



**KIRSEHIR AHI EVRAN ÜNİVERSİTESİ**



**T.C.**

**Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi  
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon  
Yüksekokulu**

**2023- 2024 Eğitim Öğretim Yılı**

**421132502 Klinik Yaz Uygulaması Defteri**

**(3. Sınıf)**

**Öğrencinin Adı-Soyadı :**

**Öğrencinin Numarası :**

## ÖĞRENCİ GENEL BİLGİLERİ

Adı-Soyadı :  
No :  
Tel. (Ev) :  
Tel. (Cep) :  
E-mail :  
Adres :

Fotoğraf
----------

## ÖĞRENCİNİN NÜFUS KAYIT BİLGİLERİ

Soyadı		Nüfusa Kayıtlı Olduğu İl	
Adı		İlçe	
Baba Adı		Mahalle – Köy	
Ana Adı		Cilt No	
Doğum Yeri		Aile Sıra No	
Doğum Tarihi		Sıra No	
T.C. Kimlik No		Verildiği Nüfus Dairesi	
N. Cüzdan Seri No		Veriliş Nedeni	
S.G.K. No		Veriliş Tarihi	

## **KLİNİK YAZ UYGULAMASI HÜKÜMLERİ**

### **2024 yılı 3. Sınıf Klinik Yaz Uygulamasının Amacı ve Kapsamı :**

Bu uygulamanın amacı, Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu öğrencilerinin, öğretilen teorik ve pratik bilgilerinin, pratikteki uygulamalarını görmek, aksaklıkları tespit etmek ve daha sonraki mesleki hayatta ve öğrencilik dönemindeki çalışmaları bu bilgi ve deneyimlerin ışığı altında yönlendirmek, öğrencilerin mesleğini tanımalarını sağlamak, üniversite ile sağlık kurumları arasında ilişkiler kurarak bu ilişkinin gelişmesine katkıda bulunmaktır.

### **3. Sınıf Klinik Yaz Uygulaması Yapabilme Şartları :**

Klinik Yaz Stajı II; bu staj yaz kuru olarak açılır ve lisans eğitiminin 6. yarıyılının sonundaki **yaz tatilinde** yapılır. Öğrencinin Klinik Yaz Stajı II'yi yapabilmesi için Klinik Yaz Stajı I ve Fizyoterapide Temel Ölçme ve Değerlendirme, Tedavi Hareketleri Prensipleri, Elektrofiziksel Ajanlar I, Elektrofiziksel Ajanlar II, Manipulatif Teknikler I ve Manipulatif Teknikler II derslerini **başarmış olması gerekmektedir**. Ortopedik Rehabilitasyon, Nörolojik Rehabilitasyon, Pulmoner Rehabilitasyon, Pediatrik Rehabilitasyon, Nörofizyolojik Yaklaşımlar I, Protez ve Rehabilitasyon ve Halk Sağlığında Fizyoterapi ve Rehabilitasyon yukarıda bahsedilen zorunlu **beşinci yarıyıl derslerinden en az altısını başarmış olması gerekmektedir**. Geriatrik Rehabilitasyon, Nörofizyolojik Yaklaşımlar II, Sporda Fizyoterapi, Kardiyak Rehabilitasyon, Ortez ve Rehabilitasyon ve Romatolojik Rehabilitasyon yukarıda bahsedilen zorunlu **altıncı yarıyıl derslerinden en az beşini başarmış olması gerekmektedir**. Öğrenciler bu stajı Yüksekokulumuz Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Tedavi Ünitelerinde ya da Yönetim Kurulu tarafından belirlenen kuruluşlarda yapmak zorundadırlar. Toplam süresi 20 iş günü olan bu stajda günlük çalışma süresi en fazla 8 saat olup, öğrenci kurumun çalışma saatlerine uymak zorundadır.

### **3. Sınıf Klinik Yaz Uygulamasının Yapıldığı Yer, Dönem ve Süresi :**

2024 Dönemi klinik yaz uygulamasının, **Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu/ Hastanesi, devlet hastaneleri, üniversite hastaneleri veya tam teşekküllü hastanelerde** yapılması uygun görülmüştür. Bu kapsamda **kabul onayı** aldığımız ve yüksekokulumuzca onaylanmış ilgili kurumda klinik yaz uygulaması yapılabilecektir. Herhangi bir nedenle kurumda sorumlu fizyoterapistlik yapılamayacaksa, klinik uygulama öğrencisinin başka birimlere, **bilgilendirme doğrultusunda** yönlendirilmesi uygun olacaktır.

Toplam süresi 4 hafta olan 421132502 klinik yaz uygulamasında (3. Sınıf) günlük çalışma süresi klinik uygulama yapılan **kurumun mesai saatleri** doğrultusundadır, öğrenci çalışma saatlerine uymak zorundadır.

### **3. Sınıf Klinik Yaz Uygulaması Devam Zorunluluğu :**

Öğrenciler, klinik uygulama süreleri içerisinde klinik uygulamalarına devam etmek zorundadırlar.

Klinik uygulamaya gelmeme mazereti olan öğrenci, dersten ve klinik uygulamadan sorumlu kişiye ayrı ayrı mazeretini gösterir yazılı veya sözlü olarak bir (1) gün önceden bildirmek zorundadır. Kabul edildiği takdirde telafi yapmak kaydı ile devamsızlık yapabilir. Yönergeye uygun davranmayan (izinsiz) öğrenciler her devamsızlık için '2 gün' telafi yapmak zorundadırlar. Devamsızlıkları % 20' yi geçmeksizin devamsızlık yapan öğrenciler klinik uygulama bitiminde kendileri için hazırlanan telafi programı uyarınca klinik uygulamalarını tamamlamak zorundadırlar.

### **3. Sınıf Klinik Yaz Uygulaması Yapan Öğrencilerin Sorumluluğu :**

Klinik Yaz Uygulaması yapan öğrencilerimiz;

- a) Hekim tarafından teşhisi konmuş hastalara, **sorumlu fizyoterapistin gözetiminde** planlanan fizyoterapi ve rehabilitasyon değerlendirmelerini yapar ve tedavi programını uygular.
- b) Klinik uygulama yaptığı kurumun çalışma ve güvenlik kurallarına uymak ve kullandığı araç ve gereçleri özenle kullanmakla yükümlüdür.
- c) Görev ve sorumluluğu yerine getirmemesinden doğan her türlü sorumluluk öğrenciye ait olup; hakkında "*Yüksek Öğretim Kurumları Öğrenci Disiplin Yönetmeliği*" hükümleri uyarınca işlem yapılır.
- d) Öğrencilerin klinik uygulama yapılan kamu **kurum ve kuruluşlarının kılık kıyafet yönetmeliğine** uygun olacak şekilde giyinmeleri gerekmektedir.
- e) Klinik uygulama yapan öğrenciler, önlüklerinin üzerinde öğrenci olduklarını belirtir yaka kimlik kartlarını taşımak zorundadırlar.
- f) Hastalara ait görsel ve işitsel (fotoğraf, video, ses kaydı vb.) bilgileri **sosyal medyada paylaşmak yasaktır.**

## **Klinik Yaz Uygulamasının Değerlendirilmesi :**

Yüksekokul programında yer alan klinik yaz uygulamanın değerlendirilmesi aşağıda belirtilen şekilde yapılır:

Öğrencilerin klinik yaz uygulaması yaptığı sağlık kurumundaki çalışmalarını, kurum yetkilileri (sorumlu fizyoterapist) tarafından klinik uygulama değerlendirme formları doğrultusunda değerlendirilerek öğrenci için tam not 100 (yüz) üzerinden bir klinik uygulama notu takdir edilir. Klinik Yaz Uygulama notunun 60 (altmış)'ın altında olması halinde öğrenci o klinik yaz uygulamasından başarısız sayılır.

Öğrenci, sorumlu fizyoterapist kontrolünde “Öğrenci Klinik Yaz Uygulaması Defterindeki Olgu Takibi Bölümü” nü istenilene uygun olarak hazırlar.

Yüksekokul Klinik Uygulama Komisyonu tarafından her öğrencinin klinik yaz uygulama defteri ve kapalı zarf ile gelen sorumlu fizyoterapist değerlendirmeleri incelenip 421122501 Klinik Yaz Uygulaması Dersinin geçme notu belirlenecektir.

Klinik yaz uygulama değerlendirmesinin ilgili kısımları (Kurumunuzun ilgili bilgileri, Öğrenciye ait devam çizelgesi, değerlendirme not çizelgesi ve alınan olgulara ait bildirimler kısmı) sorumlu fizyoterapist tarafından imzalanmış olmalıdır.

İlgili Klinik Yaz Uygulama Değerlendirme Formu muayyer gecikmeleri önlemek için Klinik Uygulama öğrencisi aracılığı ile klinik yaz uygulaması başlangıcında sorumlu fizyoterapiste teslim edilecek, klinik yaz uygulama bitiminde (**zarfın üzerini imzalı ve kapalı olmak üzere**) kurumumuza getirilecektir. **Öğrenciler kapalı zarf ve Klinik Yaz Uygulama Defterlerini klinik uygulama bitimini takiben en geç 2 hafta içerisinde şahsen veya posta yolu ile Yüksekokul Klinik Uygulama Komisyonuna teslim etmek zorundadır.**

### **Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi, FTRYO Klinik Yaz Uygulaması Komisyonu:**

- 1- Dr. Öğr. Üyesi Caner KARARTI (Komisyon başkanı)
- 2- Arş. Gör. Seher DURSUN (2. Sınıf Sorumlusu)
- 3- Arş. Gör. Ahmet Raşit DEĞİRMENDERELİ (3.Sınıf Sorumlusu)
- 4- Dr. Öğr. Üyesi Abdulhamit TAYFUR (yedek üye)

**İletişim:** Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon YO. Bağbaşı Mah. Sahir Kurutluoğlu Cad. Bağbaşı Kampüsü 40100 Merkez/Kırşehir

**Tel :** 0386 280 53 66-68

**e-mail:** [ftryo@ahievran.edu.tr](mailto:ftryo@ahievran.edu.tr)

## HAFTALIK KAZANIM ÇİZELGESİ

(Bu kısım uygulama yapan öğrenci tarafından haftalık olarak doldurulacaktır.)

	1. HAFTA	2. HAFTA	3. HAFTA
<b>KAZANIMLAR</b>			
<b>Teorik Bilgi</b> (İlgili haftada öğrendiğiniz teorik bilgilerden kısaca yazın)			
<b>Pratik Bilgi</b> (İlgili haftada pratiğinizi geliştiren bilgileri kısaca anlatın)			
<b>Uygulama</b> (İlgili haftada pratik yapma imkânı bulduğunuz uygulamaları yazın)			
<b>Sözel Sunum</b> (Akademik veya kurum içi eğitim faaliyetleri yapıldıysa veya siz bir sunum yaptıysanız belirtin)			
<b>Diğer</b>			

## ÖĞRENCİ OLGU TAKİBİ

(Bu kısım Klinik Yaz Uygulaması yapan öğrenci tarafından doldurulacak, Uygulama Sorumlusuna onaylatılacaktır. Hasta ismini yazmakta problem olduğu koşullarda hastaya ait ad- soyad baş harfleri kullanılabilir.)

	Gözlemlenen ve Tedavisine Katkıda Bulunulan Hasta	Tanısı
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		

Buradaki hastalar, yukarıda adı geçen öğrencinin klinik aktivitelerini doğru bir şekilde yansıtmaktadır.

Uygulama Sorumlusu Fizyoterapist(Ad-Soyad ve İmza): \_\_\_\_\_

Tarih:

**\*Birebir uygulama yapma imkanı bulduğunuz 10 hastanın hastalığına ait genel bilgi, değerlendirme ve tedavisinde kullandığınız test, ölçüm, uygulama ve ekipman bilgilerini aşağıda açık olarak anlatınız.**

### **OLGU-1**

**Hasta- Tanısı ve Kısa Demografik Bilgileri:**

**Hastalık Genel Bilgileri:**

**Kullanılan Değerlendirme Yöntemleri**



**Tedavi Programı:**

**Tedavi Öncesi ve Sonrasındaki Değişimler:**

**Limitasyonlar:**

## **OLGU-2**

**Hasta- Tanısı ve Kısa Demografik Bilgileri:**

**Hastalık Genel Bilgileri:**

**Kullanılan Değerlendirme Yöntemleri**

**Tedavi Programı:**

**Tedavi Öncesi ve Sonrasındaki Değişimler:**

**Limitasyonlar:**

## **OLGU-3**

**Hasta- Tanısı ve Kısa Demografik Bilgileri:**

**Hastalık Genel Bilgileri:**

**Kullanılan Değerlendirme Yöntemleri**

**Tedavi Programı:**

**Tedavi Öncesi ve Sonrasındaki Değişimler:**

**Limitasyonlar:**

## **OLGU-4**

**Hasta- Tanısı ve Kısa Demografik Bilgileri:**

**Hastalık Genel Bilgileri:**

**Kullanılan Değerlendirme Yöntemleri**

**Tedavi Programı:**

**Tedavi Öncesi ve Sonrasındaki Değişimler:**

**Limitasyonlar:**

## **OLGU-5**

**Hasta- Tanısı ve Kısa Demografik Bilgileri:**

**Hastalık Genel Bilgileri:**

**Kullanılan Değerlendirme Yöntemleri**



**Tedavi Programı:**

**Tedavi Öncesi ve Sonrasındaki Değişimler:**

**Limitasyonlar:**

## **OLGU-6**

**Hasta- Tanısı ve Kısa Demografik Bilgileri:**

**Hastalık Genel Bilgileri:**

**Kullanılan Değerlendirme Yöntemleri**

**Tedavi Programı:**

**Tedavi Öncesi ve Sonrasındaki Değişimler:**

**Limitasyonlar:**

## **OLGU-7**

**Hasta- Tanısı ve Kısa Demografik Bilgileri:**

**Hastalık Genel Bilgileri:**

**Kullanılan Değerlendirme Yöntemleri**

**Tedavi Programı:**

**Tedavi Öncesi ve Sonrasındaki Değişimler:**

**Limitasyonlar:**

## **OLGU-8**

**Hasta- Tanısı ve Kısa Demografik Bilgileri:**

**Hastalık Genel Bilgileri:**

**Kullanılan Değerlendirme Yöntemleri**

**Tedavi Programı:**

**Tedavi Öncesi ve Sonrasındaki Değişimler:**

**Limitasyonlar:**

## **OLGU-9**

**Hasta- Tanısı ve Kısa Demografik Bilgileri:**

**Hastalık Genel Bilgileri:**

**Kullanılan Değerlendirme Yöntemleri**



**Tedavi Programı:**

**Tedavi Öncesi ve Sonrasındaki Değişimler:**

**Limitasyonlar:**

## **OLGU-10**

**Hasta- Tanısı ve Kısa Demografik Bilgileri:**

**Hastalık Genel Bilgileri:**

**Kullanılan Değerlendirme Yöntemleri**

**Tedavi Programı:**

**Tedavi Öncesi ve Sonrasındaki Değişimler:**

**Limitasyonlar:**

## ANALİZ

**(Bu kısım Klinik Yaz Uygulaması bitiminde Klinik Yaz Uygulaması yapan öğrenci tarafından doldurulacaktır.)**

Aşağıdaki sorular klinik yaz uygulamanıza ve klinik yaz uygulama yerinize yönelik değerlendirmeleri içermektedir. Klinik uygulamanızın daha verimli hale getirebilmesi için lütfen aşağıdaki sorulara objektif cevaplar veriniz.

Lütfen aşağıdakileri puanlayın: (5 = mükemmel, 4 = iyi, 3 = orta, 2 = zayıf, 1 = başarısız) ve altına görüşlerinizi belirtin.

a. Mesleğiniz adına klinik yaz uygulamasının sizde bıraktığı genel etki: 1 2 3 4 5

.....

b. Sorumlu fizyoterapistin mesleki bakışınıza katkısı: 1 2 3 4 5

.....

c. Klinik yaz uygulamasının teorik bilginize katkısı: 1 2 3 4 5

.....

d. Klinik yaz uygulamasının pratik bilginize ve klinik karar verme sürecinize katkısı:  
1 2 3 4 5

.....

e. Yeni uygulamaların miktarı: 1 2 3 4 5

.....

f. Klinik yaz uygulamasının amaçlarının karşılanması: 1 2 3 4 5

.....

g. Derste öğrendiklerinizin Klinik yaz uygulamasına katkısı: 1 2 3 4 5

.....

h. Klinik yaz uygulamasının yerinin fiziksel koşulları ve olanakları: 1 2 3 4 5

.....

i. Klinik yaz uygulamasının süresi: 1 2 3 4 5

.....

j. Klinik yaz uygulaması yaptığınız kurumun hasta profili ve çeşitliliği: 1 2 3 4 5

.....

## KLİNİK YAZ UYGULAMASININ DEĞERLENDİRİLMESİ

(Bu kısım KAEÜ FTR YO Klinik Uygulama Komisyonunca doldurulacaktır.)

Klinik Yaz Uygulama Defteri Değerlendirmesi

1. Klinik Yaz Uygulama Defteri Düzeni (10 p) \_\_\_\_\_
2. Klinik Yaz Uygulama Defterinin İçeriği (30 p) \_\_\_\_\_
3. Sorumlu fizyoterapist notunun %60'ı (60 p) \_\_\_\_\_

Klinik Yaz Uygulama Notu: \_\_\_\_\_

İmza ve Kaşe:

Yeterli:

Yetersiz: