

# BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ

**SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU**

# AMELİYATHANE HİZMETLERİ YAZ STAJI DOSYASI

## ÖĞRENCİNİN

**Adı ve Soyadı: Öğrenci No:**

# BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ

**SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU**

# YAZ STAJI DOSYASI

**Öğrenci Bilgileri**

Adı ve Soyadı :……………………………………. Programı : Ameliyathane Hizmetleri

Öğrenci No :…………………………………….

Akademik Danışman : Öğr. Gör. Dr. Ayşe Gül ATAY DOYĞACI

Yaz Stajı Dönemi: ……………………………………..

(Bu dönem içerisinde kesintisiz 30 iş günü staj yapılması zorunludur.)

**İletişim Bilgileri**

Başkent Üniversitesi

Bağlıca Kampüsü Fatih Sultan Mahallesi

Eskişehir Yolu 18.km TR 06790 Etimesgut / ANKARA

Tel: 0312 246 67 14

0312 246 66 66/6714

**Staj Eğitimi ve Uygulama Kurulu (SEUK) İletişim Bilgileri**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Program Adı** | **Program Sorumlusu** | **İletişim No** | **E-mail** |   |  |
| Ağız ve Diş Sağlığı Programı | Öğr.Gör.Dr. MUHAMMED ENES MARAŞ | 0312 246 6666 /1018 | menesmaras@baskent.edu.tr |   |  |
| Ameliyathane Hizmetleri Programı | Öğr.Gör.Dr. AYŞE GÜL ATAY DOYĞACI | 0312 246 6666 /2192 |  aysegulad@baskent.edu.tr |   |  |
| Anestezi Programı | Dr. Öğr. Üyesi ESİN BAŞARAN | 0312 246 6666/1769 | ebasaran@baskent.edu.tr |   |  |
| Diyaliz Programı | Öğr.Gör.Dr. ÇİĞDEM ÖZDEMİR ELER | 0312 246 6666 /1393 | cigdemo@baskent.edu.tr |   |  |
| Fizyoterapi Programı | Öğr.Gör. YASEMİN KAVUNCUBAŞI GENÇ | 0312 246 6666 /1753 | ykavuncubasigenc@baskent.edu.tr |   |  |
| İlk ve Acil Yardım Programı | Öğr.Gör. SENEM ÇELİK YAVUZ | 0312 246 6666 /2225 | senemcelikyavuz @baskent.edu.tr |   |  |
| İlk ve Acil Yardım Programı (İkinci Öğretim) |   |  |
| İş Sağlığı ve Güvenliği Programı | Öğr.Gör. SALİH KIRKAN | 0312 246 6666 /6714 | salihkirkan@baskent.edu.tr |   |  |
| Patoloji Laboratuvar Teknikleri Programı | Dr. Öğr. Üyesi YASEMİN SEZGİN | 0312 246 6666 /1754 | ysezgin@baskent.edu.tr |   |  |
|  |  |
| Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik Programı | Öğr.Gör. SERAP SALİMOĞLU | 0312 246 6666 /1769 | sbaytar@baskent.edu.tr |  |  |
|  |  |
| Tıbbi Görüntüleme Teknikleri Programı | Öğr.Gör. AYLA KARADUMAN | 0312 246 6666 /1393 | aylakaraduman@baskent.edu.tr |  |  |
| Yaşlı Bakım Programı | Öğr. Gör. HATİCE KÜBRA YURDAKUL | 0312 246 6666 /2078 | hkubrayurdakul@baskent.edu.tr  |  |  |

**Sayın Yönetici,**

Öğrencimizi kabul ederek yapmasına olanak tanıdığınız yaz stajının amacı, öğrencimizin öğrenim süresi içinde kazandığı kuramsal bilgi ve deneyimlerini pekiştirmek; hastane, laboratuar, diyaliz, ambulans, rehabilitasyon vb. uygulamalarında edindiği becerilerini geliştirmek, görev yapacağı sağlık kuruluşlarındaki sorumluluklarını, ilişkilerini, hizmet sunum sürecini ve tıbbi teknolojileri tanımasını sağlamaktır.

Daha iyi elemanlar yetiştirme çabasıyla sizden;

Sağlık kuruluşunuzda staj yapan öğrencinin günlük olarak doldurduğu staj dosyasını, stajın sonunda, teslim aldıktan sonra, siz veya uygun göreceğiniz bir yetkili tarafından aşağıda belirtilen işlemleri yapmanız konusunda yardımlarınız ve katkılarınızı bekler, teşekkürlerimizi sunarız.

* *Staj ve öğrenci değerlendirme formlarının doldurup kaşe basarak imzalamanız,*
* *Öğrencinin günlük olarak yaptığı işleri ve yazdığı staj dosyasındaki bilgileri denetleme yetkinizi kullanmanız,*
* *Staj dosyasının her sayfasını dosyanın denetimini yaptığınız tarihi atarak imzalamanız,*
* ***Staj dosyasını bir zarfa (ağzı kapalı ve mümkünse kaşeli) koyarak öğrenciye vermeniz ya da SHMYO Sekreterliği’ne göndermeniz,***
* ***Stajyer öğrenci işyerinin çalışma koşulları ile disiplin ve iş güvenliğine ilişkin kurallara aykırı davrandığı, izinsiz ve mazeretsiz üç gün üst üste devamsızlık yaptığı takdirde durumu Staj Eğitim ve Uygulama Kurulu’na (SEUK) bildirmeniz beklenmektedir.***

**Sevgili Öğrencimiz,**

Zorunlu yaz stajınızı yaparken özelde size, genelde Yüksekokulumuza ve ilgili sağlık meslek kollarına getireceği yararlar dikkate alınarak aşağıda belirtilen konularda duyarlı olmanız beklenmektedir;

* *İşyerinin çalışma koşulları ile disiplin ve iş güvenliğine ilişkin kurallara titizlikle uyun,*
* *Denetim anında görev yerinizde bulunabilmeniz için, haftada iki gün olan ve ilgili yönetici ile konuşarak saptayacağınız izin gününüzü belirleyin ve devamsızlık yapmayın.*
* *Staj süresi, fiilen yerine getirilen iş günü olarak sayılacağından, zorunlu olmadıkça mazeret izni ve rapor kullanmayınız. Kullanılan rapor ve mazeret izni gün sayısı kadar ek staj telafisi yapmak zorunda kalacaksınız.*
* *Staj dosyasını günlük olarak doldurup stajın bitiminde staj yaptığınız yerin bölüm yöneticinize veriniz.*
* *Yönetici, staj ve öğrenci değerlendirme formlarını doldurarak* ***kaşeleyip imzalayacak ve bir zarf içinde (zarfın ağzı kaşeli ve imzalı)*** *size verecek, bu zarf staj komisyonuna imza karşılığı sizin tarafınızdan teslim edilecektir. Stajın kabulüne veya reddine ilişkin sonuç bilgisi, zarfın tesliminden sonra, formlar ile denetleme raporlarının değerlendirilmesi sonrasında duyurulacaktır.*

***Staj yerinde göstereceğiniz performansın, sizden sonra staj yapacak öğrenciler için referans niteliği taşıyacağı, staj süresince tutum ve davranışlarınızın sorumluluğu size ait olmakla birlikte, sonuçlarının ailenizi ve üniversitemizi etkileyeceği düşüncemizi paylaştığınızdan emin olarak BAŞARILAR DİLERİZ.***

## YAZ STAJI DEĞERLENDİRME FORMU

**Öğrenci bilgileri:**

Adı ve Soyadı Numarası

Programı

: ……………………………………..

: ……………………………………..

: ……………………………………..

Sorumlu Öğretim Elemanının

Adı ve Soyadı :……………………………………... Çalıştığı Bölümler: ………………………………………..

: ……………………………………………..

: ……………………………………………..

: ……………………………………………..

İmzası :

Fotoğraf

**Sağlık kurumu bilgileri:**

**Staj yapılan kurum-kuruluş bilgileri:**

Kurumun Adı

: ……………………………………………………...

Kurumun İletişim Bilgileri

Adres : ……………………………………………………...

……………………………………………………... Telefon / faks numarası : ……………………………………………………...

e-posta Adresi : ……………………………………………………...

Başhekimin/yöneticinin adı ve soyadı: …………………………………………….……

Çalışılan birim-bölüm sorumlusunun adı ve soyadı : …………………………………

…………………………..……………………………...….……..

Staj başlama tarihi : ……………………………………………..

Staj bitirme tarihi

: ……………………………………………..

İmza ve Mühür\*\*

*\* İlgili bütün bölümler stajyer öğrenci tarafından okunaklı şekilde tükenmez kalemle doldurulacaktır.*

*\*\* İmza ve Mühür kısmı eksik olan dosyalar kabul edilmeyecektir.*

Bu bölüm öğrenciler tarafından doldurulacaktır. Haftalık çalışmalar günlük olarak özetlenip yazılacak olup yetkili birim amiri tarafında her hafta sonu imzalanacaktır.

|  |  |
| --- | --- |
| Öğrencinin: | **1. Hafta** |
| Çalıştığı Haftanın Tarihi : |
| Çalıştığı Bölüm ve Alan : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Saatler | Yapılan İşler |
| Pazartesi |  |  |
| Salı |  |  |
| Çarşamba |  |  |
| Perşembe |  |  |
| Cuma |  |  |
| Cumartesi |  |  |

|  |
| --- |
| Onay\* |
| Yetkili Amirin Adı Soyadı : |
| İmza, Mühür ve Tarih : |

*\* Yetkili kişinin adı, soyadı, imzası ve mührü eksiksiz olmalıdır.*

Bu bölüm öğrenciler tarafından doldurulacaktır. Haftalık çalışmalar günlük olarak özetlenip yazılacak olup yetkili birim amiri tarafında her hafta sonu imzalanacaktır.

|  |  |
| --- | --- |
| Öğrencinin: | **2. Hafta** |
| Çalıştığı Haftanın Tarihi : |
| Çalıştığı Bölüm ve Alan : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Günler | Saatler | Yapılan İşler |
| Pazartesi |  |  |
| Salı |  |  |
| Çarşamba |  |  |
| Perşembe |  |  |
| Cuma |  |  |
| Cumartesi |  |  |

|  |
| --- |
| Onay\* |
| Yetkili Amirin Adı Soyadı : |
| İmza, Mühür ve Tarih : |

*\* Yetkili kişinin adı, soyadı, imzası ve mührü eksiksiz olmalıdır.*

Bu bölüm öğrenciler tarafından doldurulacaktır. Haftalık çalışmalar günlük olarak özetlenip yazılacak olup yetkili birim amiri tarafında her hafta sonu imzalanacaktır.

|  |  |
| --- | --- |
| Öğrencinin: | **3. Hafta** |
| Çalıştığı Haftanın Tarihi : |
| Çalıştığı Bölüm ve Alan : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Günler | Saatler | Yapılan İşler |
| Pazartesi |  |  |
| Salı |  |  |
| Çarşamba |  |  |
| Perşembe |  |  |
| Cuma |  |  |
| Cumartesi |  |  |

|  |
| --- |
| Onay\* |
| Yetkili Amirin Adı Soyadı : |
| İmza, Mühür ve Tarih : |

*\* Yetkili kişinin adı, soyadı, imzası ve mührü eksiksiz olmalıdır.*

Bu bölüm öğrenciler tarafından doldurulacaktır. Haftalık çalışmalar günlük olarak özetlenip yazılacak olup yetkili birim amiri tarafında her hafta sonu imzalanacaktır.

|  |  |
| --- | --- |
| Öğrencinin: | **4. Hafta** |
| Çalıştığı Haftanın Tarihi : |
| Çalıştığı Bölüm ve Alan : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Günler | Saatler | Yapılan İşler |
| Pazartesi |  |  |
| Salı |  |  |
| Çarşamba |  |  |
| Perşembe |  |  |
| Cuma |  |  |
| Cumartesi |  |  |

|  |
| --- |
| Onay\* |
| Yetkili Amirin Adı Soyadı : |
| İmza, Mühür ve Tarih : |

*\* Yetkili kişinin adı, soyadı, imzası ve mührü eksiksiz olmalıdır.*

Bu bölüm öğrenciler tarafından doldurulacaktır. Haftalık çalışmalar günlük olarak özetlenip yazılacak olup yetkili birim amiri tarafında her hafta sonu imzalanacaktır.

|  |  |
| --- | --- |
| Öğrencinin: | **5. Hafta** |
| Çalıştığı Haftanın Tarihi : |
| Çalıştığı Bölüm ve Alan : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Günler | Saatler | Yapılan İşler |
| Pazartesi |  |  |
| Salı |  |  |
| Çarşamba |  |  |
| Perşembe |  |  |
| Cuma |  |  |
| Cumartesi |  |  |

|  |
| --- |
| Onay\* |
| Yetkili Amirin Adı Soyadı : |
| İmza, Mühür ve Tarih : |

*\* Yetkili kişinin adı, soyadı, imzası ve mührü eksiksiz olmalıdır.*

Bu bölüm öğrenciler tarafından doldurulacaktır. Haftalık çalışmalar günlük olarak özetlenip yazılacak olup yetkili birim amiri tarafında her hafta sonu imzalanacaktır.

|  |  |
| --- | --- |
| Öğrencinin: | **6. Hafta** |
| Çalıştığı Haftanın Tarihi : |
| Çalıştığı Bölüm ve Alan : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Günler | Saatler | Yapılan İşler |
| Pazartesi |  |  |
| Salı |  |  |
| Çarşamba |  |  |
| Perşembe |  |  |
| Cuma |  |  |
| Cumartesi |  |  |

|  |
| --- |
| Onay\* |
| Yetkili Amirin Adı Soyadı : |
| İmza, Mühür ve Tarih : |

*\* Yetkili kişinin adı, soyadı, imzası ve mührü eksiksiz olmalıdır.*

Bu bölüm öğrenciler tarafından doldurulacaktır. Haftalık çalışmalar günlük olarak özetlenip yazılacak olup yetkili birim amiri tarafında her hafta sonu imzalanacaktır.

|  |  |
| --- | --- |
| Öğrencinin: | **Telafi Günleri (3 gün)** |
| Çalıştığı Haftanın Tarihi : |
| Çalıştığı Bölüm ve Alan : |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Günler | Telafi Nedeni | Saatler | Yapılan İşler |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

***İşyerinin çalışma koşulları ile disiplin ve iş güvenliğine ilişkin kurallara aykırı davrandığınız, izinsiz ve mazeretsiz üç gün üst üste ya da staj dönemi boyunca staj süresinin %10’u oranında devamsızlık yaptığınız takdirde stajınız geçersiz sayılacaktır.***

|  |
| --- |
| Onay\* |
| Yetkili Amirin Adı Soyadı : |
| İmza, Mühür ve Tarih : |

*\* Yetkili kişinin adı, soyadı, imzası ve mührü eksiksiz olmalıdır.*

## ÖĞRENCİNİN GENEL DEĞERLENDİRME TABLOSU

**Lütfen, uygun olan haneleri tablo üzerinde işaretleyiniz.** *(Bu bölüm, stajyer öğrencinin çalışmaları incelendikten ve öğrencinin doldurduğu haftalık çalışma formu değerlendirildikten sonra, birim yetkilisi tarafından doldurulup imzalanacaktır.)*

1. **Davranışlar ve Dış Görünüm**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Çok zayıf:1** | **Zayıf:2** | **Yeterli:3** | **İyi:4** | **Çok iyi:5** |
| **Kendine güven** |  |  |  |  |  |
| **İşe karşı ilgi, özen** |  |  |  |  |  |
| **Forma bütünlüğüne****dikkat etme** |  |  |  |  |  |

1. **İletişim Becerileri**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Çok zayıf:1** | **Zayıf:2** | **Yeterli:3** | **İyi:4** | **Çok iyi:5** |
| **Sağlık ekibi üyeleri ve arkadaşlarıyla iyi bir****iletişim kurabilme** |  |  |  |  |  |
| **Kendini ifade etme** |  |  |  |  |  |

1. **İş Performansı**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Çok zayıf:1** | **Zayıf:2** | **Yeterli:3** | **İyi:4** | **Çok iyi:5** |
| **Kliniğe zamanında gelme** |  |  |  |  |  |
| **Mesleki bilgi ve beceri düzeyi** |  |  |  |  |  |
| **Talimatları yerine getirme** |  |  |  |  |  |
| **Kaynakları etkili kullanma** |  |  |  |  |  |
| **Zamanını etkin kullanabilme** |  |  |  |  |  |

Değerlendirme yapan birim yetkilisinin adı ve soyadı: Kaşesi ve imzası:

Tarih:

## AMELİYATHANE HİZMETLERİ HEDEFLENEN YAZ STAJI UYGULAMALARI

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Uygulamanın Adı** | **Beklenen****En Az Uygulama Sayısı** | **Gerçekleştirilen Uygulama Sayısı** | **BECERİ DÜZEYİ** |
| **Geliştirilmesi Gerekir** | **Yeterli** | **Ustalaşmış** |
| **Hasta Hazırlama** | **20** |  |  |  |  |
| **Hastaya Pozisyon Verme** | **20** |  |  |  |  |
| **Cerrahi Alet Sterilizasyonu** | **20** |  |  |  |  |
| **Cerrahi El Yıkama** | **20** |  |  |  |  |
| **Cerrahi Masa Hazırlama** | **20** |  |  |  |  |
| **Cerrahi Ekibe Katılma** | **Scrup: 5** |  |  |  |  |
| **Sirküler: 15** |  |  |  |  |
| **Ameliyat Malzemelerinin Sayımı** | **20** |  |  |  |  |

Staj Yetkilisi

Ad Soyad / İmza/Kaşe(Mühür)

|  |
| --- |
| **YAZ STAJI DEĞERLENDİRME SONUÇLARI** |
| **Klinik sorumlusunun değerlendirme puanı (100 üzerinden)** |  |
| **Sorumlu öğretim elemanının değerlendirme puanı (100 üzerinden)** |  |
| **TOPLAM** |  |