**Hemşirelik Lisans Tamamlama Programı Hemşirelik Esasları**

**Klinik Stajı Uygulaması Beceri Değerlendirme Formu**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Öğrencinin Adı Soyadı:** | **Staj Yapılan Hastane:** | | | |  |  |  |  | **Staj Yapılan Klinik:** | | | |  |  |  |  |
| **Beklenen** | **İmza:** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Girişim** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | **STAJ GÜNLERİ: OCAK 2016** | | | | | | |  |  |  |  |  |
| **Sayısı** | **GİRİŞİMLER** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **04** | **05** | **06** | **07** | **08** | **09** | **10** |  | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** |  |
|  |  |  |  |
| **4** | Hastadan anamnez alınması ve ilgili hemşirelik tanısının |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | belirlenmesi |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **20** | Kan basıncı ölçülmesi ve değerlendirilmesi |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **20** | Vücut sıcaklığı, solunum sayısı ve nabız ölçülmesi |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** | Steril eldiven giyme |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1** | Hazır steril paket açma |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1** | Kişisel koruyucu ekipman giyme ve çıkarma |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** | Oksijen saturasyon ölçümü |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **20** | Ampulden ilaç hazırlama |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **20** | Flakondan ilaç hazırlama |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **10** | İlaç dozu hesaplama |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **10** | Oral ilaç verme- göze/kulağa/buruna/deriye ilaç uygulama |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** | İntramüsküler enjeksiyon |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** | Subkutan enjeksiyon |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** | Üriner katater/sonda uygulama |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1** | Steril idrar örneği alma |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **10** | IV kanül takma |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **10** | IV sıvı infüzyonu uygulama, takibi ve sonlandırılması |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** | IV kanülden puşe yolu ile ilaç uygulama |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **10** | Kan alma |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1** | Kan transfüzyonu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** | Oksijen tedavisi uygulama (Maske- nasal kanül) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** | İnhalasyon ile ilaç uygulama(nebulizatör- Oksijen sistemi v.s.) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1** | Hastanın ambu ile solutulması -Oral airway uygulaması |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1** | Aspirasyon uygulaması (orofarenjial, nazofarenjial, trakeal, |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | endoretkeal) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1** | Trakeostomi bakımı |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1** | Nazogastrik tüp yerleştirme/çıkarma |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1** | Lavman uygulama |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** | Glukometre ile kan şekerini ölçme |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** | Ağız bakımı yapma ve değerlendirme |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** | AÇİT (Aldığı-Çıkardığı Takibi) yapılması |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** | Hastanın yatak içinde hareket ettirilmesi |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **15** | Hastanın teslim alınması ve teslim edilmesi |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Profesyonel görünüm

Klinikte kullanılan ilaçları tanıma ve uygulayabilme

Sağlık ekibi ile uyumlu çalışma/ işbirliği yapma

Hasta ile etkili iletişim kurma/işbirliği yapma

STAJ YOKLAMASI (BU KISIM SORUMLU HEMŞİRE TARAFINDAN

GÜNLÜK İMZALANACAKTIR)



**NOT:** Tabloda yapılan uygulamalar sorumlu hemşire tarafından günlük izlenerek işaretlenecektir. Öğrenci serviste

**Öğrencinin Fotoğrafı**

uygulayamadığı işlemler için diğer servis/birimlere rotasyon ile gönderilebilir. Bu form kapalı zarfta, zarfın ağız kısmı

imzalanarak öğrenciye teslim edilmelidir. Öğrenci tarafından kargo/APS ile 22 Ocak 2015 e kadar gönderilecektir.

**Hastane Başhemşire/ Hemşirelik Hizmetleri Müdürü** **Ünite/Servis Sorumlu Hemşiresi**

**Adı Soyadı:** **Adı Soyadı:**

**İmza:** **İmza:**

Adres: Doç.Dr. Havva ÖZTÜRK, Yrd.Doç.Dr. İlknur KAHRİMAN, Öğr.Gör. Şule Bıyık BAYRAM, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Farabi Cad. 61080 Trabzon. Tel: 0 462 2300476