



BURDUR MEHMET AKİF ERSOY ÜNİVERSİTESİ

T.C.
BURDUR MEHMET AKİF ERSOY ÜNİVERSİTESİ
BURDUR SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
TIBBİ HİZMETLER VE TEKNİKLER BÖLÜMÜ

**GÜNCEL ORTEZ VE PROTEZ UYGULAMALARI
RAPORU**

Öğrenci Adı Soyadı:

.....

Öğrenci Numarası:

.....

Sorumlu Öğretim Elemanı:

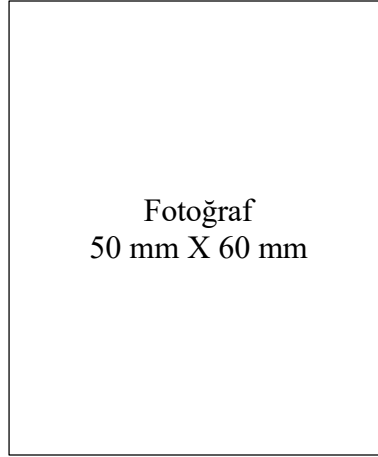
.....

...../ BAHAR YARIYILI

T.C.
BURDUR MEHMET AKİF ERSOY ÜNİVERSİTESİ
BURDUR SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
TIBBİ HİZMETLER VE TEKNİKLER BÖLÜMÜ

**GÜNCEL ORTEZ VE PROTEZ UYGULAMALARI
RAPORU**

ÖĞRENCİ BİGİLERİ



Adı Soyadı :
Öğrenci No :
Bölümü / Programı :
Uygulama Dönemi :
Eğitim Öğretim Yılı :
Tel. (Cep) :
e-mail :

İŞ YERİ BİLGİLERİ

Uygulama Yeri (İş Yeri Adı) :
İş Yeri Sorumlusu :

OLGU TAKİBİ

(Bu kısım öğrenci tarafından doldurulacak, Klinik Uygulama Sorumlusu'na onaylatılacaktır. Hasta ismini yazmanın uygun olmadığı koşullarda hastaya ait ad- soyad baş harfleri kullanılabilir.)

	Gözlemlenen ve Tedavisine Katkıda Bulunulan Hasta	Tamısı
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

Buradaki hastalar, yukarıda adı geçen öğrencinin klinik aktivitelerini doğru bir şekilde yansıtmaktadır.

Klinik Uygulama Sorumlusu (Ad-Soyad ve İmza):

Tarih:

*Birebir uygulama yapma imkanı bulduğunuz hastanın; hastalığına ait genel bilgi, değerlendirme ve tedavisinde kullandığınız test, ölçüm, uygulama ve ekipman bilgilerini aŗađıda açık olarak anlatınız.

OLGU 1

Değerlendirme

Tarih:/...../.....

OLGU 1

Tedavi Programı

Tarih:/...../.....

OLGU 1

Tedavi Öncesi ve Sonrasındaki Değişimler

Tarih:/...../.....

Hastalık Genel Bilgileri

Klinik Uygulama Sorumlusu (Ad-Soyad ve İmza):
Tarih:

*Birebir uygulama yapma imkanı bulduğunuz hastanın; hastalığına ait genel bilgi, değerlendirme ve tedavisinde kullandığınız test, ölçüm, uygulama ve ekipman bilgilerini aşağıda açık olarak anlatınız.

OLGU 2

Değerlendirme

Tarih:/...../.....

OLGU 2

Tedavi Programı

Tarih:/...../.....

OLGU 2

Tarih:/...../.....

Tedavi Öncesi ve Sonrasındaki Değişimler

Hastalık Genel Bilgileri

Klinik Uygulama Sorumlusu (Ad-Soyad ve İmza):
Tarih:

*Birebir uygulama yapma imkanı bulduğunuz hastanın; hastalığına ait genel bilgi, değerlendirme ve tedavisinde kullandığınız test, ölçüm, uygulama ve ekipman bilgilerini aşağıda açık olarak anlatınız.

OLGU 3

Değerlendirme

Tarih:/...../.....

OLGU 3

Tedavi Programı

Tarih:/...../.....

OLGU 3

Tarih:/...../.....

Tedavi Öncesi ve Sonrasındaki Değişimler

Hastalık Genel Bilgileri

Klinik Uygulama Sorumlusu (Ad-Soyad ve İmza):
Tarih:

*Birebir uygulama yapma imkanı bulduğunuz hastanın; hastalığına ait genel bilgi, değerlendirme ve tedavisinde kullandığınız test, ölçüm, uygulama ve ekipman bilgilerini aşağıda açık olarak anlatınız.

OLGU 4

Değerlendirme

Tarih:/...../.....

OLGU 4

Tedavi Programı

Tarih:/...../.....

OLGU 4

Tarih:/...../.....

Tedavi Öncesi ve Sonrasındaki Değişimler

Hastalık Genel Bilgileri

Klinik Uygulama Sorumlusu (Ad-Soyad ve İmza):
Tarih:

*Birebir uygulama yapma imkanı bulduğunuz hastanın; hastalığına ait genel bilgi, değerlendirme ve tedavisinde kullandığınız test, ölçüm, uygulama ve ekipman bilgilerini aşağıda açık olarak anlatınız.

OLGU 5

Değerlendirme

Tarih:/...../.....

OLGU 5

Tedavi Programı

Tarih:/...../.....

OLGU 5

Tarih:/...../.....

Tedavi Öncesi ve Sonrasındaki Değişimler

Hastalık Genel Bilgileri

Klinik Uygulama Sorumlusu (Ad-Soyad ve İmza):
Tarih:

*Birebir uygulama yapma imkanı bulduğunuz hastanın; hastalığına ait genel bilgi, değerlendirme ve tedavisinde kullandığınız test, ölçüm, uygulama ve ekipman bilgilerini aşağıda açık olarak anlatınız.

OLGU 6

Değerlendirme

Tarih:/...../.....

OLGU 6

Tarih:/...../.....

Tedavi Programı

OLGU 6

Tarih:/...../.....

Tedavi Öncesi ve Sonrasındaki Değişimler

Hastalık Genel Bilgileri

Klinik Uygulama Sorumlusu (Ad-Soyad ve İmza):
Tarih:

*Birebir uygulama yapma imkanı bulduğunuz hastanın; hastalığına ait genel bilgi, değerlendirme ve tedavisinde kullandığınız test, ölçüm, uygulama ve ekipman bilgilerini aşağıda açık olarak anlatınız.

OLGU 7

Değerlendirme

Tarih:/...../.....

OLGU 7

Tedavi Programı

Tarih:/...../.....

OLGU 7

Tarih:/...../.....

Tedavi Öncesi ve Sonrasındaki Değişimler

Hastalık Genel Bilgileri

Klinik Uygulama Sorumlusu (Ad-Soyad ve İmza):
Tarih:

