



Sivas Cumhuriyet Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü
Uygulama Değerlendirme Formu



Öğrencinin Genel Bilgileri

Adı-Soyadı:
Numarası:
Telefon/ e-mail:
Uygulama Yaptığı Kurum:
Uygulama Yaptığı Birim:
Uygulama Dönemi:

ÖĞRENCİ DEVAM ÇİZELGESİ

	İş Günü			Öğrencinin İmzası	Uygulama Yürütücüsün İmzası
	Tarih	Giriş Saati	Çıkış Saati		
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					



Sivas Cumhuriyet Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü
Uygulama Değerlendirme Formu



ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRME FORMU

Klinik Davranış	Alınan Not
Uygulamaya giriş-çıkış saatlerine riayet	/8
Düzenli ve temiz giyim	/8
Görev ve sorumluluk bilinci: »Hastayı zamanında alma »Tedavi ve değerlendirmeyi güvenli ve düzenli biçimde gerçekleştirme	/8
Hasta ve yakınları ile iletişim: »Nezaket kuralları içinde davranış »Güven duygusu verme »Gizlilik ilkesine uyma	/8
Ünite ve genel sağlık elemanları ile iletişim »Uygulama yürütücüsüne gelebileceği günleri vaktinde bildirme »İzin almadan uygulamaya devamsızlık yapmama » Uygulama yürütücüsüne hastalık hakkında bilgi alma » Uygulama yürütücüsüne hasta ve tedavi hakkında bilgi verme	/8
Klinik Bilgi ve Uygulama	Alınan Not
Değerlendirmede uygun yöntemlerin belirlenmesi Değerlendirme sırasında sözel iletişim kurabilme becerisi Değerlendirmeye yönelik uygun kayıt tutabilme Değerlendirme sonuçlarının uygun analizi ve tedavi programının belirlenmesi Tedavi sonrası değerlendirme sonuçlarını tartışabilme ve yorumlayabilme	/15
Tedavi programını oluşturabilme becerisi Tedavi programını uygulayabilme becerisi Tedavi programında değişim yapabilme becerisi Tedavi amacını hastaya açıklayabilme, uygun öneri ve ev programı verebilme	/15
Üniteye özel vaka ya da konu hazırlama ve sunum becerisi Teorik bilgisini klinik uygulamaya aktarabilme Öğrenme ve bilgiye ulaşma becerisi	/30

"Bu formda yer alan bilgiler, aşağıda adı geçen öğrencinin klinik aktivitelerini doğru bir şekilde yansıtmaktadır."

Öğrencinin yetersizlikleri ve bunları tamamlayabilmesi için öneriler:

Uygulama Yürütücüsü Ad-Soyad/İmza	Uygulama Sorumlusu Ad-Soyad/İmza
---	--

Önemli*** Uygulama dosyasının tüm sayfaları ilgili kişiler tarafından doldurulup imzalandıktan sonra, uygulama bitim tarihinden itibaren 15 gün içerisinde kapalı zarf ile Bölümümüze gönderilmesi rica olunur

Adres: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi - Sağlık Bilimleri Fakültesi - Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü Merkez Kampüsü / SİVAS

İletişim telefon: 0346 487 2065