbbi Cihaz/ Ortez/ Protez:** |
| **Yatağa Bağımlılık:**( )Tam Bağımlı ( )Yarı Bağımlı ( )Bağımsız | **Kullandığı Yardımcı araçlar:**( ) tekerlekli sandalye ( ) WC yükseltici( ) Walker ( ) koltuk değneği/baston( ) havalı yatak ( ) protez( ) diş ( ) diğer ……………. |
| **Kişisel bakımı:**( ) kendisi ( ) ailesi ( ) bakıcısı ( ) diğer; |
| **Kişisel hijyen**( ) uygun ( ) uygun değil | **Özel bir diyeti var mı?**( ) var ( ) yok |
| **Hastanın uyku düzeni:** | **Beslenme alışkanlığı:** |
| **Allerji:**( ) yok ( ) var ……………….......................…… | **Geçirilmiş hastalıklar / Ameliyatlar:**( ) yok ( ) var ………………… |
| **BULGULAR:** Ağrı:Kas gücü:  | Eklem hareket açıklığı:Postür:Tonus:  |
| **RİSKLİ DAVRANIŞLAR (miktar- süre):** İlaç (madde bağımlılığı):Sigara: Alkol:  |
| **TANIYA YÖNELİK YAPILMASI PLANLANAN TEDAVİLER:** Elektroterapi: ( ) Hidroterapi: ( ) Isı-ışık uygulamaları: ( ) Egzersiz: ( )  |

**Hastanıza verdiğiniz yukarıdaki uygulamalardan birini işlem basamağı ile yazınız;**

**Yapılan tedavinin öğrenci değerlendirmesi** (sonuç- değişim- komplikasyon vs.)**;**

**YETKİLİNİN:**

Adı Soyadı Ünvanı İmzası



**T.C.**

**NİĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ**

**NİĞDE ZÜBEYDE HANIM SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK**

**YÜKSEKOKULU**

**FİZYOTERAPİ PROGRAMI HASTA TAKİP FORMU**

Tarih:…./…./20

**ÖĞRENCİNİN:**

Adı/Soyadı:………………………………………………Okul No:…………………….

Sınıfı…………Uygulama Yeri………………………………………………………….

**HASTANIN:**

Adı/Soyadı:………………………………………………Yaşı………………………….

Doğum Yeri:……………………………..

**SAĞLIK ÖYKÜSÜ** (Çocukluğundan itibaren geçmiş sağlık öyküsü- Tanısı konmuş hastalıkları, doğuştan, ailevi, akut veya kronik hastalıkları, oluş sırasına göre)**:**

**HASTALIĞI HAKKINDA BİLGİ** (hastaneye başvurmasına neden olan son hastalıkla ilgili; etyoloji- patofizyoloji- Tanı-Tedavi)**:**

**HASTALIK HAKKINDA GENEL BİLGİ** (hastalığın açıklanması- etyoloji- patofizyoloji- Tanı-Tedavi)**:**

**KULLANDIĞI İLAÇ** (sürekli kullandığı veya şu an klinikte aldığı tedavi)**;**

|  |
| --- |
|  **Hastanın Klinik Durumu ve Tedaviler** |
| **Tıbbi Cihaz/ Ortez/ Protez:** |
| **Yatağa Bağımlılık:**( )Tam Bağımlı ( )Yarı Bağımlı ( )Bağımsız | **Kullandığı Yardımcı araçlar:**( ) tekerlekli sandalye ( ) WC yükseltici( ) Walker ( ) koltuk değneği/baston( ) havalı yatak ( ) protez( ) diş ( ) diğer ……………. |
| **Kişisel bakımı:**( ) kendisi ( ) ailesi ( ) bakıcısı ( ) diğer; |
| **Kişisel hijyen**( ) uygun ( ) uygun değil | **Özel bir diyeti var mı?**( ) var ( ) yok |
| **Hastanın uyku düzeni:** | **Beslenme alışkanlığı:** |
| **Allerji:**( ) yok ( ) var ……………….......................…… | **Geçirilmiş hastalıklar / Ameliyatlar:**( ) yok ( ) var ………………… |
| **BULGULAR:** Ağrı:Kas gücü:  | Eklem hareket açıklığı:Postür:Tonus:  |
| **RİSKLİ DAVRANIŞLAR (miktar- süre):** İlaç (madde bağımlılığı):Sigara: Alkol:  |
| **TANIYA YÖNELİK YAPILMASI PLANLANAN TEDAVİLER:** Elektroterapi: ( ) Hidroterapi: ( ) Isı-ışık uygulamaları: ( ) Egzersiz: ( )  |

**Hastanıza verdiğiniz yukarıdaki uygulamalardan birini işlem basamağı ile yazınız;**

**Yapılan tedavinin öğrenci değerlendirmesi** (sonuç- değişim- komplikasyon vs.)**;**

**YETKİLİNİN:**

Adı Soyadı Ünvanı İmzas

****

 **T.C.**

**NİĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ**

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

**STAJ DEĞERLENDİRME KOMİSYON KARARI**

|  |
| --- |
| **Staj Dosyasının Teslim Tarihi : ....... / ….. / 20.…**  **Terapi ve Rehabilitasyon Bölümü Fizyoterapi programı .....……….………... nolu ………………..………….. adlı öğrencinin yaptığı staj çalışması** **....... / ….. / 20..… tarihli toplantıda değerlendirilerek kabul edilmiştir/edilmemiştir.****Fizyoterapi Programı Staj Komisyonu****……………………………** **Başkan****…………………………… ……………………………****Üye Üye** |