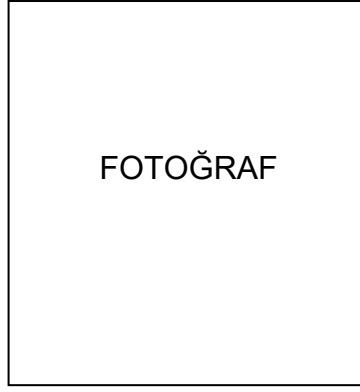




**RESTORATİF DİŞ TEDAVİSİ
ANABİLİM DALI
KLİNİK UYGULAMA EĞİTİMİ DEFTERİ**



Öđrencinin Adı Soyadı:.....

Sınıfı / Okul Numarası:.....

Klinik Uygulama Eğitimi Grubu:.....

Eğitim - Öğretim Yılı:/.....

Öğrenci İmza:.....

KLİNİK UYGULAMA EĞİTİMİNDE UYULMASI GEREKEN KURALLAR

1. Klinik Uygulama Eğitimi süresince dönem V öğrencilerinin en geç saat 8.15'te, öğleden sonraki öğrenci grubunun en geç saat 13.00'da gerekli olan tüm malzemeleri ile birlikte klinikte hazır bulunmaları gerekmektedir. Klinik Uygulama Eğitimine geç gelen, yoklama listesi kaldırıldıktan sonra gelen öğrenci o günkü nöbetçi öğretim elemanına bildirilir ve geç kaldığı gün kadar telafi yapar.
2. Öğrencilerin klinik çalışma ortamında fakülte tarafından belirlenen üniformaları giymeleri ve yaka kartlarını takmaları zorunludur. Öğrenciler, dış görünüm açısından hijyen kurallarına uymakla, tertipli ve düzenli olmakla yükümlüdür.
3. Öğrenciler, Klinik Uygulama Eğitimleri süresince sorumlu nöbetçi asistanlar ve öğretim üyelerinden izin almadan klinikten ayrılamazlar. Mazeretsiz ve izinsiz kliniği terk eden öğrenciler sorumlu asistan tarafından yok yazılır.
4. Nöbetçi öğretim elemanı kontrolünün dışında hasta alınması yasaktır. Öğrencilere hasta dağıtımı klinik sorumlusu asistan/öğretim üyesi tarafından yapılır. Klinik sorumluları dışında hasta seçimi ve değerlendirmesi kesinlikle yasaktır.
5. Klinik Uygulama Eğitiminde öğrenci nöbetçi olduğu güne hasta yazamaz.
6. Her öğrenci alet tablasını düzenli ve temiz tutmak zorundadır. Sterilizasyon ve dezenfeksiyon kurallarına uyulmalıdır.
7. Öğrenciler ünitler, ışık cihazları ve benzeri cihazları özenle kullanmalıdır. Cihazlarda oluşabilecek hasarlardan ve kaybolmalardan tüm grup sorumludur. Ünit başından ayrılırken reflektör kapatılmalıdır.
8. Hastaların sistemik, dental anamnezleri dikkatli bir şekilde alınmalıdır. Hipertansiyon hastalarının tansiyonları mutlaka ölçülmelidir.
9. Öğrenciler tarafından uygulanan tedavilerin tüm aşamaları klinik sorumlusu asistan/öğretim üyesine gösterilmelidir.
10. Hastalara randevu mutlaka "randevu kartı" ile verilmelidir. Kartta randevu günü, saati ve hekim adı açıkça belirtilmelidir. Randevu verilen tüm hastaların telefon numarası alınmalıdır ve hastaya bakılamayacak bir durum söz konusu olduğunda hasta önceden bilgilendirilmelidir.
11. Alınan her hasta ve başlanan her tedavi Klinik Uygulama Eğitimi defterlerine kaydedilmelidir. Hasta tedavisi ile ilgili gerekli tüm aşamalarda, hasta bakıldığı gün veya en geç ertesi günü sorumlu asistan/öğretim üyesi imza onayı alınması mecburidir. İmzasız ve kaşesiz işler değerlendirme dışıdır. Defterler eğitim sonunda teslim edilmelidir, zamanında teslim etmeyen öğrencilerin defterleri alınmayacak ve o öğrenci Klinik Uygulama Eğitimi sonu sözlü/yazılı sınavına giremeyecektir.
12. Klinik Uygulama Eğitiminde ders anlatılır. Bu derslere katılım zorunludur.
13. Öğrenciler hasta ile görüşürken, klinik çalışma ortamında hemşire, yardımcı personel ve diğer hekimler ile diyaloglarında dikkatli davranmalı, hoş karşılanmayacak, ciddiyetsiz davranışlar göstermemeli ve hitap ederken resmi ifadeler kullanmalıdır.

- 14.** Hasta ile yaşanan muhtemel problemlerde, konuyu klinik sorumlusuna bildirmelidir. Klinikte saygısız şekilde davranan, özensiz hasta baktığı tespit edilen, hijyen kurallarına uymayan öğrenci, sorumlu asistan ve öğretim üyesi tarafından uyarı alır ve gerekli durumda disiplin işlemleri başlatılır.
- 15.** Klinikte yiyecek ve içecek bulundurulması ve tüketilmesi yasaktır.
- 16.** Klinikte öğrenciye teslim edilen herhangi bir malzemenin klinik dışına çıkarılması yasaktır.
- 17.** Klinikte cep telefonu, tablet ve benzeri elektronik araçların kullanılması yasaktır. Klinikteki bilgisayarlar sadece hasta işlemlerinin girilmesi için kullanılmalıdır.

	Staj Puanı	Uygulama Sınavı	KUEDS	Vize	Final
Dönem 4	Eğitim dönemi içerisinde tamamlaması gerekir.	Staj içerisinde iki hasta başı uygulama sınavından aldığı not ortalaması (A ve B hasta gruplarından)	Uygulama son günü devam koşulunu sağlayan herkes girebilir. En az 2 öğretim üyesinin katılımıyla sözlü sınav yapılacaktır.	Uygulama Sınavı ve KUEDS ortalaması	<ul style="list-style-type: none"> • Devam zorunluluğunu yerine getiren, • Staj puanını tamamlayan • KUEDS notu 60 ve üzeri olan öğrenciler girebilir. • Final çoktan seçmeli olarak yapılacaktır.
		-Restorasyon Türü-A (Sınıf I, V, VI) -Restorasyon Türü-B (Sınıf II, III, IV)			
Dönem 5	Staj süresi içerisinde tamamlaması gerekir.	Staj içerisinde üç hasta başı sınavından aldığı not ortalaması (A, B ve C hasta gruplarından)	Uygulama son günü asgari staj puanını ve devam koşulunu sağlayan herkes girebilir. En az 2 öğretim üyesinin katılımıyla sözlü sınav yapılacaktır.	Uygulama Sınavı ve KUEDS ortalaması	<ul style="list-style-type: none"> • Devam zorunluluğunu yerine getiren, • Staj puanını tamamlayan • KUEDS notu 60 ve üzeri olan öğrenciler girebilir. • Final çoktan seçmeli olarak yapılacaktır.
		-Restorasyon Türü-A (Sınıf III, IV) -Restorasyon Türü-B (Sınıf I,V) -Restorasyon Türü-C (Sınıf II)			

- Dönem 4 öğrencilerinin Yılsonu sınavına girebilmeleri için eğitimi senesi içerisinde **en az 10'u A grubu ve en az 10'u B grubundan olmak üzere toplamda asgari 20 adet restorasyonun** her biri için nöbetçi öğretim üyesinden "Başarılı" onayı alması gerekmektedir.
- Dönem 5 öğrencilerinin KUEDS sınavına girebilmeleri için uygulama eğitimi süresi içerisinde **en az 15'i A grubu, en az 15'i B grubu ve en az 20'si C grubundan olmak üzere toplamda asgari 50 adet restorasyonun** her biri için nöbetçi öğretim üyesinden "Başarılı" onayı alması gerekmektedir. Dönem 5 öğrencileri için **Farklı grupların asgari sayıları tamamlandığında A ve B gruplarında yapılan işlemler birbirleri yerine sayılabilir.**

Hastanın Adı Soyadı:.....

Tarih:.....

Dosya No:.....

Protokol No:.....

Hasta Şikayeti:.....

.....

Tıbbi Anamnez	Dental Anamnez	Yapılan İşlem

Temizlik Düzen	Çürük Yönetimi	Siman Uygulama	Matriks Kama	İzolasyon	Diş Anatomisine uyum	Bitim/Polisaj	Sonuç

Sorumlu Öğretim Üyesi Onay/İmza.....

Hastanın Adı Soyadı:.....

Tarih:.....

Dosya No:.....

Protokol No:.....

Hasta Şikayeti:.....

.....

Tıbbi Anamnez	Dental Anamnez	Yapılan İşlem

Temizlik Düzen	Çürük Yönetimi	Siman Uygulama	Matriks Kama	İzolasyon	Diş Anatomisine uyum	Bitim/Polisaj	Sonuç

Sorumlu Öğretim Üyesi Onay/İmza.....

Hastanın Adı Soyadı:.....

Tarih:.....

Dosya No:.....

Protokol No:.....

Hasta Şikayeti:.....

.....

Tıbbi Anamnez	Dental Anamnez	Yapılan İşlem

Temizlik Düzen	Çürük Yönetimi	Siman Uygulama	Matriks Kama	İzolasyon	Diş Anatomisine uyum	Bitim/Polisaj	Sonuç

Sorumlu Öğretim Üyesi Onay/İmza.....

Hastanın Adı Soyadı:.....

Tarih:.....

Dosya No:.....

Protokol No:.....

Hasta Şikayeti:.....

.....

Tıbbi Anamnez	Dental Anamnez	Yapılan İşlem

Temizlik Düzen	Çürük Yönetimi	Siman Uygulama	Matriks Kama	İzolasyon	Diş Anatomisine uyum	Bitim/Polisaj	Sonuç

Sorumlu Öğretim Üyesi Onay/İmza.....

Hastanın Adı Soyadı:.....

Tarih:.....

Dosya No:.....

Protokol No:.....

Hasta Şikayeti:.....

.....

Tıbbi Anamnez	Dental Anamnez	Yapılan İşlem

Temizlik Düzen	Çürük Yönetimi	Siman Uygulama	Matriks Kama	İzolasyon	Diş Anatomisine uyum	Bitim/Polisaj	Sonuç

Sorumlu Öğretim Üyesi Onay/İmza.....

Hastanın Adı Soyadı:.....

Tarih:.....

Dosya No:.....

Protokol No:.....

Hasta Şikayeti:.....

.....

Tıbbi Anamnez	Dental Anamnez	Yapılan İşlem

Temizlik Düzen	Çürük Yönetimi	Siman Uygulama	Matriks Kama	İzolasyon	Diş Anatomisine uyum	Bitim/Polisaj	Sonuç

Sorumlu Öğretim Üyesi Onay/İmza.....

Hastanın Adı Soyadı:.....

Tarih:.....

Dosya No:.....

Protokol No:.....

Hasta Şikayeti:.....

.....

Tıbbi Anamnez	Dental Anamnez	Yapılan İşlem

Temizlik Düzen	Çürük Yönetimi	Siman Uygulama	Matriks Kama	İzolasyon	Diş Anatomisine uyum	Bitim/Polisaj	Sonuç

Sorumlu Öğretim Üyesi Onay/İmza.....

Hastanın Adı Soyadı:.....

Tarih:.....

Dosya No:.....

Protokol No:.....

Hasta Şikayeti:.....

.....

Tıbbi Anamnez	Dental Anamnez	Yapılan İşlem

Temizlik Düzen	Çürük Yönetimi	Siman Uygulama	Matriks Kama	İzolasyon	Diş Anatomisine uyum	Bitim/Polisaj	Sonuç

Sorumlu Öğretim Üyesi Onay/İmza.....

Hastanın Adı Soyadı:.....

Tarih:.....

Dosya No:.....

Protokol No:.....

Hasta Şikayeti:.....

.....

Tıbbi Anamnez	Dental Anamnez	Yapılan İşlem

Temizlik Düzen	Çürük Yönetimi	Siman Uygulama	Matriks Kama	İzolasyon	Diş Anatomisine uyum	Bitim/Polisaj	Sonuç

Sorumlu Öğretim Üyesi Onay/İmza.....

Hastanın Adı Soyadı:.....

Tarih:.....

Dosya No:.....

Protokol No:.....

Hasta Şikayeti:.....

.....

Tıbbi Anamnez	Dental Anamnez	Yapılan İşlem

Temizlik Düzen	Çürük Yönetimi	Siman Uygulama	Matriks Kama	İzolasyon	Diş Anatomisine uyum	Bitim/Polisaj	Sonuç

Sorumlu Öğretim Üyesi Onay/İmza.....

Hastanın Adı Soyadı:.....

Tarih:.....

Dosya No:.....

Protokol No:.....

Hasta Şikayeti:.....

.....

Tıbbi Anamnez	Dental Anamnez	Yapılan İşlem

Temizlik Düzen	Çürük Yönetimi	Siman Uygulama	Matriks Kama	İzolasyon	Diş Anatomisine uyum	Bitim/Polisaj	Sonuç

Sorumlu Öğretim Üyesi Onay/İmza.....

Hastanın Adı Soyadı:.....

Tarih:.....

Dosya No:.....

Protokol No:.....

Hasta Şikayeti:.....

.....

Tıbbi Anamnez	Dental Anamnez	Yapılan İşlem

Temizlik Düzen	Çürük Yönetimi	Siman Uygulama	Matriks Kama	İzolasyon	Diş Anatomisine uyum	Bitim/Polisaj	Sonuç

Sorumlu Öğretim Üyesi Onay/İmza.....

Hastanın Adı Soyadı:.....

Tarih:.....

Dosya No:.....

Protokol No:.....

Hasta Şikayeti:.....

.....

Tıbbi Anamnez	Dental Anamnez	Yapılan İşlem

Temizlik Düzen	Çürük Yönetimi	Siman Uygulama	Matriks Kama	İzolasyon	Diş Anatomisine uyum	Bitim/Polisaj	Sonuç

Sorumlu Öğretim Üyesi Onay/İmza.....

Hastanın Adı Soyadı:.....

Tarih:.....

Dosya No:.....

Protokol No:.....

Hasta Şikayeti:.....

.....

Tıbbi Anamnez	Dental Anamnez	Yapılan İşlem

Temizlik Düzen	Çürük Yönetimi	Siman Uygulama	Matriks Kama	İzolasyon	Diş Anatomisine uyum	Bitim/Polisaj	Sonuç

Sorumlu Öğretim Üyesi Onay/İmza.....

Hastanın Adı Soyadı:.....

Tarih:.....

Dosya No:.....

Protokol No:.....

Hasta Şikayeti:.....

.....

Tıbbi Anamnez	Dental Anamnez	Yapılan İşlem

Temizlik Düzen	Çürük Yönetimi	Siman Uygulama	Matriks Kama	İzolasyon	Diş Anatomisine uyum	Bitim/Polisaj	Sonuç

Sorumlu Öğretim Üyesi Onay/İmza.....

Hastanın Adı Soyadı:.....

Tarih:.....

Dosya No:.....

Protokol No:.....

Hasta Şikayeti:.....

.....

Tıbbi Anamnez	Dental Anamnez	Yapılan İşlem

Temizlik Düzen	Çürük Yönetimi	Siman Uygulama	Matriks Kama	İzolasyon	Diş Anatomisine uyum	Bitim/Polisaj	Sonuç

Sorumlu Öğretim Üyesi Onay/İmza.....

Hastanın Adı Soyadı:.....

Tarih:.....

Dosya No:.....

Protokol No:.....

Hasta Şikayeti:.....

.....

Tıbbi Anamnez	Dental Anamnez	Yapılan İşlem

Temizlik Düzen	Çürük Yönetimi	Siman Uygulama	Matriks Kama	İzolasyon	Diş Anatomisine uyum	Bitim/Polisaj	Sonuç

Sorumlu Öğretim Üyesi Onay/İmza.....

Hastanın Adı Soyadı:.....

Tarih:.....

Dosya No:.....

Protokol No:.....

Hasta Şikayeti:.....

.....

Tıbbi Anamnez	Dental Anamnez	Yapılan İşlem

Temizlik Düzen	Çürük Yönetimi	Siman Uygulama	Matriks Kama	İzolasyon	Diş Anatomisine uyum	Bitim/Polisaj	Sonuç

Sorumlu Öğretim Üyesi Onay/İmza.....

Hastanın Adı Soyadı:.....

Tarih:.....

Dosya No:.....

Protokol No:.....

Hasta Şikayeti:.....

Tıbbi Anamnez	Dental Anamnez	Yapılan İşlem

Temizlik Düzen	Çürük Yönetimi	Siman Uygulama	Matriks Kama	İzolasyon	Diş Anatomisine uyum	Bitim/Polisaj	Sonuç

Sorumlu Öğretim Üyesi Onay/İmza.....

Hastanın Adı Soyadı:.....

Tarih:.....

Dosya No:.....

Protokol No:.....

Hasta Şikayeti:.....

Tıbbi Anamnez	Dental Anamnez	Yapılan İşlem

Temizlik Düzen	Çürük Yönetimi	Siman Uygulama	Matriks Kama	İzolasyon	Diş Anatomisine uyum	Bitim/Polisaj	Sonuç

Sorumlu Öğretim Üyesi Onay/İmza.....

Hastanın Adı Soyadı:.....

Tarih:.....

Dosya No:.....

Protokol No:.....

Hasta Şikayeti:.....

.....

Tıbbi Anamnez	Dental Anamnez	Yapılan İşlem

Temizlik Düzen	Çürük Yönetimi	Siman Uygulama	Matriks Kama	İzolasyon	Diş Anatomisine uyum	Bitim/Polisaj	Sonuç

Sorumlu Öğretim Üyesi Onay/İmza.....

Hastanın Adı Soyadı:.....

Tarih:.....

Dosya No:.....

Protokol No:.....

Hasta Şikayeti:.....

.....

Tıbbi Anamnez	Dental Anamnez	Yapılan İşlem

Temizlik Düzen	Çürük Yönetimi	Siman Uygulama	Matriks Kama	İzolasyon	Diş Anatomisine uyum	Bitim/Polisaj	Sonuç

Sorumlu Öğretim Üyesi Onay/İmza.....

Hastanın Adı Soyadı:.....

Tarih:.....

Dosya No:.....

Protokol No:.....

Hasta Şikayeti:.....

.....

Tıbbi Anamnez	Dental Anamnez	Yapılan İşlem

Temizlik Düzen	Çürük Yönetimi	Siman Uygulama	Matriks Kama	İzolasyon	Diş Anatomisine uyum	Bitim/Polisaj	Sonuç

Sorumlu Öğretim Üyesi Onay/İmza.....

Hastanın Adı Soyadı:.....

Tarih:.....

Dosya No:.....

Protokol No:.....

Hasta Şikayeti:.....

.....

Tıbbi Anamnez	Dental Anamnez	Yapılan İşlem

Temizlik Düzen	Çürük Yönetimi	Siman Uygulama	Matriks Kama	İzolasyon	Diş Anatomisine uyum	Bitim/Polisaj	Sonuç

Sorumlu Öğretim Üyesi Onay/İmza.....

Hastanın Adı Soyadı:.....

Tarih:.....

Dosya No:.....

Protokol No:.....

Hasta Şikayeti:.....

.....

Tıbbi Anamnez	Dental Anamnez	Yapılan İşlem

Temizlik Düzen	Çürük Yönetimi	Siman Uygulama	Matriks Kama	İzolasyon	Diş Anatomisine uyum	Bitim/Polisaj	Sonuç

Sorumlu Öğretim Üyesi Onay/İmza.....

Hastanın Adı Soyadı:.....

Tarih:.....

Dosya No:.....

Protokol No:.....

Hasta Şikayeti:.....

.....

Tıbbi Anamnez	Dental Anamnez	Yapılan İşlem

Temizlik Düzen	Çürük Yönetimi	Siman Uygulama	Matriks Kama	İzolasyon	Diş Anatomisine uyum	Bitim/Polisaj	Sonuç

Sorumlu Öğretim Üyesi Onay/İmza.....

Hastanın Adı Soyadı:.....

Tarih:.....

Dosya No:.....

Protokol No:.....

Hasta Şikayeti:.....

Tıbbi Anamnez	Dental Anamnez	Yapılan İşlem

Temizlik Düzen	Çürük Yönetimi	Siman Uygulama	Matriks Kama	İzolasyon	Diş Anatomisine uyum	Bitim/Polisaj	Sonuç

Sorumlu Öğretim Üyesi Onay/İmza.....

Hastanın Adı Soyadı:.....

Tarih:.....

Dosya No:.....

Protokol No:.....

Hasta Şikayeti:.....

Tıbbi Anamnez	Dental Anamnez	Yapılan İşlem

Temizlik Düzen	Çürük Yönetimi	Siman Uygulama	Matriks Kama	İzolasyon	Diş Anatomisine uyum	Bitim/Polisaj	Sonuç

Sorumlu Öğretim Üyesi Onay/İmza.....

Hastanın Adı Soyadı:.....

Tarih:.....

Dosya No:.....

Protokol No:.....

Hasta Şikayeti:.....

.....

Tıbbi Anamnez	Dental Anamnez	Yapılan İşlem

Temizlik Düzen	Çürük Yönetimi	Siman Uygulama	Matriks Kama	İzolasyon	Diş Anatomisine uyum	Bitim/Polisaj	Sonuç

Sorumlu Öğretim Üyesi Onay/İmza.....

Hastanın Adı Soyadı:.....

Tarih:.....

Dosya No:.....

Protokol No:.....

Hasta Şikayeti:.....

.....

Tıbbi Anamnez	Dental Anamnez	Yapılan İşlem

Temizlik Düzen	Çürük Yönetimi	Siman Uygulama	Matriks Kama	İzolasyon	Diş Anatomisine uyum	Bitim/Polisaj	Sonuç

Sorumlu Öğretim Üyesi Onay/İmza.....

Hastanın Adı Soyadı:.....

Tarih:.....

Dosya No:.....

Protokol No:.....

Hasta Şikayeti:.....

.....

Tıbbi Anamnez	Dental Anamnez	Yapılan İşlem

Temizlik Düzen	Çürük Yönetimi	Siman Uygulama	Matriks Kama	İzolasyon	Diş Anatomisine uyum	Bitim/Polisaj	Sonuç

Sorumlu Öğretim Üyesi Onay/İmza.....

Hastanın Adı Soyadı:.....

Tarih:.....

Dosya No:.....

Protokol No:.....

Hasta Şikayeti:.....

.....

Tıbbi Anamnez	Dental Anamnez	Yapılan İşlem

Temizlik Düzen	Çürük Yönetimi	Siman Uygulama	Matriks Kama	İzolasyon	Diş Anatomisine uyum	Bitim/Polisaj	Sonuç

Sorumlu Öğretim Üyesi Onay/İmza.....