

T.C.
KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Simav Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü

20... - 20... Eğitim Öğretim Yılı
Yaşlı Bakımı Programı
Staj Dosyası

Staj Yapan Öğrencinin

Adı Soyadı :.....

Öğrenci No :.....

Staj tarihi : .../.../20... - .../.../20...

Staj Yapan Öğrencinin

Adı Soyadı :.....

Öğrenci No :.....

Staj Tarihi : .../.../20... - .../.../20...

Staj Yapılan Kurumun

Adı / Ünvanı :.....

Adresi :.....

Kurum Kaşesi

T.C.
KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Simav Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü

Stajyer Öğrenci Devam Çizelgesi

S. No	Tarih	Staj Yapılan Birim	İmza
1.	.../.../20...		
2.	.../.../20...		
3.	.../.../20...		
4.	.../.../20...		
5.	.../.../20...		
6.	.../.../20...		
7.	.../.../20...		
8.	.../.../20...		
9.	.../.../20...		
10.	.../.../20...		
11.	.../.../20...		
12.	.../.../20...		
13.	.../.../20...		
14.	.../.../20...		
15.	.../.../20...		
16.	.../.../20...		
17.	.../.../20...		
18.	.../.../20...		
19.	.../.../20...		
20.	.../.../20...		

S. No	Tarih	Staj Yapılan Birim	İmza
21.	.../.../20...		
22.	.../.../20...		
23.	.../.../20...		
24.	.../.../20...		
25.	.../.../20...		
26.	.../.../20...		
27.	.../.../20...		
28.	.../.../20...		
29.	.../.../20...		
30.	.../.../20...		
*	.../.../20...		
*	.../.../20...		
*	.../.../20...		
*	.../.../20...		
*	.../.../20...		
*	.../.../20...		
*	.../.../20...		
*	.../.../20...		
*	.../.../20...		
*	.../.../20...		
*	.../.../20...		

*Stajyer öğrencinin izinli veya raporlu olduğu tarihlerde öğrenciler eksik staj iş gününü tamamlamak zorundadırlar. Staj süresi boyunca izin veya rapor süreleri staj iş günü toplamının yarısından fazla olamaz.

Yukarıda kimliği yazılı stajyer öğrenci .../ .../20... ile .../.../20... tarihleri arasında toplam (.....) İş günü yukarıda belirtilen çalışma takvimine uygun olarak kurumumuzda staj çalışmasını yapmıştır.

Kurum Kaşesi :
Kurum Yetkilisi :
(Ad Soyad, Ünvan ve İmza)

HASTA TANILAMA FORMU

Tarih: / /20... Uygulama Yapılan Birim :.....

Öğrencinin Adı Soyadı:.....

Veri Toplama Tarihi:

Hastanın Yatış Tarihi:

Hastanın Yattığı Klinik:

Hastanın Adı Soyadı: Cinsiyeti: Kadın Erkek

Yaşı: Sosyal Güvence:

Medeni Durumu: Çocuk sayısı:

Eğitimi: Mesleği:

Adres:

Bilgi Kaynağı: Kendisi Yakını Sağlık Elemanı Diğer

Hastaneye geliş şekli: Ayakta Tekerlekli sandalye Sedyeye Acil yatış

Tıbbi Tanısı :..... Kan Grubu:.....

Hasta ile ilgilenen kişi:.....

SAĞLIĞIN ALGILANMASI /SAĞLIK YÖNETİMİ

Hastanın yakınması/şikayeti:

Hastalık öyküsü:

Özgeçmiş:

Daha önce hastanede yatmış mı? Evetkez Hayır

Daha önce hastaneye yatış nedeni ve uygulanan tedavi:

Daha önce geçirilmiş olan önemli hastalıkları (Hastalığın adı-Tanı tarihi-Uygulanan tedavi):

Daha önce geçirilmiş olan ameliyatları: (Operasyon adı- Tarih)

Kullandığı ilaçları var mı? Evet Hayır

Cevabı 'Evet' ise kullandığı ilaçlarını yazınız:

Daha önce kullandığı ilaçlarla ilgili herhangi bir problem yaşamış mı? Evet Hayır

İlaçları ile ilgili yaşadığı problem nedir?.....

İlacını/ilaçlarını düzenli alıyor mu? 1. Evet 2. Hayır

Alerjileri var mı? (Var ise belirtiniz): İlaç Besin Toz:
Bilmiyor Diğer

Zararlı alışkanlıkları (sigara,alkol, madde kullanımı) var mı? 1. Evet 2. Hayır / Evet ise belirtiniz.....

Kronik bir hastalığı var mı? Yok Diabetes Mellitus Hipertansiyon Kronik Böbrek yetmezliği (KBY) Demans Kanser Serebrovasküler Hastalık (SVH) Diğer (Belirtin).....

Beslenme Şekli: Oral yol ile Parenteral yol ile Enteral yol ile/Tüp ile

Diyet Şekli : Oral Alım Kapalı Normal Diyet Diyabetik Böbrek yetmezliği diyeti Diyare diyeti diğer (Belirtiniz).....

Yeme Problemleri / Sindirim: Yok Yutma güçlüğü Bulantı-Kusma İştahsızlık Aşırı yeme Abdominal Ağrı Diğer Belirtiniz :

Oral Mukoza: Tam Pembe-Nemli Kuru Ülserasyon Kanama Diğer (Belirtiniz).....

Tırnaklar: Renk..... ..Şekil.....Durum.....Diğer

Tırnak dolum süresi:.....(sn.)

Genel Cilt Rengi/Özellik:

CİLT:

Saçlar: Temiz Hijyen Eksikliği Saç Kaybı Yağlı Lezyon

Ödem: Var Yok Yer (açıklayınız)

Deri Turgoru : Yumuşak/ Esnek Gecikmiş Normal Yer.....

Cilt lezyonu: Yok Var (Süresi (Ne zamandır var?)).....)

Yaranın niteliği: Ülserasyon Ekimoz Cerrahi insizyon Diğer)

Kateter: Foley sonda Santral venöz kateter Dren Diğer

Kateterin takılış zamanı:

Bası Yarası: Var Yok Bası yarasının büyüklüğü:cm

Bası yarasının yeri: İskium/ Sakrum Topuk Dirsek Trokanter
 Diğer (Belirtiniz)

Bası yarasının derecesi:

Evre I:	Ciltte bastırmakla solmayan kızarıklık mevcut, cilt bütünlüğü korunmuş
Evre II:	Epidermis, dermis ya da ikisini birden içeren cilt kaybı. Ülser yüzeyseldir ve klinik görünümü abrazyon, bül ya da sığ bir krater şeklinde olabilir.
Evre III:	Cilt ve ciltaltı dokularında adele fasyasının altına inmeyen tam kayıp. Ülser derin bir krater görünümündedir ve çevre dokularında dekolman gözlemlenebilir.
Evre IV:	İleri derecede doku harabiyeti ve nekrozu ile seyreden tam kalınlıkta cilt kaybı, adele, kemik ya da destek dokuların harabiyeti. Eskar varlığında, doğru evrelendirme ancak eskarın uzaklaştırılmasından sonra yapılabilir.

Bası yarasını önlemek için önlem Alındı mı (Pozisyon verme, havalı yatak vs)? :

Evet (Alınan önlem.....)

Hayır (Alınmama/Alınamama nedeni:.....)

Stoması var mı? 1. Evet (Bakımını kim yapıyor belirtiniz (sağlık personeli, kendisi, yakını vs).....) 2. Hayır

Boşaltım Biçimi : Kendisi/Yardım ile Tuvalete Gidebiliyor Sürgü/Ördek ile Hasta Bezi İdrar sondası var

Abdomen: Yumuşak Yarı yumuşak Gergin Sert Düz Hassas

Defekasyon Sıklığı:

Barsak Eliminasyonu: Problem yok Diyare Konstipasyon Fekal İnkontinans Fekal impekşin

İdrar niteliği: Problem yok Üriner İnkontinans Poliüri Noktüri Anüri İdrar Yolu enfeksiyonu (İYE) Diğer (Belirtiniz).....

Üriner Kateter var mı? : 1.Evet 2.Hayır

Üriner kateter takıma zamanı:.....

Hastanın Yaşam Bulguları:

Ateş: °C

Nabız:/dk

Solunum: /dk

Tansiyon:mmHg

(TA Alındığı Pozisyon: Yatarak Oturarak Ayakta)

Banyo yapma sıklığı:.....gün/hafta

Öksürüğü var mı?: Hayır Evet

Balgam çıkarıyor mu? Hayır Evet(Renk, yoğunluk, miktar vs özelliğini belirtiniz).....

İşitme problemi var mı? Yok Var (Belirtiniz).....

Aldığı oksijen desteğini yazınız: Yok Nazal Kanül/Maske O2 % Mekanik ventilatör Diğer(Belirtiniz).....

Göğüs tüpü: Yok Var

Yardımcı araç kullanımı: Yok Yürüteç/Walker Baston Tekerlekli Sandalye Diğer (Belirtiniz).....

Hastanın bağımlılık düzeyi;

Bağımlı değil Yardım ile hareket edebiliyor Yatağa bağımlı

Yorgunluk hissi: Yok Var Bazen

Beklenen Yorgunluk Skoru (0-10):



UYKU – DİNLENME BİÇİMİ

Ortalama Uyku süresi;saat

Uyku düzeni: Düzenli Düzensiz Aralıklı Aralıksız

Uyku İçin İlaç Kullanımı: Yok Var İlacın Adı.....

BİLİŞSEL ALGILAMA BİÇİMİ

Bilinç Düzeyi: Uyanık Oryante Laterji Koma

Hafıza/hatırmaza zorluk çekiyor mu? 1.Evet 2.Hayır

Görme bozukluğu var mı? 1.Evet 2.Hayır

Görme için bir cihaz kullanıyor mu (Gözlük,lens vs); 1.Evet 2.Hayır

İşitme cihazı kullanıyor mu? 1.Evet 2.Hayır

Bilinç Düzeyini Değerlendirme(Glasgow Koma Skalası)

Glasgow Koma Skalası		
	Yanıt Düzeyi	Puan
Göz Açma	Yok	1
	Ağrılı uyarılara yanıt olarak	2
	Konuşmaya yanıt olarak	3
	Kendiliğinden	4
Motor Yanıt	Yok	1
	Ektensör yanıt	2
	Fleksör	3
	Geri çekme şeklinde	4
	Lokalize edici	5
	İstemli	6
Sözel Yanıt	Yok	1
	Anlaşılmaz sesler	2
	Uygun olmayan yanıt	3
	Dağınık, konfüze yanıt	4
	Orayante yanıt	5
Bireyin/ hastanın toplam Puanı		

Konuşma problemi var mı? 1.Evet 2.Hayır

Ağrı sı var mı? 1.Evet 2.Hayır

Hastanın yaşadığı ağrıya 0-10 arasında kaç verilir?.....

Ağrıya eşlik eden bulgular:

Bulantı-kusma Uykusuzluk Terleme İştahsızlık Fizik aktivitede azalma
Diğer

Hastanın Ağrısını azaltmada kullandığı yöntemler var mı?

Yok Dikkati başka yöne çekme Pozisyon Değişimi Mentol Sıcak Uygulama
Soğuk Uygulama Ilık duş alma Diğer.....

Düşme riski Var (Alınan önlem/Önlemleri belirtin)..... Yok

Kapısında ya da yatak baş ucunda Dört Yapraklı Yonca (Düşme Riski):

Var Yok

T.C.
KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Simav Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü

TARİH:/...../.....	UYGULAMA YAPILAN BİRİM:
BAKIM PLANI	
BİRİM SORUMLUSU	KURUM YETKİLİSİ
Adı Soyadı :	Adı Soyadı :
Ünvanı :	Ünvanı :
İmza :	İmza :

T.C.
KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Simav Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü

YAŞLI BAKIM TEKNİKERİ TANISI	AMAÇ	YAPILABİLECEK GİRİŞİMLER	HASTANIN DEĞERLENDİRİLMESİ

T.C.
KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Simav Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü

YAŞLI BAKIM TEKNİKERİ TANISI	AMAÇ	YAPILABİLECEK GİRİŞİMLER	HASTANIN DEĞERLENDİRİLMESİ

T.C.
KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Simav Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü

YAŞLI BAKIM TEKNİKERİ TANISI	AMAÇ	YAPILABİLECEK GİRİŞİMLER	HASTANIN DEĞERLENDİRİLMESİ