



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
NAZİLLİ SAĞLIK HİZMETLERİ
MESLEK YÜKSEKOKULU
YAŞLI BAKIM PROGRAMI

STAJ
DEFTERİ



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
NAZİLLİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
STAJ DOSYASI



Öğrencinin Adı Soyadı	:
Bölümü/Programı	: Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü/ Yaşlı Bakım Programı
Numarası	:
İşletme Adı	:
Eğitici Personel	:
Sorumlu Öğretim Elemanı	:
Uygulama Dönemi	: 2025- 2026 – YAZ

Staj Dosyası/...../20..... tarihinde aşağıdaki sorumlular tarafından kabul edilmiştir.

.....
Sorumlu Öğretim Elemanı



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
NAZİLLİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
STAJ SİCİL FORMU

SAYI:
KONU: Zorunlu Staj103 Dersi Hk.

Meslek Yüksekokulumuzun aşağıda ismi belirtilen **Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü** öğrencisi 2025-2026 Eğitim-Öğretim yılı Bahar Yarıyılı Yaz Stajını **20.07.2026-14.08.2026** tarihleri arasında **20 (yirmi) iş günü** boyunca kurumunuzda yapmak istemektedir.

Öğrencimizin, kurumunuzda/hastanenizde belirtilen tarihlerde stajını yapması uygun görüldüğü takdirde, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 5/b maddesi gereğince iş kazası ve meslek hastalığına karşı sigortası Üniversitemiz tarafından karşılanacaktır.

Stajı öğrencinin teknik eğitiminin önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Bu nedenle öğrencimizin, stajı sırasında yakından izlenerek, ilgili kanunlara, kurallara ve kurum içi disiplinlere uymaları hususunda özen gösterilmesini ve staj sonunda aşağıdaki sicil bilgilerinin doldurulması öğrenciye yapılan ödeme varsa Staj Ücretlerine İşsizlik Fonu Katkısı ödemesinin yapılabilmesi için belgeleriyle birlikte en kısa süre içerisinde kurumumuza gönderilmesini hususunda gereğini arz ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı	:	
Numarası	:	
Sınıfı	:	
Stajın Türü	:	Staj103 kodlu Zorunlu Staj Dersi
Stajın Başlama ve Bitiş Tarihi	:	20.07.2026-14.08.2026
Çalışılan Gün Sayısı	:	20 iş günü
Devam Edilmeyen Gün Sayısı	:	
İşyeri Çalışan Sayısı	:	
Yapılan 1.Ödeme Miktarı ve Tarihi (Özel Sektör ise)	: -/...../202.....
Yapılan 2.Ödeme Miktarı ve Tarihi (Özel Sektör ise)	: -/...../202.....
İşletmenin İBAN Numarası (Özel Sektör ise)	:	
İşletmenin Vergi Numarası (Özel Sektör ise)	:	
Gerçek Kişi İşletmelerinde TC Kimlik Numarası (Özel Sektör ise)	:	

FOTOĞRAF

STAJ YAPILAN KURUM TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR

Öğrencinin devam, çalışkanlık, ilgi ve öğrenme isteği, ekip çalışmasına uyumu, işyeri disiplinine uyumu gibi kıstasları dikkate alarak öğrencinin stajını değerlendirip, uygun kutucuğa işaretleyiniz.	DEĞERLENDİRME			
	Çok iyi (85-100)	İyi (70-84)	Orta (50-69)	Yetersiz (0-49)
DEĞERLENDİRME:	()	()	()	()
Stajın Yapıldığı Kurum Bilgileri				
Adı	:			
Adresi	:/...../.....		
Kurum Yetkilisi				
Adı Soyadı	:			
Görevi	:			
Tel	:			
Faks	:			
E-Posta	:			
İmza				
Firma Kaşesi				

SORUMLU ÖĞRETİM ELEMANI TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR

Stajı Kabul Edilmiştir. ()	Kabul Edilmemiştir. ()
İmza (Adı Soyadı, Ünvanı)	Açıklamalar:

STAJ KOMİSYONU TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR

..... İş Günü Stajı Kabul Edilmiştir. ()	Kabul Edilmemiştir. ()
İmza ve Tarih	Staj Komisyon Başkanı (Adı Soyadı, Ünvanı)
Açıklamalar:	



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
NAZİLLİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
İŞ YERİ STAJ DEĞERLENDİRME FORMU

GİZLİ

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı:

Programı:

Sınıf ve Numarası:/.....

Staj süresi: 20 iş günü

Sayın; Firma/Kurum Yetkilisi,

Firmanızda/Kurumunuzda staj programı kapsamında süresini tamamlayan öğrencinin bilgi, beceri ve stajdan yararlanma derecesini ve iletişim becerilerini, değerlendirmek amacıyla aşağıdaki tabloyu özenle doldurduğunuz için teşekkür ederiz.

Staj başlama tarihi:/...../202...		Staj bitirme tarihi:/...../202...	
Sıra No	Değerlendirme Kriterleri	*Değerlendirme Puanı (Rakamla)	*Öğrencinin Değerlendirme Puanı (yazıyla)
1	Mesleki bilgi/beceri	10 (.....)
2	İşe/İşyerine uygun giyinmesi	10 (.....)
3	Çalışma saatlerine uyması	10 (.....)
4	Kendini Geliştirme/Öğrenme İsteği	10 (.....)
5	Araç ve gereç kullanma becerisi	10 (.....)
6	Sorumluluk alması	10 (.....)
7	İletişim Kurma	10 (.....)
8	Kurallara Uyuma	10 (.....)
9	Algılama Gücü ve Problem Çözme yeteneği	10 (.....)
10	Zamanı Uygun ve verimli kullanma	10 (.....)
	**GENEL ORTALAMA PUANI	100 (.....)

Pekiyi + (90-100) AA	Pekiyi (85-89) BA	İyi + (75-84) BB	İyi (70-74) CB	Orta+ (60-69) CC	Orta (55-59) DC	Orta- (50-54) DD	Başarısız (0-49) FF
-------------------------	----------------------	---------------------	-------------------	---------------------	--------------------	---------------------	------------------------

*Lütfen değerlendirme aşamasında her satırı 10 puan üzerinden değerlendiriniz.

***Varsa Önerilerinizi Buraya Yazınız.

.....

Staj Yürütücüsü:

Adı ve Soyadı:

Unvanı:

Kurum/İşyeri

Kaşe/Mühür

Kurum Yetkilisi:

Adı ve Soyadı:

Unvanı:

Kurum/İşyeri

Kaşe/Mühür

NOT: Staj yapılan firma/kurum tarafından doldurulacaktır.



AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
NAZİLLİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
STAJ DEVAM ÇİZELGESİ

Soyadı:Öğrenci No :

İŞ GÜNÜ	TARİH	BAŞLANGIÇ		BİTİŞ		ÇALIŞILAN BİRİM/SERVİS	ŞİFT SORUMLUSU ADI SOYADI VE İMZASI
		SAAT	İMZA	SAAT	İMZA		
1.	.../.../202...						
2.	.../.../202...						
3.	.../.../202...						
4.	.../.../202...						
5.	.../.../202...						
6.	.../.../202...						
7.	.../.../202...						
8.	.../.../202...						
9.	.../.../202...						
10.	.../.../202...						
11.	.../.../202...						
12.	.../.../202...						
13.	.../.../202...						
14.	.../.../202...						
15.	.../.../202...						
16.	.../.../202...						
17.	.../.../202...						
18.	.../.../202...						
19.	.../.../202...						
20.	.../.../202...						

Yukarıda kimliği yazılı öğrenci/.../202.... ile .../.../202.... tarihleri arasında toplam 20 (Yirmi) işgünü staj çalışmasını yapmıştır.

KURUM/İŞ YERİ AMİRİ
(İmza – Mühür)

NOT: Staj yapılan firma/kurum tarafından doldurulacaktır.



AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
NAZİLLİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU

ÖĞRENCİNİN

Adı Soyadı : _____

Öğrenci No : _____

Bölümü/Programı: Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü/ Yaşlı Bakım Programı

Bu kısım öğrenci tarafından doldurulacaktır.

DEĞERLENDİRME TABLOSU: [TOPLAM 100 PUAN]

Staj defterinin kurallara uygun kullanımı (10 PUAN) Süreci açık ve anlaşılır dille ifade etme (3p) Yazım kurallarına dikkat etme (2p) Süreci zamanında teslim etme (5p)	
Günlük raporları uygun ve doğru terminoloji ile ifade etme (Her bir hafta 5 puan üzerinden değerlendirilecektir) (20 PUAN)	
Vaka Sunumu ve Bakım Planlarının Değerlendirilmesi (Her bir vaka 10 puan üzerinden değerlendirilecektir) (40 PUAN)	
Staj yapılan kurum tarafından öğrenci değerlendirmesi (Kurumun verdiği puanın %30'u)	

Bu kısım, stajdan Sorumlu Öğretim Elemanı tarafından doldurulacaktır.





AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
NAZİLLİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
GÜNLÜK STAJ RAPORU

Adı Soyadı:

Programı:

Öğrenci No:

Tarih:

YAPILAN FAALİYETLER:

Tarih:

YAPILAN FAALİYETLER:

İşyeri Staj Sorumlusunun

Adı Soyadı:

Tarih:

İmza:



AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
NAZİLLİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
GÜNLÜK STAJ RAPORU

Adı Soyadı:

Programı:

Öğrenci No:

Tarih:

YAPILAN FAALİYETLER:

Tarih:

YAPILAN FAALİYETLER:

İşyeri Staj Sorumlusunun

Adı Soyadı:

Tarih:

İmza:



AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
NAZİLLİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
GÜNLÜK STAJ RAPORU

Adı Soyadı:

Programı:

Öğrenci No:

Tarih:

YAPILAN FAALİYETLER:

Tarih:

YAPILAN FAALİYETLER:

İşyeri Staj Sorumlusunun

Adı Soyadı:

Tarih:

İmza:



AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
NAZİLLİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
GÜNLÜK STAJ RAPORU

Adı Soyadı:

Programı:

Öğrenci No:

Tarih:

YAPILAN FAALİYETLER:

Tarih:

YAPILAN FAALİYETLER:

İşyeri Staj Sorumlusunun

Adı Soyadı:

Tarih:

İmza:



AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
NAZİLLİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
GÜNLÜK STAJ RAPORU

Adı Soyadı:

Programı:

Öğrenci No:

Tarih:

YAPILAN FAALİYETLER:

Tarih:

YAPILAN FAALİYETLER:

İşyeri Staj Sorumlusunun

Adı Soyadı:

Tarih:

İmza:



AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
NAZİLLİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
GÜNLÜK STAJ RAPORU

Adı Soyadı:

Programı:

Öğrenci No:

Tarih:

YAPILAN FAALİYETLER:

Tarih:

YAPILAN FAALİYETLER:

İşyeri Staj Sorumlusunun

Adı Soyadı:

Tarih:

İmza:



AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
NAZİLLİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
GÜNLÜK STAJ RAPORU

Adı Soyadı:

Programı:

Öğrenci No:

Tarih:

YAPILAN FAALİYETLER:

Tarih:

YAPILAN FAALİYETLER:

İşyeri Staj Sorumlusunun

Adı Soyadı:

Tarih:

İmza:



AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
NAZİLLİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
GÜNLÜK STAJ RAPORU

Adı Soyadı:

Programı:

Öğrenci No:

Tarih:

YAPILAN FAALİYETLER:

Tarih:

YAPILAN FAALİYETLER:

İşyeri Staj Sorumlusunun

Adı Soyadı:

Tarih:

İmza:



AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
NAZİLLİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
GÜNLÜK STAJ RAPORU

Adı Soyadı:
Programı:
Öğrenci No:

Tarih:
YAPILAN FAALİYETLER:

Tarih:
YAPILAN FAALİYETLER:

İşyeri Staj Sorumlusunun
Adı Soyadı:
Tarih:
İmza:



AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
NAZİLLİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
GÜNLÜK STAJ RAPORU

Adı Soyadı:

Programı:

Öğrenci No:

Tarih:

YAPILAN FAALİYETLER:

Tarih:

YAPILAN FAALİYETLER:

İşyeri Staj Sorumlusunun

Adı Soyadı:

Tarih:

İmza:



AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
NAZİLLİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU

1. HAFTA VAKA SUNUMU

Yönerge: Her beş günde bir vaka seçerek hastanız hakkındaki anemnez bilgilerini ve bakım formunu aşağıdaki tablolara doldurunuz.

1. OLGU SUNUMU

Adı -Soyadı:	Yatış Tarihi:	Servis:
Doğum Yeri:	Doğum Tarihi/Yaşı:	
Cinsiyeti: <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek	Medeni Durumu:	
Bilgi Alınan Kişi (Kendisi, Dosya, diğer):	Eğitim Durumu:	

II. Sağlık/Hastalık Öyküsü

Tıbbi Tanısı:
Hastaneye Yatış Nedeni: <input type="checkbox"/> Tetkik <input type="checkbox"/> Tanı <input type="checkbox"/> Tıbbi Tedavi <input type="checkbox"/> Cerrahi Tedavi <input type="checkbox"/> Rehabilitasyon
Geldiği Yer: <input type="checkbox"/> Yoğun Bakım <input type="checkbox"/> Poliklinik <input type="checkbox"/> Acil Servis <input type="checkbox"/> Ev <input type="checkbox"/> Diğer
Hastaneye Geliş Şekli: <input type="checkbox"/> Yürüyerek <input type="checkbox"/> Tekerlekli Sandalye <input type="checkbox"/> Sedye <input type="checkbox"/> Diğer
Hastanın yakıması (hastaneye geliş şikayetleri, başlangıcı ve süresi vb.):

I. Tanıtıcı Bilgiler

III. Özgeçmiş

Geçirdiği Hastalıklar:	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var(Belirtiniz):
Geçirdiği Ameliyatlar	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var(Belirtiniz):
Geçirdiği Kazalar	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var(Belirtiniz):
Bulaşıcı Hastalığı	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var(Belirtiniz):
Allerjileri(ilaç, besin, flaster, boya..)	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var(Belirtiniz):
Kan Grubu	

Sürekli Kullandığı İlaçlar: Yok Var (Aşağıdaki tabloda açıklayınız)

İlacın Adı ve Dozu	Kullanım Süresi	Sıklığı	Alınış Yolu	Etkisi

Alışkanlıklar: Yok Var (Aşağıdaki tabloda açıklayınız)

<input type="checkbox"/> Sigara	Miktarı:	Kullanım Süresi:
<input type="checkbox"/> Alkol	Miktarı:	Kullanım Süresi:
<input type="checkbox"/> Diğer (çay, kahve vb.):	Miktarı:	Kullanım Süresi:

IV.Soygeçmiş(AilesindeDiyabet,Hipertansiyon, Kanser, Kalp Hastalığı, Epilepsi, Alerji Hastalığıvar mı?)

Yok Var (Aşağıdaki tabloda açıklayınız)

Yakınlık Derecesi	Tanısı

TIBBİ TANI VE BAKIM BİLGİSİ

TIBBİ TANI:

ETİYOLOJİ:

FİZYOPATOLOJİ:

BELİRTİ VE BULGULAR:

TANI TESTLERİ:

TEDAVİ:

KOMPLİKASYONLAR:

TIBBİ TANIYA ÖZGÜ BAKIM:

Hastanın Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'ne Göre Değerlendirilmesi

1. Sağlığı Algılama - Sağlık Yönetimi:

2. Beslenme - Metabolik Durum:

3. Boşaltım:

4. Hareket - Aktivite:

5. Uyku - Dinlenme:

6. Bilişsel Algılama:

7. Kendini Algılama - Benlik:

8. Rol - İlişki:

9. Cinsellik- Üreme:

10. 10. Baş Etme- Stres Toleransı:

11. İnanç-Deđer:

BAKIM PLANI

TARİH	BAKIM TANISI			PLANLAMA		UYGULAMA (+/-)	DEĞERLENDİRME
	Etyolojik Faktör (SebeP)	Tanı Adı	Tanımlayıcı Özellikleri (Belirti ve Bulgular)	Amaç (-mek, -mak)	Bakım Girişimleri (-ecek/acak)		

BAKIM PLANI

TARİH	BAKIM TANISI			PLANLAMA		UYGULAMA (+/-)	DEĞERLENDİRME
	Etyolojik Faktör (SebeP)	Tanı Adı	Tanımlayıcı Özellikleri (Belirti ve Bulgular)	Amaç (-mek, -mak)	Bakım Girişimleri (-ecek/acak)		

BAKIM PLANI**BAKIM TANISI****PLANLAMA**

TARİH	BAKIM TANISI			PLANLAMA		UYGULAMA (+/-)	DEĞERLENDİRME
	Etyolojik Faktör (Sebep)	Tanı Adı	Tanımlayıcı Özellikleri (Belirti ve Bulgular)	Amaç (-mek, -mak)	Bakım Girişimleri (-ecek/acak)		



**AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
NAZİLLİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
BAKIM SÜRECİNİ UYGULAMA BECERİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ (10 puan)**

A. SORUN SAPTAMA BAKIM TANISI (4 puan)

- Bütüncül yaklaşım doğrultusunda gereksinimlere yönelik yeterli ve doğru veri toplama (1p)
- Bakım tanısını belirleme ve doğru ifade etme (1p)
- Sorunları öncelik sırasına koyma (önce var olan, sonra olası sorunlar) (1p)
- Sorunlara yönelik belirleyici kriterler (etiyoloji ve semptom) yazma (1p)

B. SORUNA YÖNELİK AMAÇ BELİRLEME (2 puan)

- Hastaya özgü ve sorun ile ilgili olma (1p)
- Amacın açık, gerçekçi, ölçülebilir ve ulaşılabilir (öğrencinin ve hastanın yapabileceği) olması (1p)

C. PLANLAMA VE UYGULAMA (3 puan)

- Hedefe yönelik girişimleri yeterli ve doğru belirleme (1p)
- Planlanan girişimlerde saat ve sıklık belirtilmesi (1p)
- Girişimlerin gerçekçi olması (1p)

D. DEĞERLENDİRME (1 puan)

Soruna yönelik doğru değerlendirme yapma (belirlenen hedefe ulaşmış ulaşılmadığı, ulaşılmadıysa nedeni, tekrar planlama gerekip gerekmediği) (1p)

Toplam Puan:

Genel Yorum:



AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
NAZİLLİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU

2. HAFTA VAKA SUNUMU

Yönerge: Her beş günde bir vaka seçerek hastanız hakkındaki anemnez bilgilerinizi ve bakım formunu aşağıdaki tablolara doldurunuz.

2. OLGU SUNUMU

Adı -Soyadı:	Yatış Tarihi:	Servis:
Doğum Yeri:	Doğum Tarihi/Yaşı:	
Cinsiyeti: <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek	Medeni Durumu:	
Bilgi Alınan Kişi (Kendisi, Dosya, diğer):	Eğitim Durumu:	

II. Sağlık/Hastalık Öyküsü

Tıbbi Tanısı:
Hastaneye Yatış Nedeni: <input type="checkbox"/> Tetkik <input type="checkbox"/> Tanı <input type="checkbox"/> Tıbbi Tedavi <input type="checkbox"/> Cerrahi Tedavi <input type="checkbox"/> Rehabilitasyon
Geldiği Yer: <input type="checkbox"/> Yoğun Bakım <input type="checkbox"/> Poliklinik <input type="checkbox"/> Acil Servis <input type="checkbox"/> Ev <input type="checkbox"/> Diğer
Hastaneye Geliş Şekli: <input type="checkbox"/> Yürüyerek <input type="checkbox"/> Tekerlekli Sandalye <input type="checkbox"/> Sedyeye <input type="checkbox"/> Diğer
Hastanın yakınması (hastaneye geliş şikayetleri, başlangıcı ve süresi vb.):

I. Tanıtıcı Bilgiler

III. Özgeçmiş

Geçirdiği Hastalıklar:	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var(Belirtiniz):
Geçirdiği Ameliyatlar	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var(Belirtiniz):
Geçirdiği Kazalar	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var(Belirtiniz):
Bulaşıcı Hastalığı	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var(Belirtiniz):
Allerjileri(ilâç, besin, flaster, boya..)	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var(Belirtiniz):
Kan Grubu	

Sürekli Kullandığı İlaçlar: Yok Var (Aşağıdaki tabloda açıklayınız)

İlacın Adı ve Dozu	Kullanım Süresi	Sıklığı	Alınış Yolu	Etkisi

Alışkanlıklar: Yok Var (Aşağıdaki tabloda açıklayınız)

<input type="checkbox"/> Sigara	Miktarı:	Kullanım Süresi:
<input type="checkbox"/> Alkol	Miktarı:	Kullanım Süresi:
<input type="checkbox"/> Diğer (çay, kahve vb.):	Miktarı:	Kullanım Süresi:

IV.Soygeçmiş(AilesindeDiyabet,Hipertansiyon, Kanser, Kalp Hastalığı, Epilepsi, Alerji Hastalığıvar mı?)

Yok Var (Aşağıdaki tabloda açıklayınız)

Yakınlık Derecesi	Tanısı

TIBBİ TANI VE BAKIM BİLGİSİ

TIBBİ TANI:

ETİYOLOJİ:

FİZYOPATOLOJİ:

BELİRTİ VE BULGULAR:

TANI TESTLERİ:

TEDAVİ:

KOMPLİKASYONLAR:

TIBBİ TANIYA ÖZGÜ BAKIM:

Hastanın Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'ne Göre Değerlendirilmesi

3. Sağlığı Algılama - Sağlık Yönetimi:

4. Beslenme - Metabolik Durum:

12. Boşaltım:

13. Hareket - Aktivite:

14. Uyku - Dinlenme:

15. Bilişsel Algılama:

16. Kendini Algılama - Benlik:

17. Rol - İlişki:

18. Cinsellik- Üreme:

19. 10. Baş Etme- Stres Toleransı:

20. İnanç-Deęer:

BAKIM PLANI

TARİH	BAKIM TANISI			PLANLAMA		UYGULAMA (+/-)	DEĞERLENDİRME
	Etyolojik Faktör (SebeP)	Tanı Adı	Tanımlayıcı Özellikleri (Belirti ve Bulgular)	Amaç (-mek, -mak)	Bakım Girişimleri (-ecek/acak)		

BAKIM PLANI

TARİH	BAKIM TANISI			PLANLAMA		UYGULAMA (+/-)	DEĞERLENDİRME
	Etyolojik Faktör (SebeP)	Tam Adı	Tanımlayıcı Özellikleri (Belirti ve Bulgular)	Amaç (-mek, -mak)	Bakım Girişimleri (-ecek/acak)		

BAKIM PLANI

TARİH	BAKIM TANISI			PLANLAMA		UYGULAMA (+/-)	DEĞERLENDİRME
	Etyolojik Faktör (Sebep)	Tanı Adı	Tanımlayıcı Özellikleri (Belirti ve Bulgular)	Amaç (-mek, -mak)	Bakım Girişimleri (-ecek/acak)		



**AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
NAZİLLİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
BAKIM SÜRECİNİ UYGULAMA BECERİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ (10 puan)**

B. SORUN SAPTAMA BAKIM TANISI (4 puan)

- Bütüncül yaklaşım doğrultusunda gereksinimlere yönelik yeterli ve doğru veri toplama (1p)
- Bakım tanısını belirleme ve doğru ifade etme (1p)
- Sorunları öncelik sırasına koyma (önce var olan, sonra olası sorunlar) (1p)
- Sorunlara yönelik belirleyici kriterler (etiyoloji ve semptom) yazma (1p)

B. SORUNA YÖNELİK AMAÇ BELİRLEME (2 puan)

- Hastaya özgü ve sorun ile ilgili olma (1p)
- Amacın açık, gerçekçi, ölçülebilir ve ulaşılabilir (öğrencinin ve hastanın yapabileceği) olması (1p)

D. PLANLAMA VE UYGULAMA (3 puan)

- Hedefe yönelik girişimleri yeterli ve doğru belirleme (1p)
- Planlanan girişimlerde saat ve sıklık belirtilmesi (1p)
- Girişimlerin gerçekçi olması (1p)

D. DEĞERLENDİRME (1 puan)

Soruna yönelik doğru değerlendirme yapma (belirlenen hedefe ulaşım ulaşılmadığı, ulaşılmadıysa nedeni, tekrar planlama gerekip gerekmediği) (1p)

Toplam Puan:

Genel Yorum:



AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
NAZİLLİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU

3. HAFTA VAKA SUNUMU

Yönerge: Her beş günde bir vaka seçerek hastanız hakkındaki anemnez bilgilerini ve bakım formunu aşağıdaki tablolara doldurunuz.

3. OLGU SUNUMU

Adı -Soyadı:	Yatış Tarihi:	Servis:
Doğum Yeri:	Doğum Tarihi/Yaşı:	
Cinsiyeti: <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek	Medeni Durumu:	
Bilgi Alınan Kişi (Kendisi, Dosya, diğer):	Eğitim Durumu:	

II. Sağlık/Hastalık Öyküsü

Tıbbi Tanısı:	
Hastaneye Yatış Nedeni:	<input type="checkbox"/> Tetkik <input type="checkbox"/> Tanı <input type="checkbox"/> Tıbbi Tedavi <input type="checkbox"/> Cerrahi Tedavi <input type="checkbox"/> Rehabilitasyon
Geldiği Yer:	<input type="checkbox"/> Yoğun Bakım <input type="checkbox"/> Poliklinik <input type="checkbox"/> Acil Servis <input type="checkbox"/> Ev <input type="checkbox"/> Diğer
Hastaneye Geliş Şekli:	<input type="checkbox"/> Yürüyerek <input type="checkbox"/> Tekerlekli Sandalye <input type="checkbox"/> Sedye <input type="checkbox"/> Diğer
Hastanın yakınması (hastaneye geliş şikayetleri, başlangıcı ve süresi vb.):	

I. Tanıtıcı Bilgiler

III. Özgeçmiş

Geçirdiği Hastalıklar:	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var(Belirtiniz):
Geçirdiği Ameliyatlar	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var(Belirtiniz):
Geçirdiği Kazalar	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var(Belirtiniz):
Bulaşıcı Hastalığı	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var(Belirtiniz):
Allerjileri(ilâç, besin, flaster, boya..)	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var(Belirtiniz):
Kan Grubu	

Sürekli Kullandığı İlaçlar: Yok Var (Aşağıdaki tabloda açıklayınız)

İlacın Adı ve Dozu	Kullanım Süresi	Sıklığı	Alınış Yolu	Etkisi

Alışkanlıklar: Yok Var (Aşağıdaki tabloda açıklayınız)

<input type="checkbox"/> Sigara	Miktarı:	Kullanım Süresi:
<input type="checkbox"/> Alkol	Miktarı:	Kullanım Süresi:
<input type="checkbox"/> Diğer (çay, kahve vb.):	Miktarı:	Kullanım Süresi:

IV.Soygeçmiş(AilesindeDiyabet,Hipertansiyon, Kanser, Kalp Hastalığı, Epilepsi, Alerji Hastalığıvar mı?)

Yok Var (Aşağıdaki tabloda açıklayınız)

Yakınlık Derecesi	Tanısı

TIBBİ TANI VE BAKIM BİLGİSİ

TIBBİ TANI:

ETİYOLOJİ:

FİZYOPATOLOJİ:

BELİRTİ VE BULGULAR:

TANI TESTLERİ:

TEDAVİ:

KOMPLİKASYONLAR:

TIBBİ TANIYA ÖZGÜ BAKIM:

Hastanın Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'ne Göre Değerlendirilmesi

5. Sağlığı Algılama - Sağlık Yönetimi:

6. Beslenme - Metabolik Durum:

21. Boşaltım:

22. Hareket - Aktivite:

23. Uyku - Dinlenme:

24. Bilişsel Algılama:

25. Kendini Algılama - Benlik:

26. Rol - İlişki:

27. Cinsellik- Üreme:

28. 10. Baş Etme- Stres Toleransı:

29. İnanç-Deęer:

BAKIM PLANI

TARİH	BAKIM TANISI			PLANLAMA		UYGULAMA (+/-)	DEĞERLENDİRME
	Etyolojik Faktör (SebeP)	Tanı Adı	Tanımlayıcı Özellikleri (Belirti ve Bulgular)	Amaç (-mek, -mak)	Bakım Girişimleri (-ecek/acak)		

BAKIM PLANI

TARİH	BAKIM TANISI			PLANLAMA		UYGULAMA (+/-)	DEĞERLENDİRME
	Etyolojik Faktör (SebeP)	Tanı Adı	Tanımlayıcı Özellikleri (Belirti ve Bulgular)	Amaç (-mek, -mak)	Bakım Girişimleri (-ecek/acak)		

BAKIM PLANI**BAKIM TANISI****PLANLAMA**

TARİH	BAKIM TANISI			PLANLAMA		UYGULAMA (+/-)	DEĞERLENDİRME
	Etyolojik Faktör (SebeP)	Tanı Adı	Tanımlayıcı Özellikleri (Belirti ve Bulgular)	Amaç (-mek, -mak)	Bakım Girişimleri (-ecek/acak)		



AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
NAZİLLİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
BAKIM SÜRECİNİ UYGULAMA BECERİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ (10 puan)

C. SORUN SAPTAMA BAKIM TANISI (4 puan)

- Bütüncül yaklaşım doğrultusunda gereksinimlere yönelik yeterli ve doğru veri toplama (1p)
- Bakım tanısını belirleme ve doğru ifade etme (1p)
- Sorunları öncelik sırasına koyma (önce var olan, sonra olası sorunlar) (1p)
- Sorunlara yönelik belirleyici kriterler (etiyooloji ve semptom) yazma (1p)

B. SORUNA YÖNELİK AMAÇ BELİRLEME (2 puan)

- Hastaya özgü ve sorun ile ilgili olma (1p)
- Amacın açık, gerçekçi, ölçülebilir ve ulaşılabilir (öğrencinin ve hastanın yapabileceği) olması (1p)

E. PLANLAMA VE UYGULAMA (3 puan)

- Hedefe yönelik girişimleri yeterli ve doğru belirleme (1p)
- Planlanan girişimlerde saat ve sıklık belirtilmesi (1p)
- Girişimlerin gerçekçi olması (1p)

D. DEĞERLENDİRME (1 puan)

Soruna yönelik doğru değerlendirme yapma (belirlenen hedefe ulaşım ulaşılmadığı, ulaşılmadıysa nedeni, tekrar planlama gerekip gerekmediği) (1p)

Toplam Puan:

Genel Yorum:



AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
NAZİLLİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU

4. HAFTA VAKA SUNUMU

Yönerge: Her beş günde bir vaka seçerek hastanız hakkındaki anemnez bilgilerini ve bakım formunu aşağıdaki tablolara doldurunuz.

4. OLGU SUNUMU

Adı -Soyadı:	Yatış Tarihi:	Servis:
Doğum Yeri:	Doğum Tarihi/Yaşı:	
Cinsiyeti: <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek	Medeni Durumu:	
Bilgi Alınan Kişi (Kendisi, Dosya, diğer):	Eğitim Durumu:	

II. Sağlık/Hastalık Öyküsü

Tıbbi Tanısı:	
Hastaneye Yatış Nedeni:	<input type="checkbox"/> Tetkik <input type="checkbox"/> Tanı <input type="checkbox"/> Tıbbi Tedavi <input type="checkbox"/> Cerrahi Tedavi <input type="checkbox"/> Rehabilitasyon
Geldiği Yer:	<input type="checkbox"/> Yoğun Bakım <input type="checkbox"/> Poliklinik <input type="checkbox"/> Acil Servis <input type="checkbox"/> Ev <input type="checkbox"/> Diğer
Hastaneye Geliş Şekli:	<input type="checkbox"/> Yürüyerek <input type="checkbox"/> Tekerlekli Sandalye <input type="checkbox"/> Sedye <input type="checkbox"/> Diğer
Hastanın yakınması (hastaneye geliş şikayetleri, başlangıcı ve süresi vb.):	

I. Tanıtıcı Bilgiler

III. Özgeçmiş

Geçirdiği Hastalıklar:	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var(Belirtiniz):
Geçirdiği Ameliyatlar	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var(Belirtiniz):
Geçirdiği Kazalar	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var(Belirtiniz):
Bulaşıcı Hastalığı	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var(Belirtiniz):
Allerjileri(ilâç, besin, flaster, boya..)	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var(Belirtiniz):
Kan Grubu	

Sürekli Kullandığı İlaçlar: Yok Var (Aşağıdaki tabloda açıklayınız)

İlacın Adı ve Dozu	Kullanım Süresi	Sıklığı	Alınış Yolu	Etkisi

Alışkanlıklar: Yok Var (Aşağıdaki tabloda açıklayınız)

<input type="checkbox"/> Sigara	Miktarı:	Kullanım Süresi:
<input type="checkbox"/> Alkol	Miktarı:	Kullanım Süresi:
<input type="checkbox"/> Diğer (çay, kahve vb.):	Miktarı:	Kullanım Süresi:

IV.Soygeçmiş(AilesindeDiyabet,Hipertansiyon, Kanser, Kalp Hastalığı, Epilepsi, Alerji Hastalığıvar mı?)

Yok Var (Aşağıdaki tabloda açıklayınız)

Yakınlık Derecesi	Tanısı

TIBBİ TANI VE BAKIM BİLGİSİ

TIBBİ TANI:

ETİYOLOJİ:

FİZYOPATOLOJİ:

BELİRTİ VE BULGULAR:

TANI TESTLERİ:

TEDAVİ:

KOMPLİKASYONLAR:

TIBBİ TANIYA ÖZGÜ BAKIM:

Hastanın Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'ne Göre Değerlendirilmesi

7. Sağlığı Algılama - Sağlık Yönetimi:

8. Beslenme - Metabolik Durum:

30. Boşaltım:

31. Hareket - Aktivite:

32. Uyku - Dinlenme:

33. Bilişsel Algılama:

34. Kendini Algılama - Benlik:

35. Rol - İlişki:

36. Cinsellik- Üreme:

37. 10. Baş Etme- Stres Toleransı:

38. İnanç-Deđer:

BAKIM PLANI

TARİH	BAKIM TANISI			PLANLAMA		UYGULAMA (+/-)	DEĞERLENDİRME
	Etyolojik Faktör (SebeP)	Tanı Adı	Tanımlayıcı Özellikleri (Belirti ve Bulgular)	Amaç (-mek, -mak)	Bakım Girişimleri (-ecek/acak)		

BAKIM PLANI

TARİH	BAKIM TANISI			PLANLAMA		UYGULAMA (+/-)	DEĞERLENDİRME
	Etyolojik Faktör (SebeP)	Tanı Adı	Tanımlayıcı Özellikleri (Belirti ve Bulgular)	Amaç (-mek, -mak)	Bakım Girişimleri (-ecek/acak)		

BAKIM PLANI

TARİH	BAKIM TANISI			PLANLAMA		UYGULAMA (+/-)	DEĞERLENDİRME
	Etyolojik Faktör (SebeP)	Tanı Adı	Tanımlayıcı Özellikleri (Belirti ve Bulgular)	Amaç (-mek, -mak)	Bakım Girişimleri (-ecek/acak)		



**AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
NAZİLLİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
BAKIM SÜRECİNİ UYGULAMA BECERİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ (10 puan)**

D. SORUN SAPTAMA BAKIM TANISI (4 puan)

- Bütüncül yaklaşım doğrultusunda gereksinimlere yönelik yeterli ve doğru veri toplama (1p)
- Bakım tanısını belirleme ve doğru ifade etme (1p)
- Sorunları öncelik sırasına koyma (önce var olan, sonra olası sorunlar) (1p)
- Sorunlara yönelik belirleyici kriterler (etiyojoloji ve semptom) yazma (1p)

B. SORUNA YÖNELİK AMAÇ BELİRLEME (2 puan)

- Hastaya özgü ve sorun ile ilgili olma (1p)
- Amacın açık, gerçekçi, ölçülebilir ve ulaşılabilir (öğrencinin ve hastanın yapabileceği) olması (1p)

F. PLANLAMA VE UYGULAMA (3 puan)

- Hedefe yönelik girişimleri yeterli ve doğru belirleme (1p)
- Planlanan girişimlerde saat ve sıklık belirtilmesi (1p)
- Girişimlerin gerçekçi olması (1p)

D. DEĞERLENDİRME (1 puan)

Soruna yönelik doğru değerlendirme yapma (belirlenen hedefe ulaşım ulaşılmadığı, ulaşılmadıysa nedeni, tekrar planlama gerekip gerekmediği) (1p)

Toplam Puan:

Genel Yorum:

BAKIM PLANI HAZIRLANIRKEN DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR

1. Veri toplama aşamasında dikkatli olunmalı hastanın tüm problemlerini kapsayan ayrıntılı veri toplama yapılmalıdır.
2. Veriler toplanırken belirlenen problemlerin tamamı bakım planı bölümünde mutlaka yer verilmelidir.
3. Hastanın ilaçlarının tümü ayrıntılı olarak incelenmelidir.
4. Bakım tanılarını, mutlaka semptom ve etiyolojisi ile birlikte yazınız.
5. Bakım planlarında ortak bir dil kullanılması gerektiğinden, AMAÇ bölümünde mek-mak eklerini kullanınız.
6. Amacınızı yazarken, genel olarak tanıda belirtilen problemi ortadan kaldırmak veya mümkün olan en az düzeye indirmek anlamına gelen basit ve net ifadeler kullanınız.
7. Planlanan bakım girişimleri bölümüne henüz plan aşamasındaki bilgilerinizi yazmanız gerektiğinden ifadeler ecek-acak eki ile bitirilmelidir. Bu bölüm hastaya özel olarak bireyselleştirilmelidir. Kitaplarda yer alan bakım planı örneklerinden faydalanılmalı ancak sadece bakım verdiğiniz hastada var olan gerçek durumlara yönelik çözüm önerilerine yer verilmelidir. Bu bölüm mümkün olduğunca ayrıntılı olarak hazırlanmalıdır.
8. İfadeler somut olmalı öneriler açıkça yazılmalıdır. Örneğin bol sıvı alınması ifadesinde “bol” un ne kadar olduğu açıkça belirtilmelidir. Sık sık ağız bakımı verilecek ifadesinde ne kadar sık olduğu belli değildir. 2x1 denilebilir. Uygun pozisyon verilecek ifadesinde hangi pozisyonun uygun olduğu bilinmemektedir. Diğer bir örnekte “hastaya lifli gıdalar önerilecek” ifadesinde bunların neler olduğu belli değildir. Hastalara yapılacak önerilerde herkesin anlayabileceği ifadelerden yararlanılmalıdır. Örneğin “2000 cc sıvı alımı önerilecek” ifadesinde “cc” herkesçe anlaşılabilir. En iyisi bardak hesabı ile belirtilmesidir.
9. Uygulama basamağında; planlanan uygulama yapılabilir ise +, yapılamadı ise – işareti her madde için işaretlenmelidir.
10. Değerlendirme basamağında “Tanı ile ilgili son durum nedir? Hastanın son durumunu ortaya koyan objektif veriler nelerdir? Sorularına yanıt verilmelidir.



AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
NAZİLLİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
STAJ KOMİSYON KARARI

2025/2026 Eğitim Öğretim Yılı Bahar Yarıyılı sonunda **20.07.2026-14.08.2026** tarihleri arasında Yaz stajı yapacak olan öğrencilerimiz için aşağıdaki tabloda belirtilen hastane klinikleri, kurumlar veya bunlara bağlı bulunan birim isimleri öncelik sırası dikkate alınarak Stajı yapılmasına, Başvuru belgelerindeki imza süreçleri bitiminden itibaren en geç **15.06.2026** tarihine kadar Nazilli Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrenci İşlerine imza karşılığında teslim edilmesine ve ekte yer alan Staj başvuru süreçleri ile ilgili önemli tarihlerin ve İş Akışı Şeması ile Staj Başvuru Formları ve Programlara özgü Staj Dosyalarının kullanılmasına, Stajın bitiren öğrenciler Staj Dosyalarını okula en geç **28.08.2026** tarihine kadar teslim edilmesi konusunda gerekli bilgilendirme toplantılarının yapılmasına oy birliği ile karar verilmiştir.

Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü (Yaşlı Bakım ve Evde Hasta Bakım Programı)	1. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi 2. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneler Kurumuna Bağlı Hizmet Sunan ve en az 100 yatak kapasitesine sahip olan Hastaneler 3. En az 10 yataklı Yoğun Bakım Hizmeti sunan özel hastaneler	1.Yoğun Bakım Servisleri
	Aile Sosyal Politikalar Bakanlığına bağlı 7/24 Sağlık Bakım Hizmeti Sunan kuruluşlar	2. Palyatif Bakım Klinikleri
		1. Huzurevleri 2. Engelli Rehabilitasyon Merkezleri
Terapi ve Rehabilitasyon Bölümü	Hastaneler ve Fizik Tedavi Rehabilitasyon Merkezleri	Fizik Tedavi Klinikleri/Üniteleri

Ekler

Ek 1. Staj Başvuru Formu

Ek 2. FTR Staj Dosyası

Ek 3. YB Staj Dosyası

Ek 4. EHB Staj Dosyası



AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
NAZİLLİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
STAJ İŞ AKIŞ ŞEMASI

Staj Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulamalı Eğitimler Yönergesi hükümlerince yürütülür.
<https://idari.adu.edu.tr/db/ogrenciisleri/default.asp?idx=31323030>

Staj yapacak öğrenciler;

Bahar Yarıyılında 4.YARIYIL ZORUNLU DERS GRUBUNDAN STAJ103 dersine kayıtlanmalıdır.

- Yaz Stajı yapacak öğrencilerin ISG 103 dersini başarmış veya kayıtlı olması gerekir.
- İSG103 dersini başaramamış öğrencilerin 16 saatlik İş Sağlığı ve Güvenliği sertifikası veren kurumlardan bu sertifikayı alması gerekmektedir.

İlk başvurular Yüksekokulumuza YÜZ YÜZE yapılması gereklidir.

Nazilli SHMYO 07.11.2025 tarih ve 30/04 sayılı Yönetim Kurulu kararı gereği,

- **2025-2026** Eğitim-Öğretim Yılı Bahar yarıyılı sonunda yapılacak olan Stajı tarihleri **20.07.2026-14.08.2026 (20 işgünü)** olarak belirlemiştir.

Tarihler değiştirilemez.

Öğrenciler Zorunlu Stajlarını Nazilli Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Staj Komisyonun belirlediği kliniklerinde veya birimlerde yapabilirler. Dönem için yapılan stajlar Adü Tıp Fakültesi Hastanesi kliniklerinde yaz dönemi yapacak olanlar ise Stajları Adü Tıp Fakültesi Hastanesi, Kamu Kurum ve Kuruluşları ile Özel Sektör İşletme/İşyerinde yapılabilir.

KARİYER KAPISI ULUSAL STAJ PROGRAMINDANBAŞVURULAR	AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTE HASTANESİ BAŞVURULARI	ÖZEL KURUM VE KURULUŞ BAŞVURULARI
Kamu Kurum ve Kuruluşlarında staj yapmak isteyen öğrenciler Cumhurbaşkanlığı İnsan Kaynakları Ofi Kariyer Kapısı Ulusal Staj Programın yapılır. Kariyer Kapısı Ulusal Staj Progra aracılığı ile teklif alınan hastaneni uygunluğu Staj Dersi Sorumlu öğreti elemanı tarafından değerlendirilir.	Tüm öğrencilerin başvuru evrakla üst yazı ile okulumuz tarafında Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi gönderilecektir.	Özel Sektör İşletme/İşyerinde yapılan başvurularda St yerinin uygunluğu, Stajı Dersi Sorumlu öğreti elemanı tarafında değerlendirilir.
Başvuru evraklarının imzalı 3 (ÜÇ) nüshasını dan 1(bir) tanesini öğrenci işlerine teslim edilecektir.	Başvuru evraklarının imzalı 2 (iki) nüshasını da öğrenci işlerine teslim edilecektir.	Başvuru evraklarının imzalı 3 (ÜÇ) nüshasını dan 1(bir) tanesini öğrenci işlerine teslim edilecektir.

Staja kabul alan öğrenci "**Staj Başvuru Formu**"nu Nazilli Sağ. Hiz. MYO web sitesinden «**Öğrenci/Staj belgeleri**» menüsünden alır.

<https://myo.adu.edu.tr/nazillisaghiz/tr/staj-islemleri-221>

- Staj Başvuru Formu* (3 nüsha çıktı alınacaktır. Tüm nüshaların öğrenci tarafından üç nüsha olarak doldurulup ilgili yerlere fotoğraf yapıştırılır.
- Daha sonra öğrenci bu belgeleri staj yapacağı kuruma imzalattırıp mühürlettirir.
- Eksiksiz doldurulan formlar daha sonra sırası ile Stajı Dersi Sorumlu Öğretim Elemanı ve Müdür tarafından imzalanır/onaylanır.

Onaylanan Staj Başvuru Formlarının;

- 1 Nüshası **Öğrencide**;
- 1 Nüshası Staj Yapacağı Kuruma;

1 nüshası ve e-devlet üzerinden <https://www.turkiye.gov.tr/spas-mustahaklik-sorgulama> adresinden alacağı barkotlu Sağlık Provizyon ve Aktivasyon Sistemi (SPAS) Müstehaklık Belgesi birlikte **Nazilli Sağ. Hiz. MYO Öğrenci İşlerine 15.06.2026 tarihine kadar elden teslim etmek zorundadır.**

Her öğrenci stajına başlamadan önce sigorta işlemlerini tamamlamakla yükümlüdür.

Onaylı Staj Başvuru Formunun 1 nüshasını **Öğrenci İşlerine** teslim etmeyen (Adü Tıp Fak. Hastanesi için 2 Nüsha) öğrencilerin SGK giriş işlemleri yapılamayacağı için stajını yapsa dahi geçersiz sayılacaktır.

Staj teklifi gelmeyen veya staj yapacak işletme bulamayan öğrenciler

<https://akademik.adu.edu.tr/myo/nazillisaghiz/tr/staj-islemleri-221>

adresinden **STAJ BIRAKMA DİLEKÇESİNİ** ıslak imzalı olarak doldurarak Nazilli Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Yazı İşlerine teslim etmeleri gerekir.

Meslek Yüksekokulunca **5510** sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 5. Maddesi gereğince öğrencilerin sigorta girişlerini Stajına başlama tarihinden en az 3 (üç) gün öncesine kadar (en geç 28.11.2025 tarihine kadar) tamamlar.

Öğrenci, staja başlamadan önce '**Staj Dosyasını**' okulumuzun web sayfasından alır. (Her öğrenci kendi öğrenim gördüğü Programa özgü staj dosyasını indirmelidir)

<https://myo.adu.edu.tr/nazillisaghiz/tr/staj-islemleri-221>

STAJ DOSYASI

- Staj Sicil Formu (Yüksekokul Müdürü tarafından onaylı ve Fotoğraflı)
- İşyeri Staj Değerlendirme Formu
- Staj Devam Çizelgesi
- Günlük Staj Raporları
- Programa özgü vaka sunumları
- Programa özgü Vaka Değerlendirme formları
- İş yeri değerlendirme Formu
- Staj İş Akış Formu

Öğrenci Staja başlayacağı zaman

- Staj Başvuru Formunu;
- Öğrenci Belgesi
- İş Sağlığı ve Güvenliği dersinden başarılı olduğunu gösteren transkripti
- <https://www.turkiye.gov.tr/sosyal-4a-ise-giris-bildirgesi> adresinden (E- Devletten) alacakları SGK işe giriş belgesinin bir nüshasını
- [Staj yapılacak birimlerle ilgili Staj komisyon kararı](#)
- [İş yeri tarafından istenen ek evraklarla birlikte](#) staj yapacağı kuruma teslim eder.

Öğrenciler zorunlu stajını yapacağı kurumun yetkilisine Nazilli Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Staj Komisyonunun belirlediği klinik/birimleri bildirmelidir. "**Staj Komisyon Kararı**"nı Nazilli Sağ. Hiz. MYO web sitesinden «**Belgeler/Formlar**» menüsünden veya staj Dosya alır. <https://myo.adu.edu.tr/nazillisaghiz/tr/staj-islemleri-221>

Staj Komisyonunun belirlediği klinik/birimlerde stajını yapmayan öğrenciler stajını yapsa dahi stajları geçersiz sayılacaktır.

- Staj tamamlandıktan sonra staj dosyası staj yapılan kurumda eksiksiz doldurulup imzalandıktan ve mühürlendikten sonra (Staj Dosyasının her sayfası staj yeri yetkilisince onaylanır) Nazilli Sağ. Hiz. MYO **ÖĞRENCİ İŞLERİNE** elden imza karşılığı teslim edilir.
- Özel Sektör İşletme/İşyerinde staj yapanlar staj dosyalarına ücret aldığına dair makbuzu eklemelidirler.

Staj Dosyaları en geç **28.08.2026 tarihine kadar teslim edilmelidir.**

- Staj dosyasını geç getiren öğrenciler Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulamalı Eğitimler Yönergesinin konu ile ilgili maddelerine göre işlem yapılır.

Not:

- Stajların kesintisiz olarak yapılması esastır. Ancak Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulamalı Eğitimler Yönergesinin ilgili hükümlerince öğrenciler ilgili birim yönetim kurulu kararıyla mazeretli sayılabilir.
- İlgili hükümlerce mazeretli hallerin ortaya çıkması durumunda, staj yapılmayan iş günü kadar süre, staj süresine eklenir. Öğrencinin üç gün içerisinde, durumunu kanıtlayan belgelerle birlikte dilekçe ile öğrencisi olduğu birime bildirimde bulunması zorunludur, belirtilen süre içerisinde başvuruda bulunmayan öğrencilerin mazereti kabul edilmez ve stajı başarısız sayılır.
- Öğrenci staj başvurusu yaptıktan sonra staj yapmaktan vazgeçerse ya da geçerli bir mazeretle staj yapmayacaksa Nazilli Sağ. Hiz. MYO Web Sitesinden (<https://myo.adu.edu.tr/nazillisaghiz/tr/staj-islemleri-221>) «Belgeler/ Formlar» menüsünden “**Stajı Bırakma Formu**”nu doldurup ACİLEN Nazilli Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü’ne ıslak imza ile başvurması gerekir.
- İş kazası geçiren öğrenciler okula bilgilendirme yapmak zorundadır.

Bu staj iş akış şemasında bahsedilen her bir maddeyi **okudum, anladım** ifadelerini kendi el yazınız ile mavi tükenmez kalem eşliğinde yazarak bu evrakı öğrenci işlerine teslim ediniz.

Tarih

Öğrenci Numarası

Adı ve Soyadı/İmza

Açık Adres

ADÜ Nazilli Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu/ Sümer Kampüsü 09900 Nazilli/AYDIN
İletişim: nazillisaghiz@adu.edu.tr



**NAZİLLİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKLU
YAZ STAJ SÜRECİ İLE İLGİLİ ÖNEMLİ TARİHLER**

Aktivite	Başlama Tarihi	Bitiş Tarihi
Bahar Yarıyılı içinde Staj yapmak istediğine dair dilekçe	Bahar Yarıyılı ders kayıtları öncesinde	Ekle sil haftası
Adü Obis' den Staj103 Dersine kayıtlanma		
Müstahaklık Belgelerinin Öğrenci İşlerine Teslim Tarihi (Staj başlamadan 30 gün önce) https://www.turkiye.gov.tr/spas-mustahaklik-sorgulama E-Devlet üzerinden alınacak.		15.06.2026
Başvuru evrakları ile Serolojik test ve sağlık raporu teslimi		15.06.2026
Öğrencilerin İş kazasına yönelik sigorta işlemleri başlangıcı için son tarih (Staja başlamadan en geç 3 gün önce)		17.07.2026
Staj Başlama Tarihi (20 İş Günü)		20.07.2026
Staj Bitiş Tarihi		14.08.2026
Staj Defteri Teslim Tarihi için Son Gün		28.08.2027
Değerlendirilen staj dosyalarının OBİS üzerinden not girişleri için son gün		2026-2027 Eğitim Öğretim Yılı Ekel sil Haftası bitiş



AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
NAZİLLİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
İŞLETMEDE MESLEKİ EĞİTİM DEĞERLENDİRME FORMU

(Bu form öğrenci tarafından staj bitimini takiben doldurulacaktır. Form doldurulduktan sonra staj dosyası ile birlikte okuluna teslim edecektir.)

İşletmeyi Değerlendirme Kriterleri	Çok iyi	İyi	Orta	Yetersiz
Yöneticilerin işletmede mesleki eğitim yapan öğrencilere yaklaşımı				
Çalışanların işletmede eğitim yapan öğrencilere yaklaşımı				
Çalışma ortamının yeterliliği (nem, gürültü, havasızlık, sağlıklı koşullar vb.)				
Çalışma koşullarının uygunluğu (sürekli ayakta/oturarak, dar/geniş, kapalı/açık mekân, düzensiz çalışma saatleri, molalar vb.)				
Çalışanlara sunulan sosyal imkânların yeterliliği				
Çalışırken kullanılan araç – gereç ve sistemlerin yeterliliği				
Üstlerin, astlarının gelişimine verdikleri destek				
Çalışanlar arası iletişim				

1. Mesleki eğitim yapılan birim ya da birimlerde gerçekleştirilen çalışmalar yeterli ve uygun prosedürlerle yürütülüyor mu? Açıklayınız.

2. Mesleki eğitim süresince ilgili yönetici ve çalışanlardan gerekli desteği aldınız mı? Açıklayınız.

3. Mesleki eğitiminiz bu işletmede yapmış olmanın sağladığı avantaj ve dezavantajları belirtiniz.

4. Mesleki eğitim süresince işletmenin size sağladığı imkânları belirtiniz.

Ücret Sigorta Yemek Konaklama Ulaşım

Varsa diğer imkânlar:

5. Mesleki eğitim boyunca teorik bilginizi uygulayabilecek yeterli fırsatı bulabildiniz mi?

6. Mesleki eğitim yaptığımız bu işletmeyi, bu eğitimi gerçekleştirecek diğer öğrenciler için de önerir misiniz?

7. Sizce bu işletmede bölüm hedeflerine uygun staj yapılabilir mi? Açıklayınız.



**AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
NAZİLLİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
STAJ TESLİM FORMU**

...../...../.....

NAZİLLİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ'NE,

Meslek Yüksekokulumuz Programı
sınıfındanumara ile öğrenim görmekteyim. / tarihleri
arasında firmasında yapmış olduğum staja ait, staj
defterini tarihinde teslim ettim.

TESLİM EDEN

Öğrencinin

Adı Soyadı:

İmza :

TESLİM ALAN

Danışman Öğr. Elem.

Adı Soyadı:

İmza :



1992

**AYDIN ADNAN MENDERES
ÜNİVERSİTESİ**

Nazilli Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü
Sümer Kampüsü Aydın/Nazilli
nazillisaghiz@adu.edu.tr
0-256-2201600

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Merkez
Kampüsü,
Kepez Mevkii Efeler / AYDIN
+90 256 218 20 00
+90 256 220 26 14
adu@adu.edu.tr