



**T.C.**

**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**

**HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ**

**……………………….………… EĞİTİM ÖĞRETİM YILI**

**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ STAJ DOSYASI**

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

**BÖLÜMÜ :.....................................................................**

**SINIFI :.....................................................................**

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

**T.C.**

**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**

**HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ**

**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ STAJ DEĞERLENDİRME FORMU**

|  |
| --- |
| ***Kurum adı:*** |
| ***Klinik adı:*** |
| ***Staj tarihleri:*** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER** | | **PUAN** | **KURUM NOTU** |
| **1.MESLEKİ YÖNDE GELİŞME** | | 40 |  |
| Çalışma saatlerini etkin kullanma | 5 |  |  |
| Kliniğe vaktinde gelme | 5 |  |  |
| Kılık kıyafet düzeni | 5 |  |  |
| Hastalarla etkili ve terapötik iletişim kurma | 5 |  |  |
| Sağlık ekibi ile iş birliği ve olumlu ilişkiler geliştirme | 5 |  |  |
| Öğrenme motivasyonu ve hedef belirleme | 5 |  |  |
| Profesyonel tutum ve etik davranış sergileme | 5 |  |  |
| Hasta bakımına katılım ve sorumluluk alma | 5 |  |  |
| **2. HEMŞİRELİK BAKIMI** | | 60 |  |
| Fiziksel muayene/subjektif ve objektif değerlendirme ile hastanın sağlık bakım gereksinimini belirleme | 10 |  |  |
| Hastanın gereksinimleri doğrultusunda hemşirelik bakımını uygulama | 10 |  |  |
| Hastanın yaşadığı sağlık sorunları, olası riskler ve komplikasyonları değerlendirme | 10 |  |  |
| Hasta bakımı sırasında etik ilkelere ve mesleki değerlere uygun davranma | 10 |  |  |
| Hastaya / hasta yakınlarına yönelik uygun eğitim verebilme | 10 |  |  |
| Hemşirelik bakımına ilişkin değerlendirme sonuçlarını veri olarak kullanabilme | 10 |  |  |
| **GENEL TOPLAM** | |  |  |

Sorumlu Hemşire Kurum Amiri ......./..../........

Adı Soyadı : Adı Soyadı :

İmza : İmza :

**T.C.**

**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**

**HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ**

**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ STAJI**

**ÖĞRENCİ DEVAM TAKİP ÇİZELGESİ**

# ÖĞRENCİNİN

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

**BÖLÜMÜ :..........................................................**

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

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

# 

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SIRA NO** | **STAJ TARİHLERİ** | **ÖĞRENCİ**  **İMZA** | **SORUMLU İMZA** |
| **1** | **......./....../20...** |  |  |
| **2** | **......./....../20..** |  |  |
| **3** | **......./....../20...** |  |  |
| **4** | **......./....../20..** |  |  |
| **5** | **......./....../20...** |  |  |
| **6** | **......./....../20..** |  |  |
| **7** | **......./....../20...** |  |  |
| **8** | **......./....../20..** |  |  |
| **9** | **......./....../20...** |  |  |
| **10** | **......./....../20..** |  |  |

Yukarıda kimliği yazılı öğrenci ........../........../20.. ile ......./......./20.. tarihleri arasında toplam ............. iş günü staj çalışmasını yapmıştır.

**KURUM / İŞ YERİ AMİRİ**

**( İmza – Mühür )**

**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ STAJ ALANLARI**

* Genel Dahiliye servisi
* Yoğun Bakım Üniteleri
* Kardiyoloji servisi
* Gastroenteroloji servisi
* Nefroloji servisi
* Nöroloji servisi
* Göğüs Hastalıkları servisi
* Endokrinoloji servisi
* Onkoloji servisi
* Hematoloji servisi
* Enfeksiyon Hastalıkları servisi
* Palyatif Bakım servisi
* Acil servis

**Not.** Öğrenciler staj sürecince 4 günü geçmemek şartıyla Anjio, Diyaliz gibi Ayaktan Tanı ve Tedavi Üniteleri’nde görevlendirilebilir.