



T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ
TEMEL FİZYOTERAPİ REHABİLİTASYON STAJI
/KLİNİK UYGULAMA
HASTA TAKİP DEFTERİ



Öğrencinin	
Adı- Soyadı	
Okul Numarası	
Telefon (cep)	
Uygulama Yapılan Kliniğin Adı	
Sorumlu Fizyoterapistin	
Adı- Soyadı	
Telefon (cep)	

Sorumlu Fizyoterapist
İmza

Kaşe veya Mühür
(Okunaklı olmalıdır.)

Staj/Klinik Uygulama Yapan Öğrencinin Sorumluluğu

- 1) Öğrenci, staj/uygulamalı eğitim komisyonu tarafından hazırlanan staj/klinik uygulama programına uymak zorundadır. Komisyonunun onayını almadan uygulama yapacağı dönemi ve kurumu değiştiremez.
- 2) Öğrenci stajın/klinik uygulamanın gereği olan görevleri zamanında ve eksiksiz yapmak zorundadır.
- 3) Staj/klinik uygulama yapan öğrenci, uygulama yaptığı kurumun kılık kıyafet yönetmeliği kurallarına uymak zorundadır.
- 4) Öğrenci, Staj/klinik uygulama süresince takip ettiği olguların değerlendirme ve tedavi programlarını günlük tarih bildirerek kaydetmelidir.
- 5) İkinci sınıf zorunlu "Temel Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Yaz Stajı" 20 iş günü boyunca eksiksiz yapılmalıdır. Hastalık veya çeşitli sebeplerle yerine getirilemeyen staj günü kadar telafi stajı yapılmalıdır.
- 6) Staj/Klinik Uygulama Dosyası her gün düzgün olarak tutulmalı ve uygulama sonunda sorumlu fizyoterapistten onaylatılmalıdır.
- 7) Staj/klinik uygulama sonunda stajla ilgili formlar kapalı ve mühürlü zarf içinde sorumlu fizyoterapistten alınarak Staj/Klinik Uygulama Dosyası ile birlikte en geç 15 gün içerisinde öğrencinin akademik danışman hocasına elden imza karşılığı teslim edilmelidir.
- 8) Staj/klinik uygulama değerlendirme raporu teslim etmeyen veya eksik teslim edenlerin stajı/klinik uygulaması geçersiz sayılacaktır.

Bu yükümlülüklerini yerine getirmemesinden doğan her türlü sorumluluk öğrenciye aittir. Öğrenci hakkında ayrıca Yükseköğretim Kurumları Öğrenci Disiplin Yönetmeliği hükümleri uyarınca işlem yapılır.

NOT: Öğrenci takip ettiği her olgu için değerlendirme formlarının başında yer alan temel değerlendirmelerden (kas testi, normal eklem hareketi, postür analizi...) hastanın şikayetine ve tanısına uygun olanları dosyaya eklemelidir. Raporda belirtilen sayıdan fazla olgu takibi yapılmışsa öğrenci ek olarak doldurduğu raporları, ana rapor dosyasına eklemelidir.

TAKİP EDİLEN HASTALARIN BİLGİLERİ
(İÇİNDEKİLER)

NO	Adı ve Soyadının İlk Harfleri	Tanısı	Tedavi Başlama Tarih	Seans Sayısı
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

ÖĞRENCİ TARAFINDAN TAKİP EDİLEN HASTAYA AİT GENEL BİLGİLER
Hasta No:
Adı-Soyadının İlk Harfleri:
Tanı:
Yaş: __ Boy: __ Kilo: __ Cinsiyet: _____
Eğitim düzeyi (İlköğretim/Lise/Üniversite):
Ana şikâyet:
Hikâye:
Özgeçmiş:
Soy geçmiş:
Hekim / (ve varsa) Ameliyat notu:
Diğer:

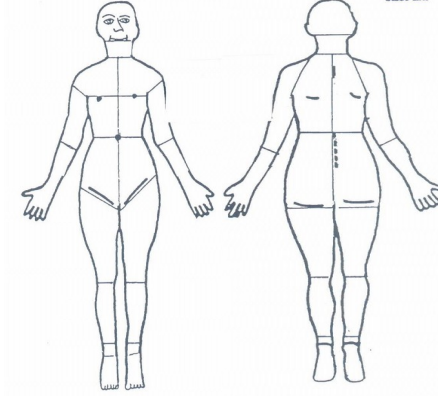
DEĞERLENDİRME FORMLARI

Önemli Notlar:

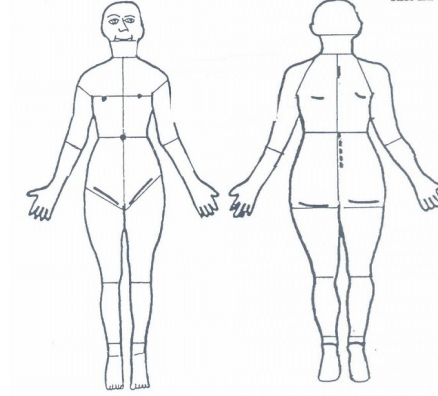
1. Değerlendirmeler tedavi öncesi ve sonrası yapılacaktır.
2. Gereksiz kağıt kullanımını önlemek ve çevremizi korumak için sadece gerekli kağıtları çıkartınız. Örneğin boyun ağrısı olan bir hastada alt ekstremité kas kuvveti değerlendirme formunu çıkartmaya gerek yoktur.

AĞRI DEĞERLENDİRME FORMU

1.Ağrının Yeri:



Tedavi Öncesi



Tedavi Sonrası

2.Ağrının Şiddeti:

Görsel Analog Ölçeği (Tedavi Öncesi)



Görsel Analog Ölçeği (Tedavi Sonrası)



3.Ağrının Lokalizasyonu: (Tedavi Öncesi ve Sonrası)

4. Ağrının Türü (sivri, künt, yanıcı...): (Tedavi Öncesi ve Sonrası)

5.Ağrının Zamanı (gece, gündüz, aktivite sırasında vb.): (Tedavi Öncesi ve Sonrası)

NORMAL EKLEM HAREKETİ DEĞERLENDİRME FORMU

1. Bu form sadece ilgili bölge için doldurulmalıdır.
2. Etkilenme olasılığı varsa bir alt ve bir üst eklem için de doldurulmalıdır.

Üst Ekstremité		Tedavi Öncesi		Tedavi Sonrası	
Eklem	Hareket	Sağ	Sol	Sağ	Sol
Omuz	Fleksiyon/ekstansiyon	___/___	___/___	___/___	___/___
	Abduksiyon/adduksiyon	___/___	___/___	___/___	___/___
	External /internal rotasyon	___/___	___/___	___/___	___/___
Dirsek	Fleksiyon/ekstansiyon	___/___	___/___	___/___	___/___
	Pronasyon/supinasyon	___/___	___/___	___/___	___/___
El bileği	Fleksiyon/ekstansiyon	___/___	___/___	___/___	___/___
	Radial /Ulnar deviasyon	___/___	___/___	___/___	___/___
MCP	Fleksiyon/ekstansiyon	___/___	___/___	___/___	___/___
Başparmak	Fleksiyon/ ekstansiyon	___/___	___/___	___/___	___/___
	Abduksiyon/ adduksiyon	___/___	___/___	___/___	___/___
Alt Ekstremité		Tedavi Öncesi		Tedavi Sonrası	
Eklem	Hareket	Sağ	Sol	Sağ	Sol
Kalça	Fleksiyon/ekstansiyon	___/___	___/___	___/___	___/___
	Abduksiyon/adduksiyon	___/___	___/___	___/___	___/___
	External /internal rotasyon	___/___	___/___	___/___	___/___
Diz	Fleksiyon/ekstansiyon	___/___	___/___	___/___	___/___
Ayak bileği	Dorsifleksiyon/plantar fleksiyon	___/___	___/___	___/___	___/___
	Eversiyon/ inversiyon	___/___	___/___	___/___	___/___

Boyun ve Bel		Tedavi Öncesi	Tedavi Sonrası
Boyun	Fleksiyon/ekstansiyon	___/___	___/___
	Sola /sağa lateral fleksiyon	___/___	___/___
	Sola /sağa rotasyon	___/___	___/___
Bel	Fleksiyon/ekstansiyon	___/___	___/___
	Sola /sağa lateral fleksiyon	___/___	___/___
	Sola /sağa rotasyon	___/___	___/___

KISALIK VE ESNEKLİK DEĞERLENDİRME FORMU

1. Bu form sadece ilgili bölge için doldurulmalıdır.
2. Etkilenme olasılığı varsa bir alt ve bir üst eklem için de doldurulmalıdır.

	Tedavi Öncesi		Tedavi Sonrası	
	Sağ	Sol	Sağ	Sol
Öne eğilme				
Gövde lateral fleksiyonu				
Gövde ekstansiyonu				
Tensor Fasia Lata				
Kalça fleksörleri				
Gastro-soleus kısılığı				
Hamstringler için DBK				
Pectoralis major				
Pectoralis minor				
Omuz adduktörleri				
Omuz rotatörleri				

- **DBK: Düz bacak kaldırma**

KAS KUVVETİ DEĞERLENDİRMESİ (GÖVDE)

1. Bu form sadece ilgili bölge için doldurulmalıdır.
2. Etkilenme olasılığı varsa bir alt ve bir üst eklem için de doldurulmalıdır.

	Tedavi Öncesi		Tedavi Sonrası	
Kasın adı / fonksiyon	Sağ	Sol	Sağ	Sol
Sırt ekstansörleri				
Lateral gövde fleksörleri				
Alt abdominaller				
Üst abdominaller				
Oblik gövde fleksörleri				
Pelvik elevasyon				
Boyun fleksiyonu				
Boyun ekstansiyonu				

KAS KUVVETİ DEĞERLENDİRMESİ (ÜST EKSTREMİTE)

1. Bu form sadece ilgili bölge için doldurulmalıdır.
2. Etkilenme olasılığı varsa bir alt ve bir üst eklem için de doldurulmalıdır.

Kasın adı / fonksiyon	Tedavi Öncesi		Tedavi Sonrası	
	Sağ	Sol	Sağ	Sol
Serratus anterior				
Skapular elevasyon				
Skapular adduksiyon				
Skapular depresyon ve adduksiyon				
Skapular adduksiyon ve aşağı rotasyon				
Omuz fleksiyonu				
Omuz hiperekstansiyonu				
Omuz abduksiyonu				
Omuz horizontal abduksiyonu				
Omuz horizontal adduksiyonu				
Omuz eksternal rotasyonu				
Omuz internal rotasyonu				
Dirsek fleksiyonu				
Dirsek ekstansiyonu				
Supinasyon				
Pronasyon				
El bileği fleksiyonu				
El bileği ekstansiyonu				
Radial deviasyonda fleksiyon				
Ulnar deviasyonda fleksiyon				
Radial deviasyonda ekstansiyon				
Ulnar deviasyonda ekstansiyon				
MCP eklem fleksiyonu				
MCP eklem ekstansiyonu				
İP eklem fleksiyonu				
İP eklem ekstansiyonu				
Parmakların abduksiyonu				
Parmakların adduksiyonu				

KAS KUVVETİ DEĞERLENDİRMESİ (ALT EKSTREMİTE)

1. Bu form sadece ilgili bölge için doldurulmalıdır.
2. Etkilenme olasılığı varsa bir alt ve bir üst eklem için de doldurulmalıdır.

Alt Ekstremitte	Tedavi Öncesi		Tedavi Sonrası	
Kasın adı / fonksiyon	Sağ	Sol	Sağ	Sol
Kalça fleksiyonu				
Kalça hiperekstansiyonu				
Kalça abduksiyonu				
Kalça adduksiyonu				
Kalça dış rotasyonu				
Kalça iç rotasyonu				
Tensor fasya lata				
Sartorius				
Diz fleksiyonu				
Diz ekstansiyonu				
Ayak bileği dorsi fleksiyon+ inversiyonu				
Ayak bileği plantar fleksiyonu				
Ayak bileği plantar fleksiyonu + İnversiyonu				
Eversiyon				
MCP eklem fleksiyonu				
MCP eklem ekstansiyonu				
İP eklem fleksiyonu				
İP eklem ekstansiyonu				
Parmakların abduksiyonu				
Parmakların adduksiyonu				

POSTÜR DEĞERLENDİRME FORMU

Tedavi Öncesi	Tarih:
Postür Analiz Sonuçları (anterior-posterior ve lateral)	
Baş/Boyun:	
Omurga:	
Üst ekstremité:	
Alt ekstremité:	
Tedavi Sonrası	Tarih:
Postür Analiz Sonuçları (anterior-posterior ve lateral)	
Baş/Boyun:	
Omurga:	
Üst ekstremité:	
Alt ekstremité:	

DEĞERLENDİRME SONUÇLARININ YORUMLANMASI

1. Bu form her hasta için doldurulmalıdır.
2. İlgili hastanın değerlendirme formlarının hemen arkasına eklenmelidir.

Hasta Ad ve Soyadının İlk Harfleri:	(Tarih: __/__/20__)
Hasta No:	
Yapılan değerlendirme sonuçlarının yorumlanması (Tedavi Öncesi ve Sonrası):	
Tedavi programı:	
Tedavi programında değişiklik varsa sebepleri ile birlikte detaylıca anlatınız:	
Tedavi sonunda hastanın kazanımları:	