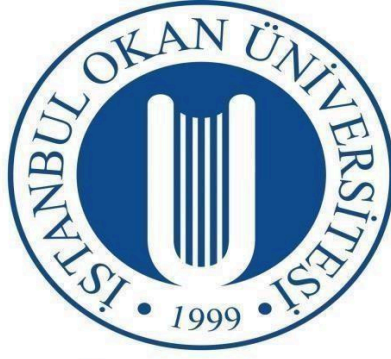




— İSTANBUL —  
**OKAN ÜNİVERSİTESİ**

## YAŞLI BAKIMI UYGULAMALARI STAJ DEFTERİ

|                                    |
|------------------------------------|
| <b>ADI SOYADI:</b>                 |
| <b>ÖĞRENCİ NO:</b>                 |
| <b>STAJ YAPILAN KURUM:</b>         |
| <b>STAJ YAPILAN BİRİM:</b>         |
| <b>STAJ DEFTERİ TESLİM TARİHİ:</b> |

### PROGRAM BAŞKANI ONAYI

|                              |
|------------------------------|
| <b>STAJ KABUL/RED:</b>       |
| <b>GEÇERLİ GÜN SAYISI:</b>   |
| <b>ONAY TARİHİ:</b>          |
| <b>RAPORU DEĞERLENDİREN:</b> |
| <b>İMZA:</b>                 |



OKAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU  
ZORUNLU STAJ PROGRAMI

STAJ GÜNCEİ

|                       |  |
|-----------------------|--|
| Öğrencinin Adı Soyadı |  |
| Programı              |  |

| YAPILANLAR |        |
|------------|--------|
| ..... GÜN  | Tarih: |
|            |        |

|                                |              |
|--------------------------------|--------------|
| Kurum Yetkilisinin Adı, Soyadı | Tarih / İmza |
|                                |              |



OKAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU  
ZORUNLU STAJ PROGRAMI

STAJ GÜNCEİ

|                       |  |
|-----------------------|--|
| Öğrencinin Adı Soyadı |  |
| Programı              |  |

| YAPILANLAR |        |
|------------|--------|
| ..... GÜN  | Tarih: |
|            |        |

|                                |              |
|--------------------------------|--------------|
| Kurum Yetkilisinin Adı, Soyadı | Tarih / İmza |
|                                |              |



OKAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU  
ZORUNLU STAJ PROGRAMI

STAJ GÜNCEİ

|                       |  |
|-----------------------|--|
| Öğrencinin Adı Soyadı |  |
| Programı              |  |

| YAPILANLAR |        |
|------------|--------|
| ..... GÜN  | Tarih: |
|            |        |

|                                |              |
|--------------------------------|--------------|
| Kurum Yetkilisinin Adı, Soyadı | Tarih / İmza |
|                                |              |



OKAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU  
ZORUNLU STAJ PROGRAMI

STAJ GÜNCEİ

|                       |  |
|-----------------------|--|
| Öğrencinin Adı Soyadı |  |
| Programı              |  |

| YAPILANLAR |        |
|------------|--------|
| ..... GÜN  | Tarih: |
|            |        |

|                                |              |
|--------------------------------|--------------|
| Kurum Yetkilisinin Adı, Soyadı | Tarih / İmza |
|                                |              |



OKAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU  
ZORUNLU STAJ PROGRAMI

STAJ GÜNCEİ

|                       |  |
|-----------------------|--|
| Öğrencinin Adı Soyadı |  |
| Programı              |  |

| YAPILANLAR |        |
|------------|--------|
| ..... GÜN  | Tarih: |
|            |        |

|                                |              |
|--------------------------------|--------------|
| Kurum Yetkilisinin Adı, Soyadı | Tarih / İmza |
|                                |              |



OKAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU  
ZORUNLU STAJ PROGRAMI

STAJ GÜNCEİ

|                       |  |
|-----------------------|--|
| Öğrencinin Adı Soyadı |  |
| Programı              |  |

| YAPILANLAR |        |
|------------|--------|
| ..... GÜN  | Tarih: |
|            |        |

|                                |              |
|--------------------------------|--------------|
| Kurum Yetkilisinin Adı, Soyadı | Tarih / İmza |
|                                |              |



OKAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU  
ZORUNLU STAJ PROGRAMI

STAJ GÜNCEİ

|                       |  |
|-----------------------|--|
| Öğrencinin Adı Soyadı |  |
| Programı              |  |

| YAPILANLAR |        |
|------------|--------|
| ..... GÜN  | Tarih: |
|            |        |

|                                |              |
|--------------------------------|--------------|
| Kurum Yetkilisinin Adı, Soyadı | Tarih / İmza |
|                                |              |





OKAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU  
ZORUNLU STAJ PROGRAMI

STAJ GÜNCEİ

|                       |  |
|-----------------------|--|
| Öğrencinin Adı Soyadı |  |
| Programı              |  |

| YAPILANLAR |        |
|------------|--------|
| ..... GÜN  | Tarih: |
|            |        |

|                                |              |
|--------------------------------|--------------|
| Kurum Yetkilisinin Adı, Soyadı | Tarih / İmza |
|                                |              |



OKAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU  
ZORUNLU STAJ PROGRAMI

STAJ GÜNCEİ

|                       |  |
|-----------------------|--|
| Öğrencinin Adı Soyadı |  |
| Programı              |  |

| YAPILANLAR |        |
|------------|--------|
| ..... GÜN  | Tarih: |
|            |        |

|                                |              |
|--------------------------------|--------------|
| Kurum Yetkilisinin Adı, Soyadı | Tarih / İmza |
|                                |              |



OKAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU  
ZORUNLU STAJ PROGRAMI

STAJ 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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |          |
| 2  | Vücut temizliği ve kişisel bakım uygulamaları    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |          |
| 3  | Bası yarası risk değerlendirmesi ve korunma      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |          |
| 4  | Beslenme düzenini takip etme                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |          |
| 5  | Sıvı alımı ve çıkış takibi                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |          |
| 6  | Pozisyon verme ve doğru yatak kullanımı          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |          |
| 7  | Düşme riskini değerlendirme ve önleme            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |          |

### B. SAĞLIK TAKİBİ VE GÖZLEM

| No | Yapılacak İş / Beceri                    | Yapıldı                  | Yapılmadı                | Açıklama |
|----|------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------|
| 1  | Vital bulguları ölçme ve kayıt           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |          |
| 2  | Kronik hastalık belirtilerini gözlemleme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |          |
| 3  | İlaç kullanımına destek olma             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |          |
| 4  | Psikolojik durum gözlemi                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |          |

### C. İLETİŞİM VE ETİK

| No | Yapılacak İş / Beceri                  | Yapıldı                  | Yapılmadı                | Açıklama |
|----|----------------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------|
| 1  | Yaşlı bireyle etkili iletişim kurma    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |          |
| 2  | Aile bireyleriyle profesyonel iletişim | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |          |
| 3  | Mahremiyet ve gizlilik ilkesine uyma   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |          |
| 4  | Empati ve sabırlı yaklaşım             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |          |

### D. KURUM İÇİ UYUM VE SORUMLULUK

| No | Yapılacak İş / Beceri              | Yapıldı                  | Yapılmadı                | Açıklama |
|----|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------|
| 1  | Kurum kurallarına uyma             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |          |
| 2  | Günlük çalışma düzenine uyum       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |          |
| 3  | Görevleri zamanında yerine getirme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |          |
| 4  | Ekip çalışmasına uyum              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |          |

Tarih / İmza/ Kaşe-mühür

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



**OKAN ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU**  
**STAJ PROGRAMI**  
**KURUM DEĞERLENDİRME FORMU**  
**(EK.2)**

Staj Yapan Öğrencinin Adı, Soyadı  
Kurumun Adı  
Kurumun Adresi  
Staja Başlama ve Bitiş Tarihi

**DEĞERLENDİRME SORULARI**

|     |                                                                             |                                                                                                                                                                                   |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.  | Öğrencinin çalışma saatlerine uyması                                        | <input type="checkbox"/> Tamamen uydu <input type="checkbox"/> Kısmen uydu <input type="checkbox"/> Uyumsuzdu                                                                     |
| 2.  | Kılık kıyafetinin iş ortamına uygunluğu                                     | <input type="checkbox"/> Uygundu <input type="checkbox"/> Uygun değildi                                                                                                           |
| 3.  | Verilen işi yapma konusundaki isteği                                        | <input type="checkbox"/> Çok istekli <input type="checkbox"/> İstekli <input type="checkbox"/> İsteksiz                                                                           |
| 4.  | Verilen işi sonuçlandırma konusundaki becerisi                              | <input type="checkbox"/> Çok becerikli <input type="checkbox"/> Becerikli <input type="checkbox"/> Beceriksiz                                                                     |
| 5.  | Çalıştığı bölümde takım çalışmasına yatkınlığı                              | <input type="checkbox"/> Takımın bir parçası gibi çalıştı<br><input type="checkbox"/> Takım çalışmasına uymaya çalıştı<br><input type="checkbox"/> 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                                            | <input type="checkbox"/> Çok İyi <input type="checkbox"/> İyi <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Kötü                                                         |
| 10. | İlave etmek istediğiniz diğer görüşleriniz ve <b>değerlendirme notunuz.</b> |                                                                                                                                                                                   |

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

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_