EK-8

T.C.

YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ

SARIKAYA FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON

YÜKSEKOKULU

20…/20… Eğitim Öğretim Yılı

KLİNİK ÇALIŞMA …

KLİNİK ÇALIŞMA DEFTERİ

Öğrencinin Adı-Soyadı :

Öğrenci No :

Telefon Numarası :

Uygulama Yeri ve Rotasyon Tarihleri:

Sorumlu Öğretim Elemanı:

Klinik Çalışma ile İlgili Açıklamalar

Değerli Öğrencimiz ve Sayın İlgili,

Klinik Çalışma derslerinin amacı, Yozgat Bozok Üniversitesi Sarıkaya Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu öğrencilerinin teorik ve pratik bilgilerinin, klinik ortamında uygulamalarını görmek, eksikliklerini tespit etmek ve daha sonraki öğrencilik döneminde ve mesleki hayatta çalışmaları bu bilgi ve deneyimler ışığında yönlendirmek, öğrencilerin mesleğini tanımalarını sağlamak, üniversite ile sağlık kurumları arasında ilişkiler kurarak bu ilişkilerin gelişmesine katkıda bulunmaktır.

Klinik Çalışma Dersini Alan Öğrencilerin Sorumluluğu:

Klinik Çalışma dersini alan öğrencilerimiz;

a) Öğrenci, uygulamalı eğitimler komisyonu tarafından onaylanan rotasyon planına uymak zorundadır. Komisyonun onayını almadan uygulama yapacağı tarihi ve kurumu değiştiremez.
b) Klinik Çalışma Defteri her rotasyonun sonunda sorumlu fizyoterapiste onaylatılır ve sorumlu öğretim elemanının belirlediği tarihte teslim edilir.
c) Sorumlu fizyoterapistin gözetiminde planlanan fizyoterapi ve rehabilitasyon değerlendirmelerini yapar ve tedavi programını uygular.
d) Uygulama yaptığı kurumun çalışma ve güvenlik kurallarına uymak ve kullandığı araç ve gereçleri özenle kullanmakla yükümlüdür.
e) Görev ve sorumluluğu yerine getirmemesinden doğan her türlü sorumluluk öğrenciye ait olup hakkında ilgili disiplin yönetmeliği hükümleri uyarınca işlem yapılır.
f) Öğrencilerin klinik uygulama yapılan kamu kurum ve kuruluşlarının kılık kıyafet yönetmeliğine uygun olacak şekilde giyinmeleri gerekmektedir.
g) Hastalara ait görsel ve işitsel (fotoğraf, video, ses kaydı vb.) bilgileri hastadan izin alınmış olsa dahi sosyal medyada paylaşmak yasaktır.

Klinik Çalışma Defteri Yazımı Sırasında Dikkat Edilecek Hususlar:

Klinik Çalışma dersi notunuzun oluşturulmasında kullanılan bu defteri doldururken aşağıdaki hususları dikkate alınız:

a. Defter, mavi tükenmez kalem ve el yazısı ile doldurulacaktır. Düzenin sağlanması amacıyla vaka değerlendirme ve tedavi bölümü dijital ortamda da doldurulabilir.
b. Defterin doldurulması gereken tüm alanlarını doldurunuz. Eksik imza ve doldurulması gereken alan kalmamalıdır.
c. İş planı sayfalarını doldururken ilgili sayfanın temsil ettiği günde yaptığınız işi açık ve anlaşılır bir biçimde, yapılan işin içeriğini aktaracak biçimde yazınız. Defterde kitap

bilgisinden ziyade, her gün klinik çalışma süresince yapılan plana bağlı olarak çalışmalardan bahsedilecektir. Bu çalışmaları destekleyici bilgi, resim ve şekil konulabilir. Eğitici faaliyetlere katılma durumunda, eğitimin konusu, amaçları, yararları ve eğitim ile ilgili yapılan uygulamalardan bahsedilecektir.

d. Öğrenci değerlendirme bölümünde, rotasyon sonunda yapılan çalışmanın son durumu ve bu rotasyonun öğrenciye kazandırdıklarından bahsedilecektir.
e. ***Klinik Çalışma Defterini doldururken Türkçe yazım ve imla kurallarına ve tıbbi terminolojiye özen göstermeniz gerekmektedir.***
f. Yazılar okunaklı ve düzenli olmalıdır. Tıbbi terimler kullanılırken doğru ve anlaşılır olmalıdır. Hasta mahremiyeti her zaman korunmalı, hastalara ait kişisel bilgiler gizli tutulmalıdır.
g. Hastalar ve hastalıkları hakkında önyargısız ve tarafsız yorumlar yapılmalıdır. Yapılan işlemler, değerlendirmeler ve müdahaleler detaylı bir şekilde açıklanmalıdır.
h. Klinik Çalışma Defterinde kullanılan dil profesyonel ve akademik olmalıdır.
i. Vaka raporunun sayfa sayısı artırılarak diğer vakalar hazırlanabilir.
j. Klinik Çalışma Defteri, sorumlu öğretim elemanının belirlediği tarihte teslim edilmelidir.
k. Belirtilen hususlar dışında ihtiyaç duyulan bilgiler için Yüksekokul ile iletişime geçebilirsiniz.

Klinik çalışmanızda başarılar dileriz.

[ÖNEMLİ NOT: Defter içerisindeki köşeli parantez içinde yazılı olan bilgilendirmeleri çıktıyı almadan önce temizleyiniz]

İLETİŞİM
Adres: Yozgat Bozok Üniversitesi Sarıkaya Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu İstiklal Mahallesi Şehitler Bulvarı, Sarıkaya/YOZGAT
Telefon: 0354 502 36 47

KLİNİK ÇALIŞMA YAPILAN KURUMUN İLETİŞİM BİLGİLERİ VE ÖZELLİKLERİ

Klinik Çalışma Yapılan Kurumun İletişim Bilgileri

Adı	
Adresi	
Telefon No	
E-Posta Adresi	

Kurum Sorumlusu :

Sorumlu Fizyoterapist :

Klinik Çalışma Yapılan Kurum Genel Özellikleri:

Süpervizör Fizyoterapist

Adı-Soyadı ve İmzası

ROTASYON ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRME BÖLÜMÜ

Genel Bilgiler
- Tarih **:** …/…/202… - …/…/202…
- Rotasyon Yapılan Kurum/Birim Adı:
- Süpervizör Adı Soyadı **:**

Rotasyonda Gözlemlenen ve Öğrenilenler

1. Rotasyonda Görülen Hastalıklar: [Buraya rotasyon süresince karşılaşılan hastalıkların listesini yazınız.]

2. Değerlendirme ve Fizyoterapi Uygulamaları: [Kullandığınız değerlendirme yöntemleri ve fizyoterapi tekniklerini açıklayınız.]

3. Kazanılan Fizyoterapi Uygulama Becerileri: [Rotasyon sırasında edindiğiniz pratik becerileri detaylandırınız.]

4. Ek Teorik Bilgi: [Rotasyon süresince kazandığınız teorik bilgileri ve bunları nasıl kazandığınızı açıklayınız.]

5. Eksik Bulunan Yönler: [Teori, uygulama ve iletişim gibi alanlarda kendinizde gördüğünüz eksiklikleri belirtiniz.]

Uygulama Yeri Değerlendirme

- En Güçlü Yanı: [Uygulama yapılan yerin en iyi özelliklerini yazınız.]

- En Zayıf Yanı: [Geliştirilmesi gereken yönlerini belirtiniz.]

- Yarattığı Fırsatlar: [Rotasyonun size sunduğu fırsatları değerlendiriniz.]

Lütfen değerlendirme yaparken, deneyimlerinizi somut örneklerle destekleyiniz. Bu bilgiler, eğitim programımızın geliştirilmesine katkıda bulunacaktır.

1. Olgu Sunumu

[Bu bölüm, rotasyon sırasında karşılaştığınız vaka hakkında detaylı bilgileri sunmanız için tasarlanmıştır. Lütfen aşağıdaki alanları hastanız için uygun olacak şekilde doğru ve eksiksiz bir şekilde doldurunuz. Doldurmanız gereken ilgili başlıkları istediğiniz ölçüde genişletebilirsiniz.]

Hasta Bilgileri

Yaş:

Cinsiyet: ( ) Kadın ( ) Erkek

Medeni Durum: ( ) Evli ( ) Bekar

Eğitim Durumu: ( ) İlkokul ( ) Ortaokul ( ) Lise ( ) Üniversite ( ) Lisansüstü

Hasta Şikayetleri ve Medikal Geçmişi

Hastalığın Tanısı:

Hasta Hikayesi:

Şikayetleri:

Özgeçmiş:

Soy geçmiş:

Hastalık Hakkında Genel Teorik Bilgi

Klinik Değerlendirme

NEH Değerlendirmesi: *[Aktif/Pasif, Sağ/Sol, Tedavi Öncesi/Sonrası]*

Manuel Kas Testi:

Kas Kısalık Değerlendirmesi: *[Objektif bir şekilde ölçülerek sunulmalı]*

Ağrı Değerlendirmesi: *[Bölge, Şiddet, Tür, Zamanı vb. ve Ağrıyı değerlendirmede kullanılan araç]*

İSTİRAHAT	**0**	**10**
AKTİVİTE	**0**	**10**
GECE	**0**	**10**

Görsel Analog Skalası dışında farklı bir ağrı değerlendirmesi (varsa):

Diğer Değerlendirmeler:

Yapılan Değerlendirme Sonuçlarının Yorumlanması

(Örneğin; kas kuvvet değerlendirme sonucunda, kas zayıflığının sebepleri neler olabilir, sağ ve sol arasında fark ortaya çıkmasının sebepleri neler olabilir, ROM kısıtlılığı mevcut ise neden kaynaklanmış olabilir veya diğer ölçüm sonuçlarının açığa çıkmasını klinik olarak nasıl yorumlarsınız, vs…)

Uygulanan Tedaviler
Elektrofiziksel Ajanlar:

Egzersiz Tedavisi:

Ev Programı ve Öneriler:

Yapılabilecek Diğer Uygulamalar:

Tedavi Öncesi ve Sonrasındaki Değişimler *(Hastayı önce ve sonra değerlendirme şansınız varsa)**:***

2. OLGU SUNUMU

[Bu bölüm, rotasyon sırasında karşılaştığınız vaka hakkında detaylı bilgileri sunmanız için tasarlanmıştır. Lütfen aşağıdaki alanları hastanız için uygun olacak şekilde doğru ve eksiksiz bir şekilde doldurunuz. Doldurmanız gereken ilgili başlıkları istediğiniz ölçüde genişletebilirsiniz.]

Hasta Bilgileri

Yaş:

Cinsiyet: ( ) Kadın ( ) Erkek

Medeni Durum: ( ) Evli ( ) Bekar

Eğitim Durumu: ( ) İlkokul ( ) Ortaokul ( ) Lise ( ) Üniversite ( ) Lisansüstü

Hasta Şikayetleri ve Medikal Geçmişi

Hastalığın Tanısı:

Hasta Hikayesi:

Şikayetleri:

Özgeçmiş:

Soy geçmiş:

Hastalık Hakkında Genel Teorik Bilgi

Klinik Değerlendirme

NEH Değerlendirmesi: *[Aktif/Pasif, Sağ/Sol, Tedavi Öncesi/Sonrası]*

Manuel Kas Testi:

Kas Kısalık Değerlendirmesi: *[Objektif bir şekilde ölçülerek sunulmalı]*

Ağrı Değerlendirmesi: *[Bölge, Şiddet, Tür, Zamanı vb. ve Ağrıyı değerlendirmede kullanılan araç]*

İSTİRAHAT	**0**	**10**
AKTİVİTE	**0**	**10**
GECE	**0**	**10**

Görsel Analog Skalası dışında farklı bir ağrı değerlendirmesi (varsa):

Diğer Değerlendirmeler:

Yapılan Değerlendirme Sonuçlarının Yorumlanması

(Örneğin; kas kuvvet değerlendirme sonucunda, kas zayıflığının sebepleri neler olabilir, sağ ve sol arasında fark ortaya çıkmasının sebepleri neler olabilir, ROM kısıtlılığı mevcut ise neden kaynaklanmış olabilir veya diğer ölçüm sonuçlarının açığa çıkmasını klinik olarak nasıl yorumlarsınız, vs…)

Uygulanan Tedaviler
Elektrofiziksel Ajanlar:

Egzersiz Tedavisi:

Ev Programı ve Öneriler:

Yapılabilecek Diğer Uygulamalar:

Tedavi Öncesi ve Sonrasındaki Değişimler *(Hastayı önce ve sonra değerlendirme şansınız varsa)**:***

3. OLGU SUNUMU

[Bu bölüm, rotasyon sırasında karşılaştığınız vaka hakkında detaylı bilgileri sunmanız için tasarlanmıştır. Lütfen aşağıdaki alanları hastanız için uygun olacak şekilde doğru ve eksiksiz bir şekilde doldurunuz. Doldurmanız gereken ilgili başlıkları istediğiniz ölçüde genişletebilirsiniz.]

Hasta Bilgileri

Yaş:

Cinsiyet: ( ) Kadın ( ) Erkek

Medeni Durum: ( ) Evli ( ) Bekar

Eğitim Durumu: ( ) İlkokul ( ) Ortaokul ( ) Lise ( ) Üniversite ( ) Lisansüstü

Hasta Şikayetleri ve Medikal Geçmişi

Hastalığın Tanısı:

Hasta Hikayesi:

Şikayetleri:

Özgeçmiş:

Soy geçmiş:

Hastalık Hakkında Genel Teorik Bilgi

Klinik Değerlendirme

NEH Değerlendirmesi: *[Aktif/Pasif, Sağ/Sol, Tedavi Öncesi/Sonrası]*

Manuel Kas Testi:

Kas Kısalık Değerlendirmesi: *[Objektif bir şekilde ölçülerek sunulmalı]*

Ağrı Değerlendirmesi: *[Bölge, Şiddet, Tür, Zamanı vb. ve Ağrıyı değerlendirmede kullanılan araç]*

İSTİRAHAT	**0**	**10**
AKTİVİTE	**0**	**10**
GECE	**0**	**10**

Görsel Analog Skalası dışında farklı bir ağrı değerlendirmesi (varsa):

Diğer Değerlendirmeler:

Yapılan Değerlendirme Sonuçlarının Yorumlanması

(Örneğin; kas kuvvet değerlendirme sonucunda, kas zayıflığının sebepleri neler olabilir, sağ ve sol arasında fark ortaya çıkmasının sebepleri neler olabilir, ROM kısıtlılığı mevcut ise neden kaynaklanmış olabilir veya diğer ölçüm sonuçlarının açığa çıkmasını klinik olarak nasıl yorumlarsınız, vs…)

Uygulanan Tedaviler
Elektrofiziksel Ajanlar:

Egzersiz Tedavisi:

Ev Programı ve Öneriler:

Yapılabilecek Diğer Uygulamalar:

Tedavi Öncesi ve Sonrasındaki Değişimler *(Hastayı önce ve sonra değerlendirme şansınız varsa)**:***

Olgular ile İlgili Diğer Notlarınız