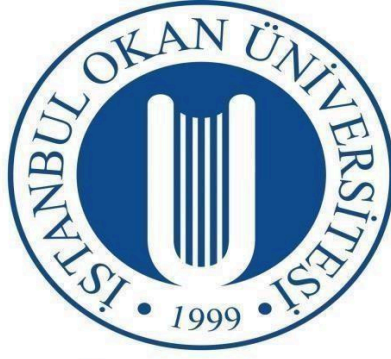




— İSTANBUL —
OKAN ÜNİVERSİTESİ

**YAŞLI BAKIMI PROGRAMI
KLİNİK UYGULAMA DEFTERİ**

ADI SOYADI:
ÖĞRENCİ NO:
KLİNİK UYGULAMA YAPILAN KURUM:
KLİNİK UYGULAMA YAPILAN BİRİM:
UYGULAMA DEFTERİ TESLİM TARİHİ:

PROGRAM BAŞKANI ONAYI

KLİNİK UYGULAMA KABUL/RED:
GEÇERLİ GÜN SAYISI:
ONAY TARİHİ:
RAPORU DEĞERLENDİREN:
İMZA:



OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
ZORUNLU KLİNİK UYGULAMA PROGRAMI
KLİNİK UYGULAMA GÜNCEİ

Öğrencinin Adı Soyadı	
Programı	

YAPILANLAR	
..... GÜN	Tarih:

Kurum Yetkilisinin Adı, Soyadı	Tarih / İmza



OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
ZORUNLU KLİNİK UYGULAMA PROGRAMI
KLİNİK UYGULAMA GÜNCESİ

Öğrencinin Adı Soyadı	
Programı	

YAPILANLAR	
..... GÜN	Tarih:

Kurum Yetkilisinin Adı, Soyadı	Tarih / İmza



OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
ZORUNLU KLİNİK UYGULAMA PROGRAMI
KLİNİK UYGULAMA GÜNCESİ

Öğrencinin Adı Soyadı	
Programı	

YAPILANLAR	
..... GÜN	Tarih:

Kurum Yetkilisinin Adı, Soyadı	Tarih / İmza



OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
ZORUNLU KLİNİK UYGULAMA PROGRAMI
KLİNİK UYGULAMA GÜNCESİ

Öğrencinin Adı Soyadı	
Programı	

YAPILANLAR	
..... GÜN	Tarih:

Kurum Yetkilisinin Adı, Soyadı	Tarih / İmza



OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
ZORUNLU KLİNİK UYGULAMA PROGRAMI
KLİNİK UYGULAMA GÜNCESİ

Öğrencinin Adı Soyadı	
Programı	

YAPILANLAR	
..... GÜN	Tarih:

Kurum Yetkilisinin Adı, Soyadı	Tarih / İmza



OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
ZORUNLU KLİNİK UYGULAMA PROGRAMI
KLİNİK UYGULAMA GÜNCESİ

Öğrencinin Adı Soyadı	
Programı	

YAPILANLAR	
..... GÜN	Tarih:

Kurum Yetkilisinin Adı, Soyadı	Tarih / İmza



OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
ZORUNLU KLİNİK UYGULAMA PROGRAMI
KLİNİK UYGULAMA GÜNCEİ

Öğrencinin Adı Soyadı	
Programı	

YAPILANLAR	
..... GÜN	Tarih:

Kurum Yetkilisinin Adı, Soyadı	Tarih / İmza



OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
ZORUNLU KLİNİK UYGULAMA PROGRAMI
KLİNİK UYGULAMA GÜNCEİ

Öğrencinin Adı Soyadı	
Programı	

YAPILANLAR	
..... GÜN	Tarih:

Kurum Yetkilisinin Adı, Soyadı	Tarih / İmza



OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
ZORUNLU KLİNİK UYGULAMA PROGRAMI
KLİNİK UYGULAMA GÜNCEİ

Öğrencinin Adı Soyadı	
Programı	

YAPILANLAR	
..... GÜN	Tarih:

Kurum Yetkilisinin Adı, Soyadı	Tarih / İmza



OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
ZORUNLU KLİNİK UYGULAMA PROGRAMI
KLİNİK UYGULAMA GÜNCEİ

Öğrencinin Adı Soyadı	
Programı	

YAPILANLAR	
..... GÜN	Tarih:

Kurum Yetkilisinin Adı, Soyadı	Tarih / İmza

YAŞLI BAKIMI

A. BAKIM UYGULAMALARI

No	Yapılacak İş / Beceri	Yapıldı	Yapılmadı	Açıklama
1	Yaşlının günlük yaşam aktivitelerine destek olma	☐	☐	
2	Vücut temizliği ve kişisel bakım uygulamaları	☐	☐	
3	Bası yarası risk değerlendirmesi ve korunma	☐	☐	
4	Beslenme düzenini takip etme	☐	☐	
5	Sıvı alımı ve çıkış takibi	☐	☐	
6	Pozisyon verme ve doğru yatak kullanımı	☐	☐	
7	Düşme riskini değerlendirme ve önleme	☐	☐	

B. SAĞLIK TAKİBİ VE GÖZLEM

No	Yapılacak İş / Beceri	Yapıldı	Yapılmadı	Açıklama
1	Vital bulguları ölçme ve kayıt	☐	☐	
2	Kronik hastalık belirtilerini gözlemleme	☐	☐	
3	İlaç kullanımına destek olma	☐	☐	
4	Psikolojik durum gözlemi	☐	☐	

C. İLETİŞİM VE ETİK

No	Yapılacak İş / Beceri	Yapıldı	Yapılmadı	Açıklama
1	Yaşlı bireyle etkili iletişim kurma	☐	☐	
2	Aile bireyleriyle profesyonel iletişim	☐	☐	
3	Mahremiyet ve gizlilik ilkesine uyma	☐	☐	
4	Empati ve sabırlı yaklaşım	☐	☐	

D. KURUM İÇİ UYUM VE SORUMLULUK

No	Yapılacak İş / Beceri	Yapıldı	Yapılmadı	Açıklama
1	Kurum kurallarına uyma	☐	☐	
2	Günlük çalışma düzenine uyum	☐	☐	
3	Görevleri zamanında yerine getirme	☐	☐	
4	Ekip çalışmasına uyum	☐	☐	

Tarih / İmza/ Kaşe-mühür

____ / ____ / ____



OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
KLİNİK UYGULAMA
KURUM DEĞERLENDİRME FORMU
(EK.2)

Uygulama Yapan Öğrencinin Adı, Soyadı
Kurumun Adı
Kurumun Adresi
Uygulama Başlama ve Bitiş Tarihi

DEĞERLENDİRME SORULARI

1.	Öğrencinin çalışma saatlerine uyması	☐ Tamamen uydu ☐ Kısmen uydu ☐ Uyumsuzdu
2.	Kılık kıyafetinin iş ortamına uygunluğu	☐ Uygundu ☐ Uygun değildi
3.	Verilen işi yapma konusundaki isteği	☐ Çok istekli ☐ İstekli ☐ İsteksiz
4.	Verilen işi sonuçlandırma konusundaki becerisi	☐ Çok becerikli ☐ Becerikli ☐ Beceriksiz
5.	Çalıştığı bölümde takım çalışmasına yatkınlığı	☐ Takımın bir parçası gibi çalıştı ☐ Takım çalışmasına uymaya çalıştı ☐ Takım çalışmasına yatkın değil
6.	Program süresince hasta ile ilişkisi ve mesleki el becerisi	
7.	Öğrencinin olumlu gördüğünüz yönleri	
8.	Öğrencinin olumsuz gördüğünüz yönleri	
9.	Genel olarak çalışma performansı	☐ Çok İyi ☐ İyi ☐ Orta ☐ Kötü
10.	İlave etmek istediğiniz diğer görüşleriniz ve değerlendirme notunuz.	

Kurum Yetkilisinin Adı Soyadı
Görevi
Telefon
Tarih / İmza/ Kaşe-mühür

____/____/____