

T.C.  
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ  
EBELİK BÖLÜMÜ



## ÖĞRENCİ STAJ DOSYASI

(Öğrenci Tarafından Doldurulması Gereken Alanlar)

ADI SOYADI  
NUMARASI  
PROGRAMI


Staj Başlama Tarihi

Staj Bitiş Tarihi

(Fakülte Tarafından Doldurulması Gereken Alanlar)

Evrak Kayıt Tarihi

Evrak Sayısı

STAJ GÜN SAYISI  
KABUL/RED  
RED İSE NEDENİ


T.C.  
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ  
FAKÜLTESİ

FOTOĞRAF

## EBELİK STAJ DOSYASI

### STAJ YAPAN ÖĞRENCİNİN

Adı Soyadı	
Bölümü/Sınıfı	
Öğrenci Numarası	
T.C. Kimlik No	

### STAJ YAPILAN KURUM/İŞLETME

İsim ve Ünvanı	
Adresi	
Başlama-Bitiş Tarihleri	
Gün Sayısı	
Staj Yürütücüsünün Adı Soyadı	
İmza Kaşe	

### STAJ SORUMLUSUNUN BİLGİLERİ

(Aşağıdaki bölüm fakültedeki ilgili dersin  
sorumlu öğretim elemanı tarafından doldurulacaktır)

Adı Soyadı	
İnceleme Tarihi	
Değerlendirme	
Not	
İmza	

(GİZLİ)

EK: 2



T.C.  
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ  
EBELİKTE TEMEL İLKE VE UYGULAMALAR DERSİ  
STAJ DEĞERLENDİRME VE SONUÇ FORMU



ÖĞRENCİNİN

STAJ YERİNİN

Adı Soyadı		Adı	
Bölümü/Sınıfı		Adresi	
Öğrenci No		Tel/Fax No	
T.C. Kimlik No		e-mail Adresi	
Staj Yaptığı Dersin Adı		Staj Başlama Staj Bitiş	
Staj Sorumlusunun (Fakülte'deki İlgili Dersin Sorumlu Öğretim Elemanı)		Staj Yürütücüsünün (Staj Yeri'nde Stajyer Öğrenciden Sorumlu Yetkili, Deneyimli Sağlık Personeli)	
Adı Soyadı		Adı Soyadı	
Unvanı		Unvanı	

**Sayın Staj Yürütücüsü;**

Kurumunuzda ..... İş günü çalışarak staj süresini tamamlayan öğrencinin bilgi, beceri ve stajından yararlanma derecesini ve ilişkileri ile davranışlarının niteliklerini belirleyebilmek için aşağıdaki tabloyu gözlem ve tespitlerinize göre lütfen özenle doldurunuz.

Değerlendirme Kriterleri	Toplam Puan	Öğrencinin Puanı
<b>1- Profesyonel Davranış Geliştirme</b> (40 Puan)		
Hasta, ailesi ve ekip üyeleri ile doğru iletişim	10	
Çalıştığı ortama ilişkin gözlem yapabilme ve malzeme düzenini koruma	5	
Hasta teslim alıp verme, zamanı iyi kullanabilme	5	
Servis içi çalışmalarda etkin rol alma	10	
Üniforma kurallarına uyma	5	
Uygulamaya geliş-gidiş saatlerine uyma ve sorumluluk duygusu	5	
<b>2- Teorik Bilgi ve Uygulama Becerileri Geliştirme</b> (60 Puan)		
Edindiği teorik bilgileri sentez edip kullanabilme	20	
Edindiği uygulama becerilerini geliştirip kullanabilme	20	
Edindiği bilgilere göre hastayı tanıtp, takip edebilme	20	
<b>GENEL DEĞERLENDİRME</b>	<b>100</b>	

**Staj yerindeki Staj Yürütücüsünün Değerlendirmesi:**

Not Olarak : .....  
Adı Soyadı : .....  
İmza : .....

**Fakülte'deki Staj Sorumlusunun Değerlendirmesi ve Onayı :**

Başarılı  Başarısız

Unvanı Adı Soyadı

İmza : .....

**NOT:** 1- Öğrenciler genel değerlendirmede 100 üzerinden 60 ve üzeri puan aldıkların "BAŞARILI" sayılacaklardır.

2- Değerlendirme tablosundaki öğrencinin puanı kısmı staj yürütücüsü tarafından doldurulacaktır.

POSTA ADRESİ :  
Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri  
Fakültesi Cumhuriyet Mah. Kofcaz Yolu  
Kayalı Yerleşkesi Merkezi Derslikler 1 No:  
39/L KIRKLARELİ

TEL : 0 (288) 214 54 13 - 214 76 34 - 214 55 47

FAX : 0 (0288) 214 70 86

WEB ADRESİ :

http://sbf.kirklareli.edu.tr

E-POSTA :

sbf@klu.edu.tr

(GİZLİ)

EK: 2



T.C.  
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ  
EBELİKTE TEMEL İLKE VE UYGULAMALAR DERSİ  
STAJ DEĞERLENDİRME VE SONUÇ FORMU



ÖĞRENCİNİN

STAJ YERİNİN

Adı Soyadı		Adı	
Bölümü/Sınıfı		Adresi	
Öğrenci No		Tel/Fax No	
T.C. Kimlik No		e-mail Adresi	
Staj Yaptığı Dersin Adı		Staj Başlama Staj Bitiş	
Staj Sorumlusunun (Fakülte'deki İlgili Dersin Sorumlu Öğretim Elemanı)		Staj Yürütücüsünün (Staj Yerinde Stajyer Öğrenciden Sorumlu Yetkili, Deneyimli Sağlık Personeli)	
Adı Soyadı		Adı Soyadı	
Unvanı		Unvanı	

**Sayın Staj Yürütücüsü;**

Kurumunuzda ..... İş günü çalışarak staj süresini tamamlayan öğrencinin bilgi, beceri ve stajından yararlanma derecesini ve ilişkileri ile davranışlarının niteliklerini belirleyebilmek için aşağıdaki tabloyu gözlem ve tespitlerinize göre lütfen özenle doldurunuz.

Değerlendirme Kriterleri	Toplam Puan	Öğrencinin Puanı
<b>1- Profesyonel Davranış Geliştirme</b> (40 Puan)		
Hasta, ailesi ve ekip üyeleri ile doğru iletişim	10	
Çalıştığı ortama ilişkin gözlem yapabilme ve malzeme düzenini koruma	5	
Hasta teslim alıp verme, zamanı iyi kullanabilme	5	
Servis içi çalışmalarda etkin rol alma	10	
Üniforma kurallarına uyma	5	
Uygulamaya geliş-gidiş saatlerine uyma ve sorumluluk duygusu	5	
<b>2- Teorik Bilgi ve Uygulama Becerileri Geliştirme</b> (60 Puan)		
Edindiği teorik bilgileri sentez edip kullanabilme	20	
Edindiği uygulama becerilerini geliştirip kullanabilme	20	
Edindiği bilgilere göre hastayı tanıtp, takip edebilme	20	
<b>GENEL DEĞERLENDİRME</b>	<b>100</b>	

**Staj yerindeki Staj Yürütücüsünün Değerlendirmesi:**

Not Olarak : .....

Adı Soyadı : .....

İmza : .....

**Fakülte'deki Staj Sorumlusunun Değerlendirmesi ve Onayı :**

Başarılı  Başarısız

Ünvanı Adı Soyadı

İmza : .....

**NOT:** 1- Öğrenciler genel değerlendirmede 100 üzerinden 60 ve üzeri puan aldıkların "BAŞARILI" sayılacaklardır.

2- Değerlendirme tablosundaki öğrencinin puanı kısmı staj yürütücüsü tarafından doldurulacaktır.

POSTA ADRESİ :  
Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri  
Fakültesi Cumhuriyet Mah. Kofcaz Yolu  
Kayalı Yerleşkesi Merkezi Derslikler 1 No:  
39/L KIRKLARELİ

TEL : 0 (288) 214 54 13 - 214 76 34 - 214 55 47

FAX : 0 (0288) 214 70 86

WEB ADRESİ :

http://sbf.kirklareli.edu.tr

E-POSTA :

sbf@klu.edu.tr



(GİZLİ)

EK: 3

T.C.  
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ  
EBELİKTE TEMEL İLKE VE UYGULAMALAR DERSİ  
STAJ DEVAM FORMU

**Öğrencinin**

Adı Soyadı : .....

Öğrenci No : .....

Bölümü / Sınıfı : .....

TC.Kimlik No : .....

GÜNLER	TARİH	İMZA	GÜNLER	TARİH	İMZA
01	.../.../20...		11	.../.../20...	
02	.../.../20...		12	.../.../20...	
03	.../.../20...		13	.../.../20...	
04	.../.../20...		14	.../.../20...	
05	.../.../20...		15	.../.../20...	
06	.../.../20...		16	.../.../20...	
07	.../.../20...		17	.../.../20...	
08	.../.../20...		18	.../.../20...	
09	.../.../20...		19	.../.../20...	
10	.../.../20...		20	.../.../20...	

Staj Yerindeki Staj Yürütücüsünün

Unvanı Adı Soyadı

İmzası

**NOT: Staja Devam Zorunluluğu ile İlgili Kırlareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Staj ve Dönemiçi Uygulamalara İlişkin Usul ve Esasları 14. Maddesi Uygulanır.**

**Madde 14-1** Staj programına devam zorunludur. Staj kesintisizdir ve bölünemez. Resmi tatil veya bayram günleri staj süresinden sayılmaz.

**Madde 14-2** Staj süresinin %10'unu geçmemek koşuluyla, öğrencinin stajına devam edemeyeceğine dair üniversite hastaneleri, devlet hastaneleri ya da sağlık ocaklarından alınmış rapor ile belgelendirilmiş hastalık halleri, hastalık dışında doğal afetler, ailevi veya kabul edilebilir başka nedenlerle stajına devam edemeyeceğine ilişkin resmi belge sunan ve mazereti staj yürütücüsünce kabul edilen öğrenciler devam edemedikleri staj sürelerini gün ve saat olarak tamamlamak zorundadırlar. Aksi halde öğrenci stajdan başarısız kabul edilir.

(GİZLİ)

EK: 2



**T.C. KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**  
**DOĞUM BİLGİSİ 1-2 DERSİ**  
**STAJ DEĞERLENDİRME VE SONUÇ**  
**FORMU**

**ÖĞRENCİNİN****STAJ YERİNİN**

Adı Soyadı		Adı	
Bölümü/Sınıfı		Adresi	
Öğrenci No		Tel/Fax No	
T.C. Kimlik No		e-mail Adresi	
Staj Yaptığı Dersin Adı		Staj Başlama Staj Bitiş	
<b>Staj Sorumlusunun (Fakülte'deki İlgili Dersin Sorumlu Öğretim Elemanı)</b>		<b>Staj Yürütücüsünün (Staj Yerinde Stajyer Öğrenciden Sorumlu Yetkili, Deneyimli Sağlık Personeli)</b>	
Adı Soyadı		Adı Soyadı	
Unvanı		Unvanı	

**Sayın Staj Yürütücüsü;**

Kurumunuzda ..... İş günü çalışarak staj süresini tamamlayan öğrencinin bilgi, beceri ve stajından yararlanma derecesini ve ilişkileri ile davranışlarının niteliklerini belirleyebilmek için aşağıdaki tabloyu gözlem ve tespitlerinize göre lütfen özenle doldurunuz.

Değerlendirme Kriterleri	Toplam Puan	Öğrencinin Puanı
<b>1- Profesyonel Davranış Geliştirme</b> (40 Puan)		
Hasta, ailesi ve ekip üyeleri ile doğru iletişim	10	
Çalıştığı ortama ilişkin gözlem yapabilme ve malzeme düzenini koruma	5	
Hasta teslim alıp verme, zamanı iyi kullanabilme	5	
Servis içi çalışmalarda etkin rol alma	10	
Üniforma kurallarına uyma	5	
Uygulamaya geliş-gidiş saatlerine uyma ve sorumluluk duygusu	5	
<b>2- Teorik Bilgi ve Uygulama Becerileri Geliştirme</b> (60 Puan)		
Edindiği teorik bilgileri sentez edip kullanabilme	20	
Edindiği uygulama becerilerini geliştirip kullanabilme	20	
Edindiği bilgilere göre hastayı tanıtıp, takip edebilme	20	
<b>GENEL DEĞERLENDİRME</b>	<b>100</b>	

**Staj yerindeki Staj Yürütücüsünün Değerlendirmesi:**

Not Olarak : .....

Adı Soyadı : .....

İmza : .....

**Fakülte'deki Staj Sorumlusunun Değerlendirmesi ve Onayı :**

 Başarılı  Başarısız

Ünvanı Adı Soyadı

İmza : .....

**NOT:** 1- Öğrenciler genel değerlendirilmede 100 üzerinden 60 ve üzeri puan aldıkların "BAŞARILI" sayılacaklardır.

2- Değerlendirme tablosundaki öğrencinin puanı kısmı staj yürütücüsü tarafından doldurulacaktır.

**POSTA ADRESİ :**  
 Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri  
 Fakültesi Cumhuriyet Mah. Kofcaz Yolu  
 Kayaalı Yerleşkesi Merkezi Derslikler 1 No:  
 39/L KIRKLARELİ

TEL : 0 (288) 214 54 13 - 214 76 34 - 214 55 47

FAX : 0 (288) 214 70 86

WEB ADRESİ :

http://sbf.kirklareli.edu.tr

E-POSTA :

sbf@klu.edu.tr

(GİZLİ)

EK: 2



T.C. KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ  
DOĞUM BİLGİSİ 1-2 DERSİ  
STAJ DEĞERLENDİRME VE SONUÇ  
FORMU



ÖĞRENCİNİN

STAJ YERİNİN

Adı Soyadı		Adı	
Bölümü/Sınıfı		Adresi	
Öğrenci No		Tel/Fax No	
T.C. Kimlik No		e-mail Adresi	
Staj Yaptığı Dersin Adı		Staj Başlama Staj Bitiş	
Staj Sorumlusunun (Fakülte'deki İlgili Dersin Sorumlu Öğretim Elemanı)		Staj Yürütücüsünün (Staj Yeri'nde Stajyer Öğrenciden Sorumlu Yetkili, Deneyimli Sağlık Personeli)	
Adı Soyadı		Adı Soyadı	
Unvanı		Unvanı	

**Sayın Staj Yürütücüsü;**

Kurumunuzda ..... İş günü çalışarak staj süresini tamamlayan öğrencinin bilgi, beceri ve stajından yararlanma derecesini ve ilişkileri ile davranışlarının niteliklerini belirleyebilmek için aşağıdaki tabloyu gözlem ve tespitlerinize göre lütfen özenle doldurunuz.

Değerlendirme Kriterleri	Toplam Puan	Öğrencinin Puanı
<b>1- Profesyonel Davranış Geliştirme</b> (40 Puan)		
Hasta, ailesi ve ekip üyeleri ile doğru iletişim	10	
Çalıştığı ortama ilişkin gözlem yapabilme ve malzeme düzenini koruma	5	
Hasta teslim alıp verme, zamanı iyi kullanabilme	5	
Servis içi çalışmalarda etkin rol alma	10	
Üniforma kurallarına uyma	5	
Uygulamaya geliş-gidiş saatlerine uyma ve sorumluluk duygusu	5	
<b>2- Teorik Bilgi ve Uygulama Becerileri Geliştirme</b> (60 Puan)		
Edindiği teorik bilgileri sentez edip kullanabilme	20	
Edindiği uygulama becerilerini geliştirip kullanabilme	20	
Edindiği bilgilere göre hastayı tanıtip, takip edebilme	20	
<b>GENEL DEĞERLENDİRME</b>	100	

**Staj yerindeki Staj Yürütücüsünün Değerlendirmesi:**

Not Olarak : .....  
Adı Soyadı : .....  
İmza : .....

**Fakülte'deki Staj Sorumlusunun Değerlendirmesi ve Onayı :**

Başarılı  Başarısız

Ünvanı Adı Soyadı  
İmza : .....

- NOT:** 1- Öğrenciler genel değerlendirmede 100 üzerinden 60 ve üzeri puan aldıkların "BAŞARILI" sayılacaklardır.  
2- Değerlendirme tablosundaki öğrencinin puanı kısmı staj yürütücüsü tarafından doldurulacaktır.

**POSTA ADRESİ :**  
Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri  
Fakültesi Cumhuriyet Mah. Kofçaz Yolu  
Kayalı Yerleşkesi Merkezi Derslikler 1 No:  
39/L KIRKLARELİ

TEL : 0 (288) 214 54 13 - 214 76 34 - 214 55 47

FAX : 0 (0288) 214 70 86

**WEB ADRESİ :**  
http://sbf.kirklareli.edu.tr

**E-POSTA :**  
sbf@klu.edu.tr



(GİZLİ)

EK: 3

T.C.  
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ  
DOĞUM BİLGİSİ 1-2 DERSİ  
STAJ DEVAM FORMU

**Öğrencinin**

Adı Soyadı : .....

Öğrenci No : .....

Bölümü / Sınıfı : .....

TC.Kimlik No : .....

GÜNLER	TARİH	İMZA	GÜNLER	TARİH	İMZA
01	.../.../20 ...		16	.../.../20 ...	
02	.../.../20 ...		17	.../.../20 ...	
03	.../.../20 ...		18	.../.../20 ...	
04	... L .../20 ...		19	.../.../20 ...	
05	.../.../20 ...		20	.../.../20 ...	
06	.../.../20 ...		21	.../.../20 ...	
07	.../.../20 ...		22	.../.../20 ...	
08	.../.../20 ...		23	.../.../20 ...	
09	.../.../20 ...		24	.../.../20 ...	
10	.../.../20 ...		25	.../.../20 ...	
11	.../.../20 ...		26	.../.../20 ...	
12	.../.../20 ...		27	.../.../20 ...	
13	.../.../20 ...		28	.../.../20 ...	
14	.../.../20 ...		29	.../.../20 ...	
15	.../.../20 ...		30	.../.../20 ...	

Staj Yerindeki Staj Yürütücüsünün

Unvanı Adı Soyadı

İmzası

**NOT: Staja Devam Zorunluluğu ile İlgili Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Staj ve Dönemiçi Uygulamalara İlişkin Usul ve Esasları 14. Maddesi Uygulanır.**

**Madde14-1** Staj programına devam zorunludur. Staj kesintisizdir ve bölünemez. Resmi tatil veya bayram günleri staj süresinden sayılmaz.

**Madde 14-2** Staj süresinin %10'unu geçmemek koşuluyla, öğrencinin stajına devam edemeyeceğine dair üniversite hastaneleri, devlet hastaneleri ya da sağlık ocaklarından alınmış rapor ile belgelendirilmiş hastalık halleri, hastalık dışında doğal afetler, ailevi veya kabul edilebilir başka nedenlerle stajına devam edemeyeceğine ilişkin resmi belge sunan ve mazereti staj yürütücüsünce kabul edilen öğrenciler devam edemedikleri staj sürelerini gün ve saat olarak tamamlamak zorundadırlar. Aksi halde öğrenci stajdan başarısız kabul edilir.

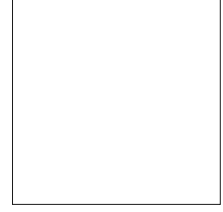


(GİZLİ)

EK: 2



T.C. KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ  
DOĞUM BİLGİSİ 3-4 DERSİ  
STAJ DEĞERLENDİRME VE SONUÇ  
FORMU



ÖĞRENCİNİN

STAJ YERİNİN

Adı Soyadı		Adı	
Bölümü/Sınıfı		Adresi	
Öğrenci No		Tel/Fax No	
T.C. Kimlik No		e-mail Adresi	
Staj Yaptığı Dersin Adı		Staj Başlama Staj Bitiş	
Staj Sorumlusunun (Fakülte'deki İlgili Dersin Sorumlu Öğretim Elemanı)		Staj Yürütücüsünün (Staj Yeri'nde Stajyer Öğrenciden Sorumlu Yetkili, Deneyimli Sağlık Personeli)	
Adı Soyadı		Adı Soyadı	
Unvanı		Unvanı	

**Sayın Staj Yürütücüsü;**

Kurumunuzda ..... İş günü çalışarak staj süresini tamamlayan öğrencinin bilgi, beceri ve stajından yararlanma derecesini ve ilişkileri ile davranışlarının niteliklerini belirleyebilmek için aşağıdaki tabloyu gözlem ve tespitlerinize göre lütfen özenle doldurunuz.

Değerlendirme Kriterleri	Toplam Puan	Öğrencinin Puanı
<b>1- Profesyonel Davranış Geliştirme</b> (40 Puan)		
Hasta, ailesi ve ekip üyeleri ile doğru iletişim	10	
Çalıştığı ortama ilişkin gözlem yapabilme ve malzeme düzenini koruma	5	
Hasta teslim alıp verme, zamanı iyi kullanabilme	5	
Servis içi çalışmalarda etkin rol alma	10	
Üniforma kurallarına uyma	5	
Uygulamaya geliş-gidiş saatlerine uyma ve sorumluluk duygusu	5	
<b>2- Teorik Bilgi ve Uygulama Becerileri Geliştirme</b> (60 Puan)		
Edindiği teorik bilgileri sentez edip kullanabilme	20	
Edindiği uygulama becerilerini geliştirip kullanabilme	20	
Edindiği bilgilere göre hastayı tanıtip, takip edebilme	20	
<b>GENEL DEĞERLENDİRME</b>	100	

**Staj yerindeki Staj Yürütücüsünün Değerlendirmesi:**

Not Olarak : .....  
Adı Soyadı : .....  
İmza : .....

**Fakülte'deki Staj Sorumlusunun Değerlendirmesi ve Onayı :**

Başarılı  Başarısız

Ünvanı Adı Soyadı  
İmza : .....

- NOT:** 1- Öğrenciler genel değerlendirmede 100 üzerinden 60 ve üzeri puan aldıkların "BAŞARILI" sayılacaklardır.  
2- Değerlendirme tablosundaki öğrencinin puanı kısmı staj yürütücüsü tarafından doldurulacaktır.

**POSTA ADRESİ :**  
Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri  
Fakültesi Cumhuriyet Mah. Kofçaz Yolu  
Kayalı Yerleşkesi Merkezi Derslikler 1 No:  
39/L KIRKLARELİ

TEL : 0 (288) 214 54 13 - 214 76 34 - 214 55 47

FAX : 0 (0288) 214 70 86

**WEB ADRESİ :**  
http://sbf.kirklareli.edu.tr

**E-POSTA :**  
sbf@klu.edu.tr

(GİZLİ)

EK: 2



T.C. KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ  
DOĞUM BİLGİSİ 3-4 DERSİ  
STAJ DEĞERLENDİRME VE SONUÇ  
FORMU



ÖĞRENCİNİN

STAJ YERİNİN

Adı Soyadı		Adı	
Bölümü/Sınıfı		Adresi	
Öğrenci No		Tel/Fax No	
T.C. Kimlik No		e-mail Adresi	
Staj Yaptığı Dersin Adı		Staj Başlama Staj Bitiş	
Staj Sorumlusunun (Fakülte'deki İlgili Dersin Sorumlu Öğretim Elemanı)		Staj Yürütücüsünün (Staj Yerinde Stajyer Öğrenciden Sorumlu Yetkili, Deneyimli Sağlık Personeli)	
Adı Soyadı		Adı Soyadı	
Unvanı		Unvanı	

**Sayın Staj Yürütücüsü;**

Kurumunuzda ..... İş günü çalışarak staj süresini tamamlayan öğrencinin bilgi, beceri ve stajından yararlanma derecesini ve ilişkileri ile davranışlarının niteliklerini belirleyebilmek için aşağıdaki tabloyu gözlem ve tespitlerinize göre lütfen özenle doldurunuz.

Değerlendirme Kriterleri	Toplam Puan	Öğrencinin Puanı
<b>1- Profesyonel Davranış Geliştirme</b> (40 Puan)		
Hasta, ailesi ve ekip üyeleri ile doğru iletişim	10	
Çalıştığı ortama ilişkin gözlem yapabilme ve malzeme düzenini koruma	5	
Hasta teslim alıp verme, zamanı iyi kullanabilme	5	
Servis içi çalışmalarda etkin rol alma	10	
Üniforma kurallarına uyma	5	
Uygulamaya geliş-gidiş saatlerine uyma ve sorumluluk duygusu	5	
<b>2- Teorik Bilgi ve Uygulama Becerileri Geliştirme</b> (60 Puan)		
Edindiği teorik bilgileri sentez edip kullanabilme	20	
Edindiği uygulama becerilerini geliştirip kullanabilme	20	
Edindiği bilgilere göre hastayı tanıtip, takip edebilme	20	
<b>GENEL DEĞERLENDİRME</b>	100	

**Staj yerindeki Staj Yürütücüsünün Değerlendirmesi:**

Not Olarak : .....  
Adı Soyadı : .....  
İmza : .....

**Fakülte'deki Staj Sorumlusunun Değerlendirmesi ve Onayı :**

Başarılı  Başarısız

Ünvanı Adı Soyadı  
İmza : .....

- NOT:** 1- Öğrenciler genel değerlendirmede 100 üzerinden 60 ve üzeri puan aldıkların "BAŞARILI" sayılacaklardır.  
2- Değerlendirme tablosundaki öğrencinin puanı kısmı staj yürütücüsü tarafından doldurulacaktır.

**POSTA ADRESİ :**  
Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri  
Fakültesi Cumhuriyet Mah. Kofçaz Yolu  
Kayalı Yerleşkesi Merkezi Derslikler 1 No:  
39/L KIRKLARELİ

TEL : 0 (288) 214 54 13 - 214 76 34 - 214 55 47

FAX : 0 (0288) 214 70 86

**WEB ADRESİ :**  
http://sbf.kirklareli.edu.tr

**E-POSTA :**  
sbf@klu.edu.tr



(GİZLİ)

EK: 3

T.C.  
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ  
DOĞUM BİLGİSİ 3-4 DERSİ  
STAJ DEVAM FORMU

**Öğrencinin**

Adı Soyadı : .....

Öğrenci No : .....

Bölümü / Sınıfı : .....

TC.Kimlik No : .....

GÜNLER	TARİH	İMZA	GÜNLER	TARİH	İMZA
01	.../.../20 ...		16	.../.../20 ...	
02	.../.../20 ...		17	.../.../20 ...	
03	.../.../20 ...		18	.../.../20 ...	
04	... L .../20 ...		19	.../.../20 ...	
05	.../.../20 ...		20	.../.../20 ...	
06	.../.../20 ...		21	.../.../20 ...	
07	.../.../20 ...		22	.../.../20 ...	
08	.../.../20 ...		23	.../.../20 ...	
09	.../.../20 ...		24	.../.../20 ...	
10	.../.../20 ...		25	.../.../20 ...	
11	.../.../20 ...		26	.../.../20 ...	
12	.../.../20 ...		27	.../.../20 ...	
13	.../.../20 ...		28	.../.../20 ...	
14	.../.../20 ...		29	.../.../20 ...	
15	.../.../20 ...		30	.../.../20 ...	

Staj Yerindeki Staj Yürütücüsünün

Unvanı Adı Soyadı

İmzası

**NOT: Staja Devam Zorunluluğu ile İlgili Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Staj ve Dönemiçi Uygulamalara İlişkin Usul ve Esasları 14. Maddesi Uygulanır.**

**Madde14-1** Staj programına devam zorunludur. Staj kesintisizdir ve bölünemez. Resmi tatil veya bayram günleri staj süresinden sayılmaz.

**Madde 14-2** Staj süresinin %10'unu geçmemek koşuluyla, öğrencinin stajına devam edemeyeceğine dair üniversite hastaneleri, devlet hastaneleri ya da sağlık ocaklarından alınmış rapor ile belgelendirilmiş hastalık halleri, hastalık dışında doğal afetler, ailevi veya kabul edilebilir başka nedenlerle stajına devam edemeyeceğine ilişkin resmi belge sunan ve mazereti staj yürütücüsünce kabul edilen öğrenciler devam edemedikleri staj sürelerini gün ve saat olarak tamamlamak zorundadırlar. Aksi halde öğrenci stajdan başarısız kabul edilir.

## UYGULAMA KRİTERLERİ

(Resmi Gazete Tarihi: 02.02.2008 Resmi Gazete Sayısı:26775)

<http://www.yok.gov.tr/web/guest/icerik>

### **Ebelik öğrencisi en az;**

- 1) 100 doğum öncesi muayene ve danışmanlık yapmalı
- 2) 40 gebe kadının gebelik takibi ve bakımını yapmalı
- 3) 40 normal doğum yaptırmalı  
(20 doğuma yardım ile bu sayı 30' a inebilir=50 doğum)
- 4) 100 lohusa bakımı verilmeli
- 5) 100 yenidoğan muayenesi yapmalı
- 6) Gebelik, doğum ya da doğum sonu dönemde risk altında olan 40 kadının izlemi ve bakımı
  - 6a) 15 riskli gebe kadın izlemi
  - 6b) 10 riskli doğum izlemi
  - 6c) 15 riskli lohusa izlemi
- 7) Riskli yenidoğan izlemi (10 tane)
- 8) Jinekolojik ve obstetrik patolojisi olan kadına bakım vermeli (10 tane)
- 9) Epizyotomi uygulaması ve dikiş ile başlaması  
(Bu, teorik bilgi verme ve klinik pratiği içerir. Dikiş pratiği, epizyotomi sonrası veya basit perianal yırtılmalara dikiş atılmasını içerir. Gerekirse bu durum simülasyon şeklinde yapılabilir.)
- 10) Makat doğuma aktif olarak katılmalıdır. Makat doğum mümkün olmadığı takdirde simülasyon yapılarak çalışılmalıdır. (En az 2 tane)









































































































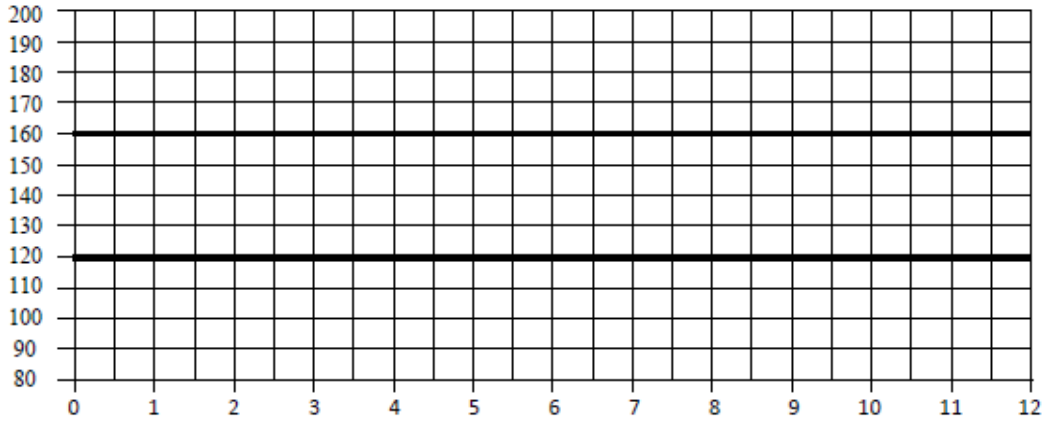




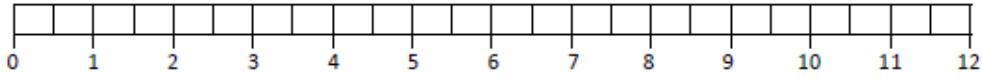
## PARTOGRAF

Hasta Adı Soyadı:	Gravida:	Parite:	Protokol No:
Yatış Tarihi:	Başvuru Saati:	Membran Ruptürü: .....saat	

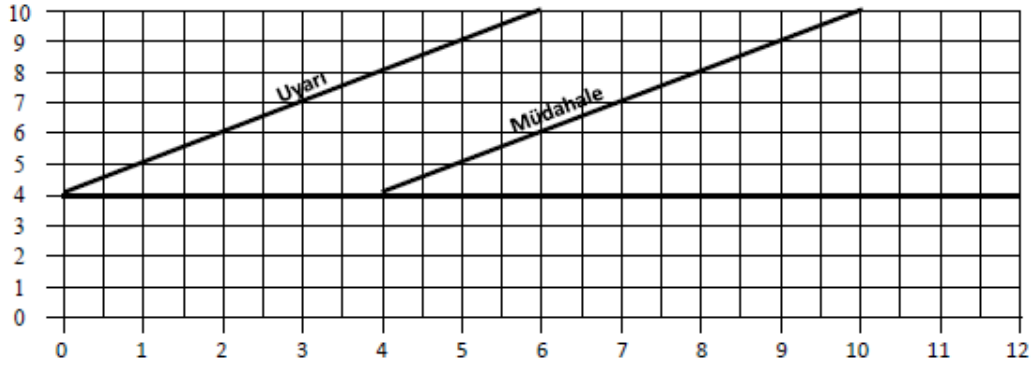
## Fetal Kalp Atım Hızı



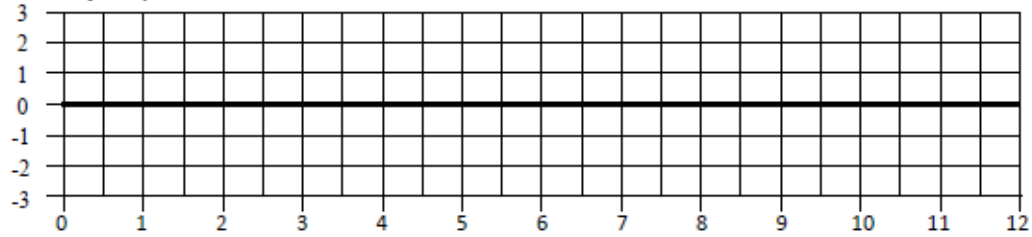
## Amniyon Sıvısı



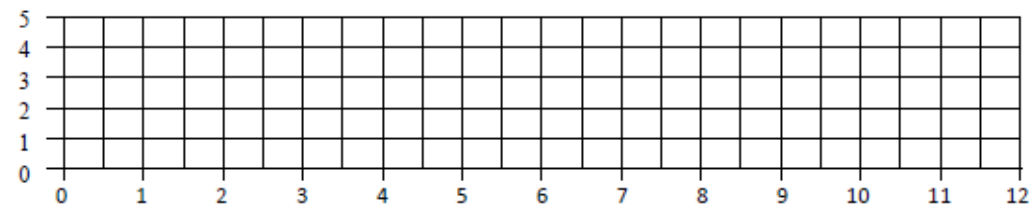
## Serviks Açıklığı



## Baş Seviyesi



## Kontraksiyon Süresi



İzlem Yapanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

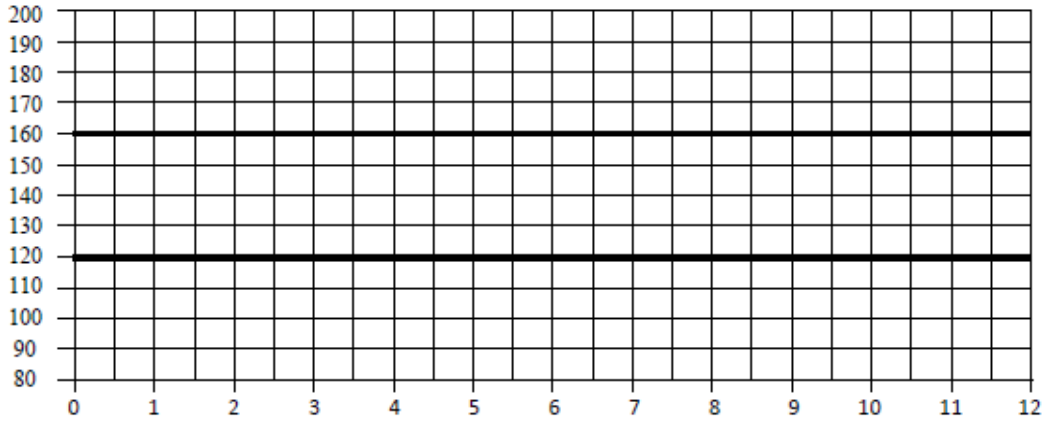
İzlemi Devir Alanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

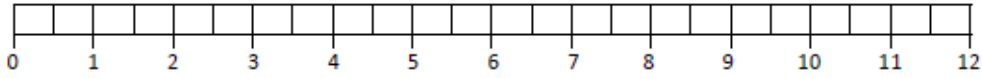
## PARTOGRAF

Hasta Adı Soyadı:	Gravida:	Parite:	Protokol No:
Yatış Tarihi:	Başvuru Saati:	Membran Ruptürü: .....saat	

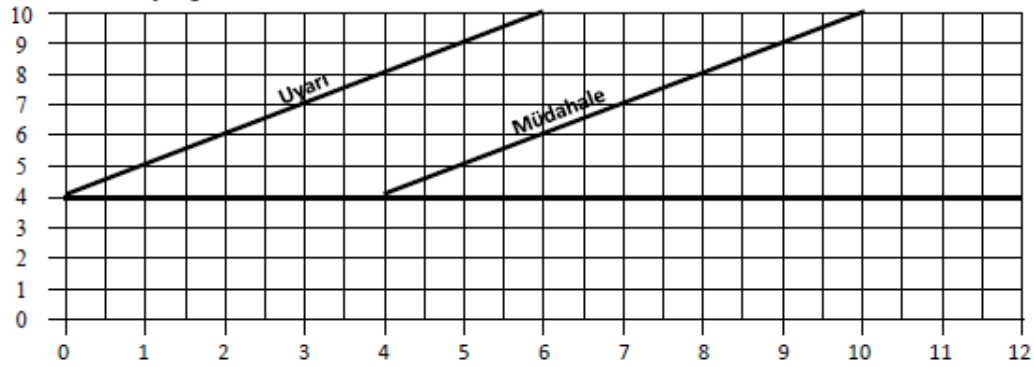
## Fetal Kalp Atım Hızı



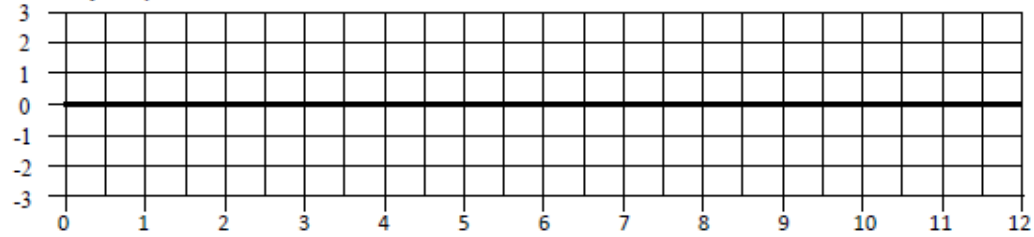
## Amniyon Sıvısı



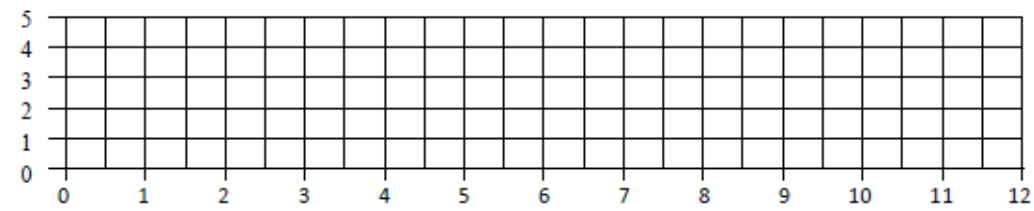
## Serviks Açıklığı



## Baş Seviyesi



## Kontraksiyon Süresi



İzlem Yapanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

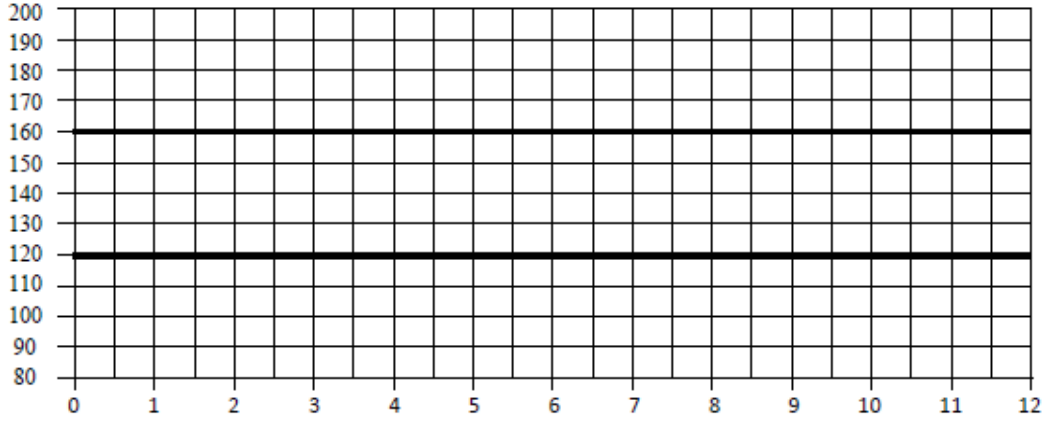
İzlemi Devir Alanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

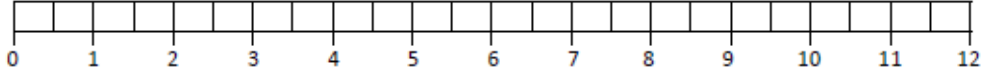
## PARTOGRAF

Hasta Adı Soyadı:	Gravida:	Parite:	Protokol No:
Yatış Tarihi:	Başvuru Saati:	Membran Ruptürü: .....saat	

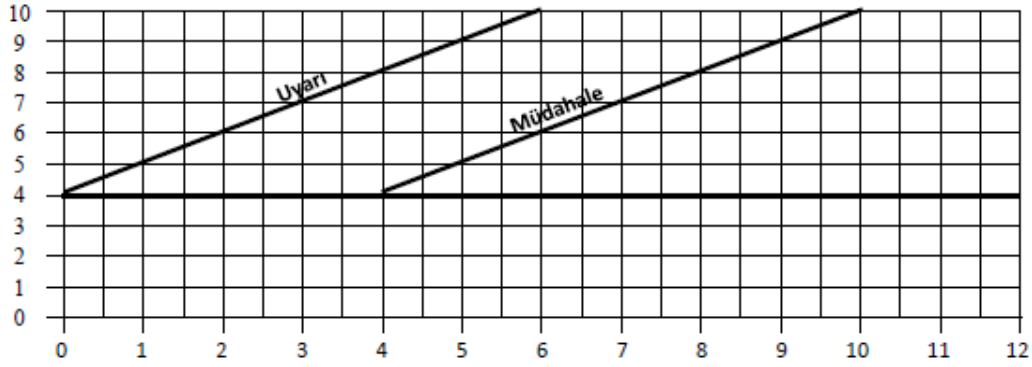
## Fetal Kalp Atım Hızı



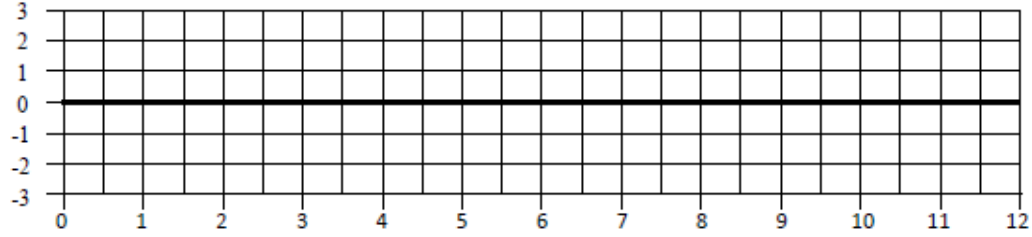
## Amniyon Sıvısı



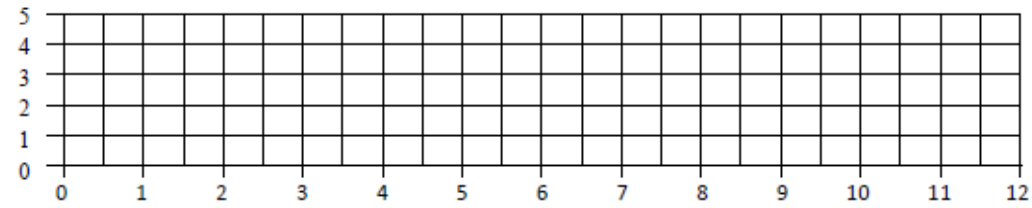
## Serviks Açıklığı



## Baş Seviyesi



## Kontraksiyon Süresi



İzlem Yapanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

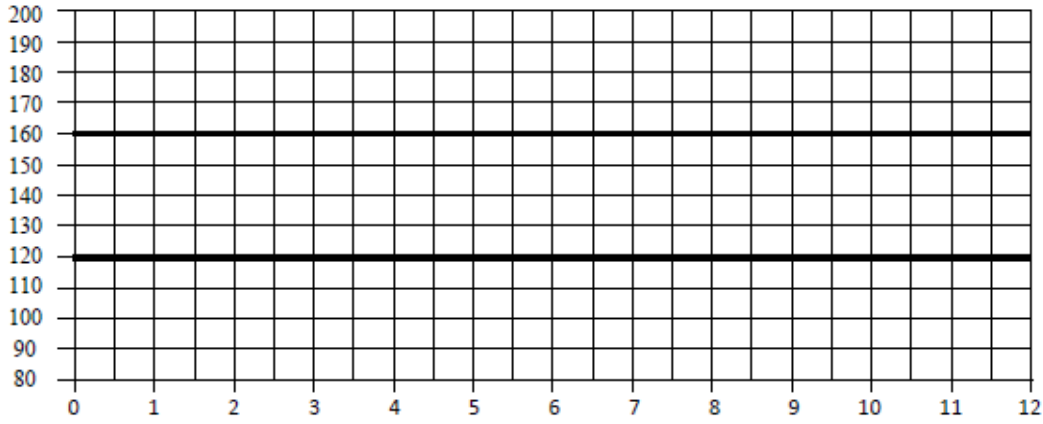
İzlemi Devir Alanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

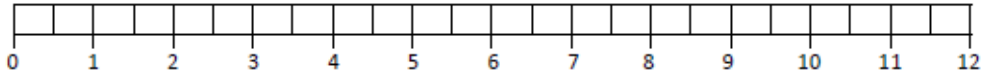
## PARTOGRAF

Hasta Adı Soyadı:	Gravida:	Parite:	Protokol No:
Yatış Tarihi:	Başvuru Saati:	Membran Ruptürü: .....saat	

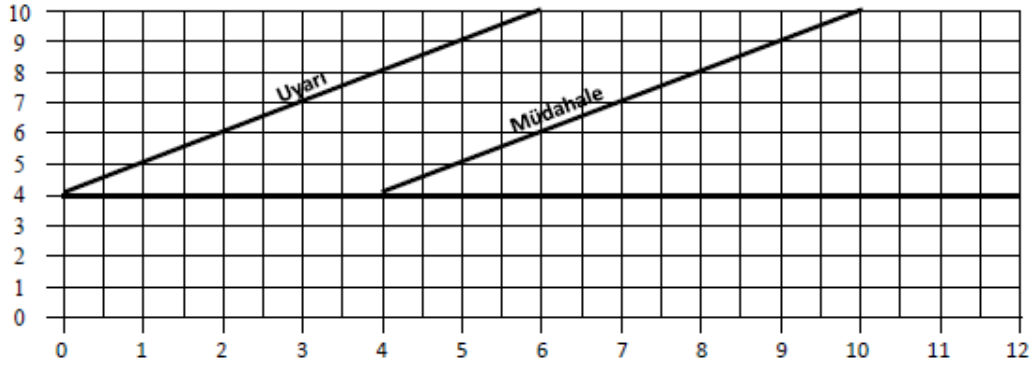
## Fetal Kalp Atım Hızı



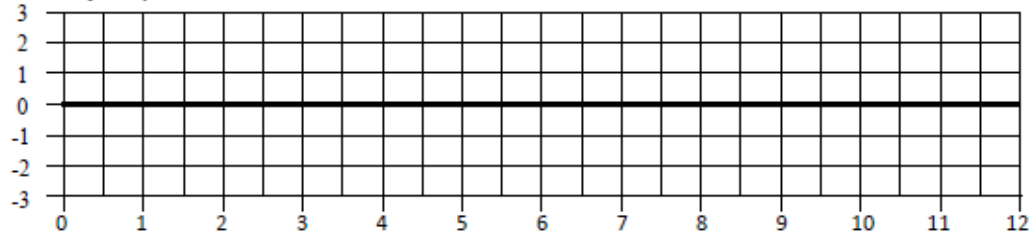
## Amniyon Sıvısı



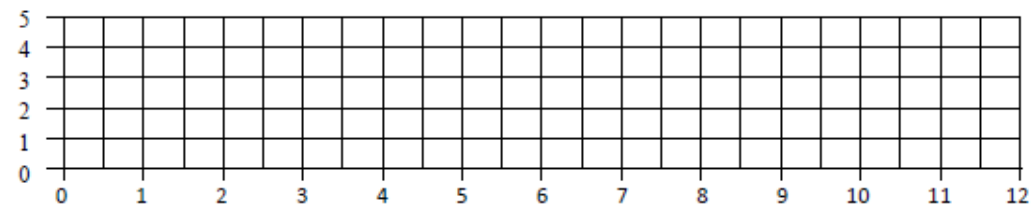
## Serviks Açıklığı



## Baş Seviyesi



## Kontraksiyon Süresi



İzlem Yapanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

İzlemi Devir Alanın Adı Soyadı:

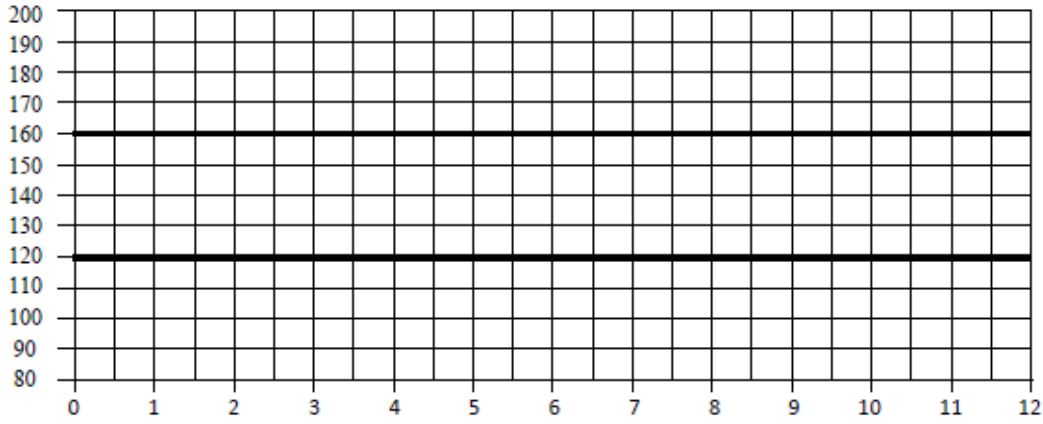
Başlama Saati:



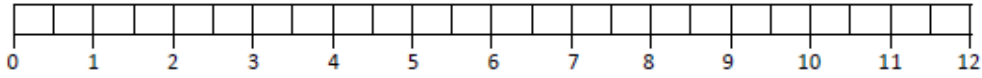
## PARTOGRAF

Hasta Adı Soyadı:	Gravida:	Parite:	Protokol No:
Yatış Tarihi:	Başvuru Saati:	Membran Ruptürü: .....saat	

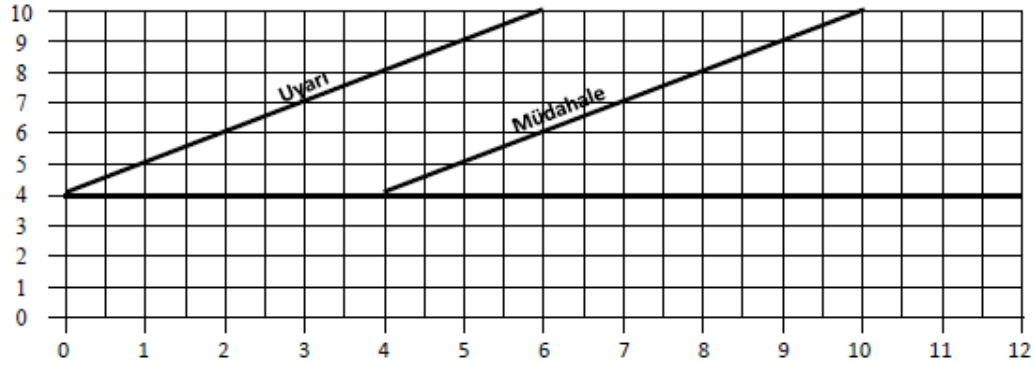
## Fetal Kalp Atım Hızı



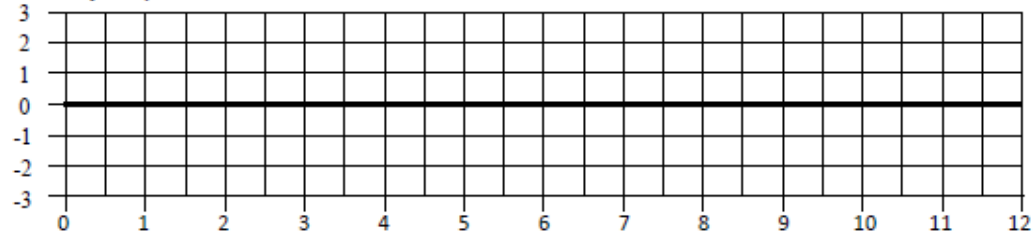
## Amniyon Sıvısı



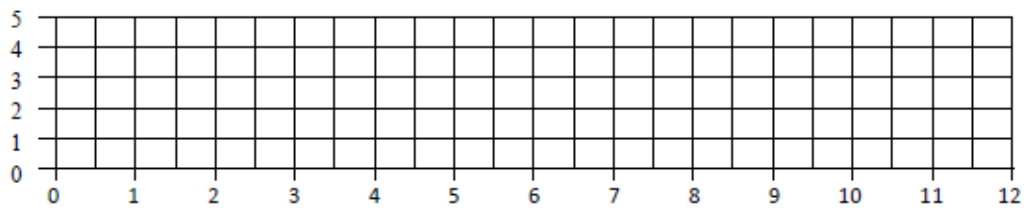
## Serviks Açıklığı



## Baş Seviyesi



## Kontraksiyon Süresi



İzlem Yapanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

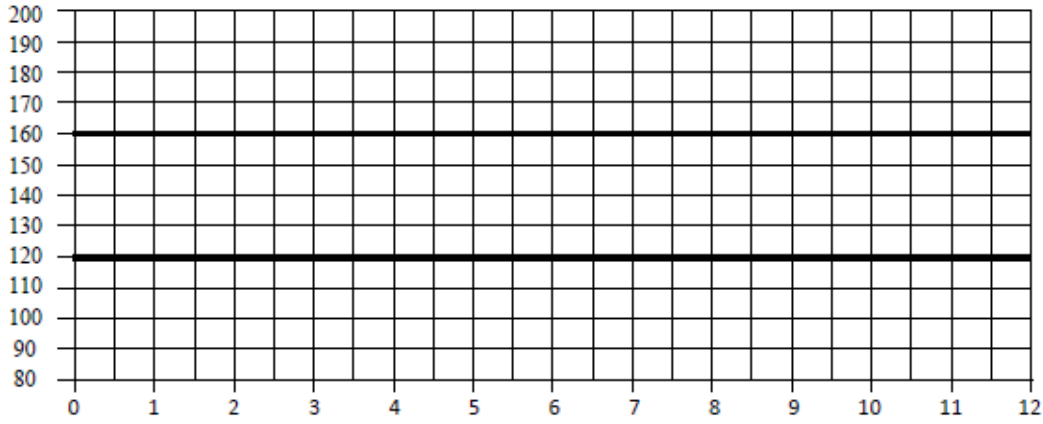
İzlemi Devir Alanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

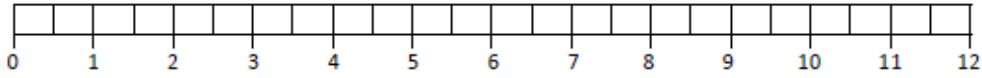
## PARTOGRAF

Hasta Adı Soyadı:	Gravida:	Parite:	Protokol No:
Yatış Tarihi:	Başvuru Saati:	Membran Ruptürü: .....saat	

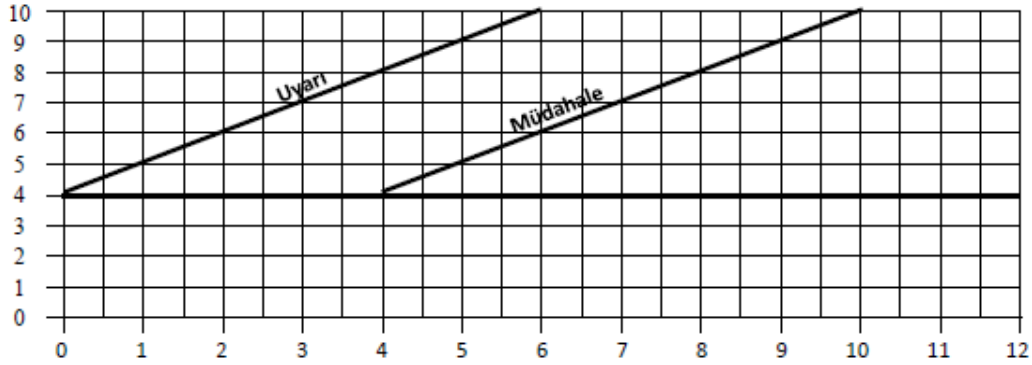
## Fetal Kalp Atım Hızı



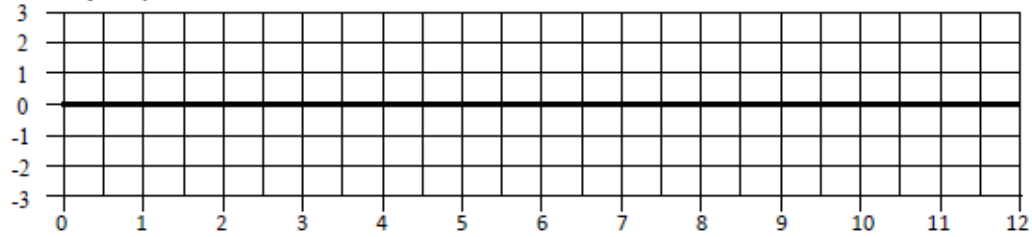
## Amniyon Sıvısı



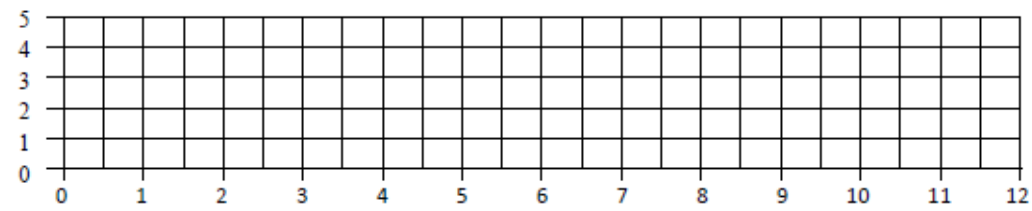
## Serviks Açıklığı



## Baş Seviyesi



## Kontraksiyon Süresi



İzlem Yapanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

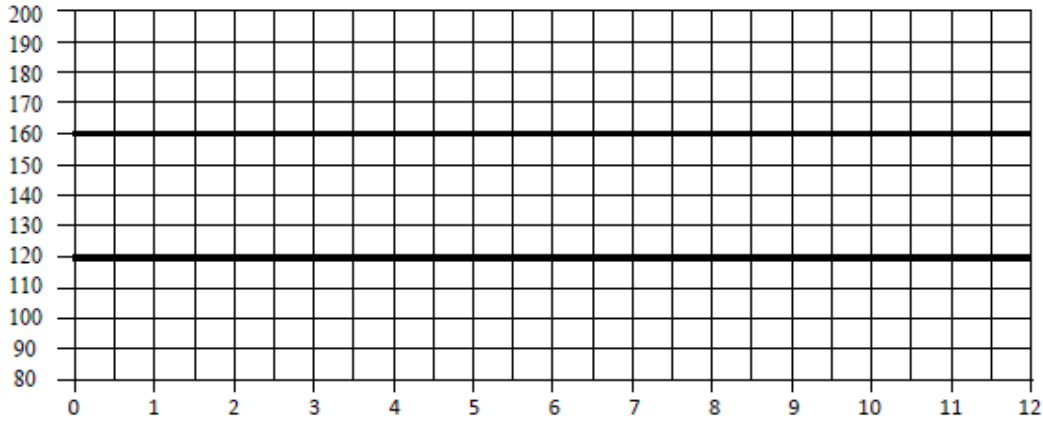
İzlemi Devir Alanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

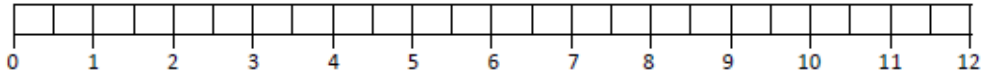
## PARTOGRAF

Hasta Adı Soyadı:	Gravida:	Parite:	Protokol No:
Yatış Tarihi:	Başvuru Saati:	Membran Ruptürü: .....saat	

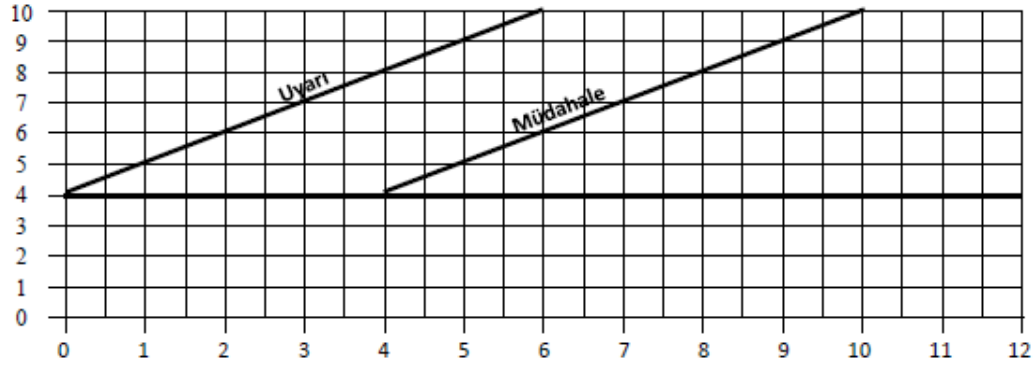
## Fetal Kalp Atım Hızı



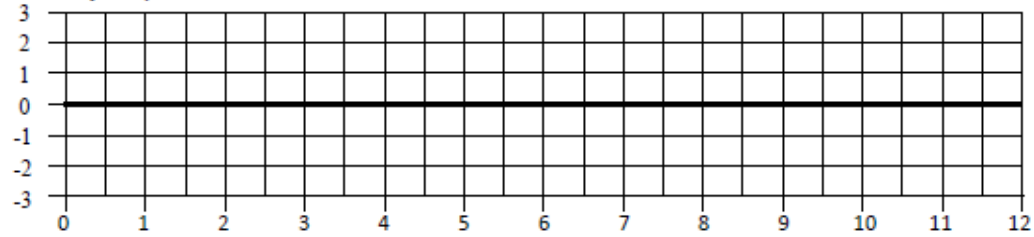
## Amniyon Sıvısı



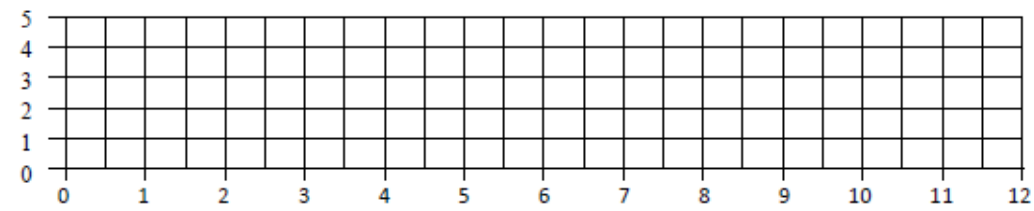
## Serviks Açıklığı



## Baş Seviyesi



## Kontraksiyon Süresi



İzlem Yapanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

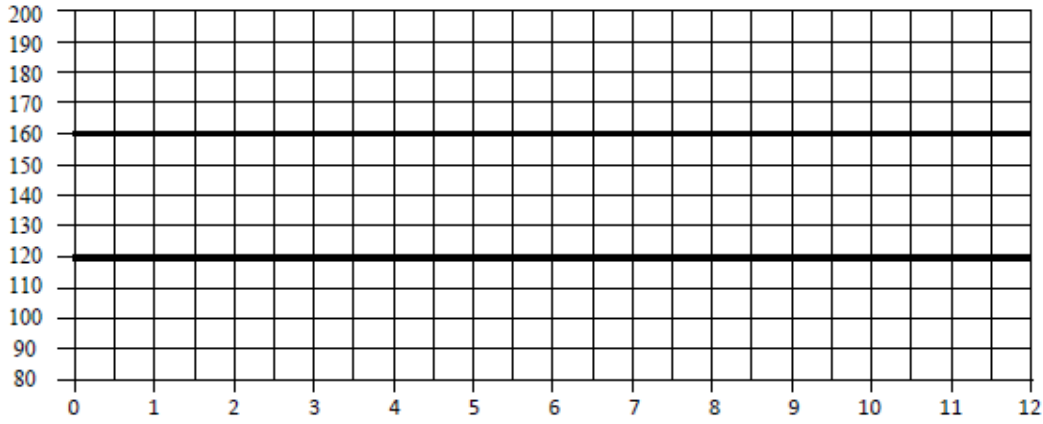
İzlemi Devir Alanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

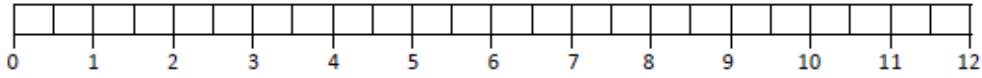
## PARTOGRAF

Hasta Adı Soyadı:	Gravida:	Parite:	Protokol No:
Yatış Tarihi:	Başvuru Saati:	Membran Ruptürü: .....saat	

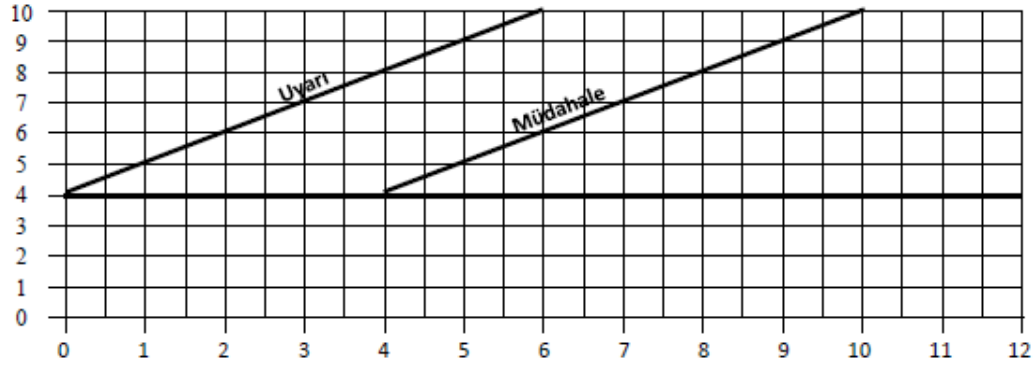
## Fetal Kalp Atım Hızı



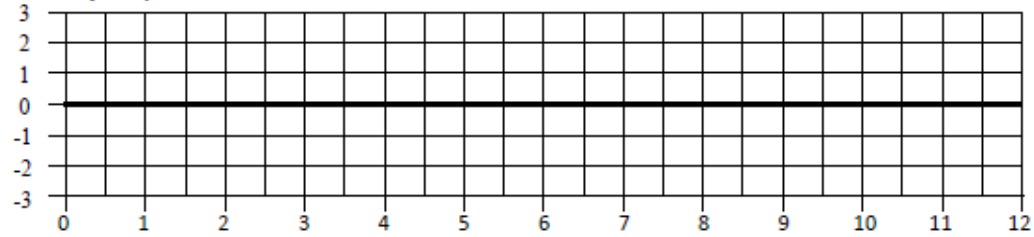
## Amniyon Sıvısı



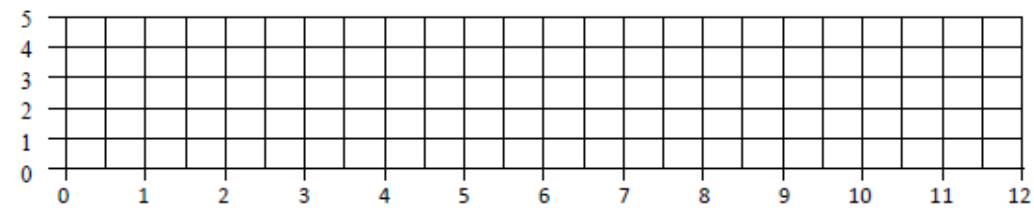
## Serviks Açıklığı



## Baş Seviyesi



## Kontraksiyon Süresi



İzlem Yapanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

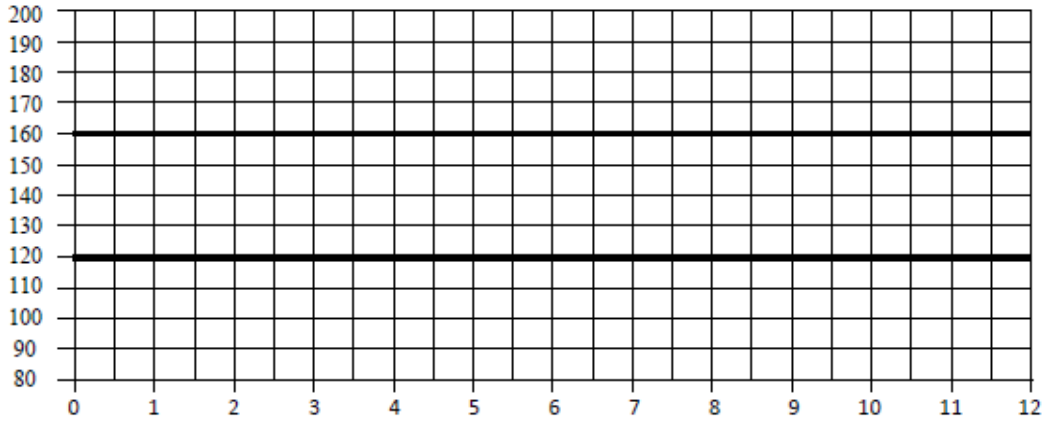
İzlemi Devir Alanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

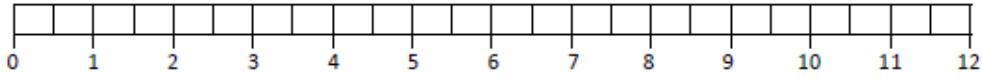
## PARTOGRAF

Hasta Adı Soyadı:	Gravida:	Parite:	Protokol No:
Yatış Tarihi:	Başvuru Saati:	Membran Ruptürü: .....saat	

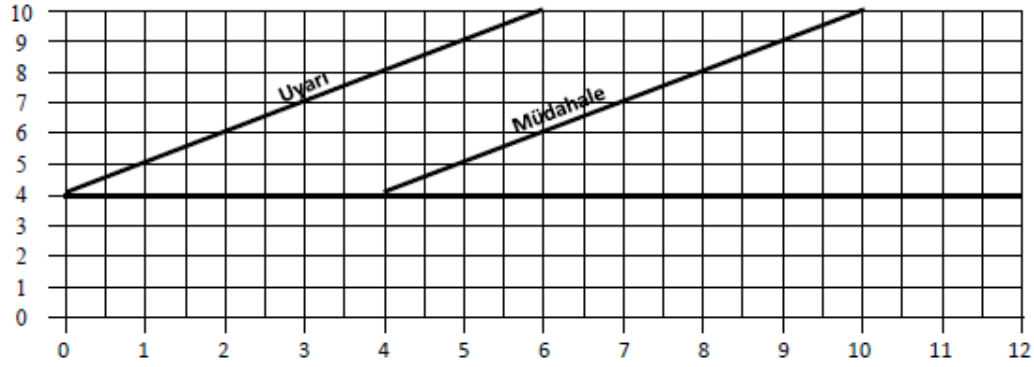
## Fetal Kalp Atım Hızı



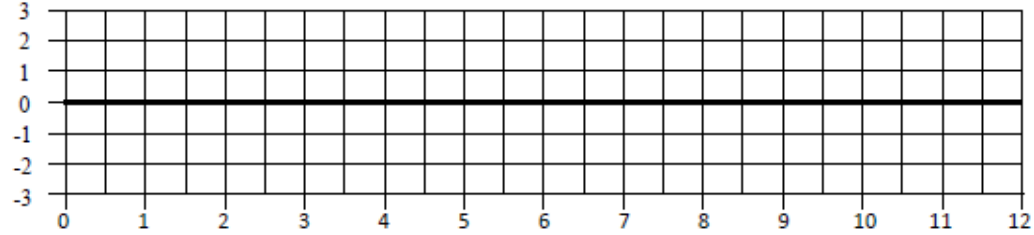
## Amniyon Sıvısı



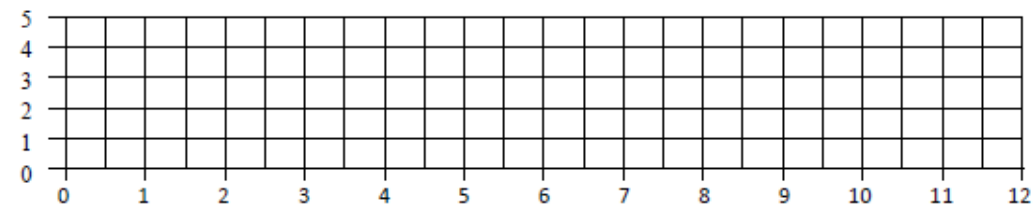
## Serviks Açıklığı



## Baş Seviyesi



## Kontraksiyon Süresi



İzlem Yapanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

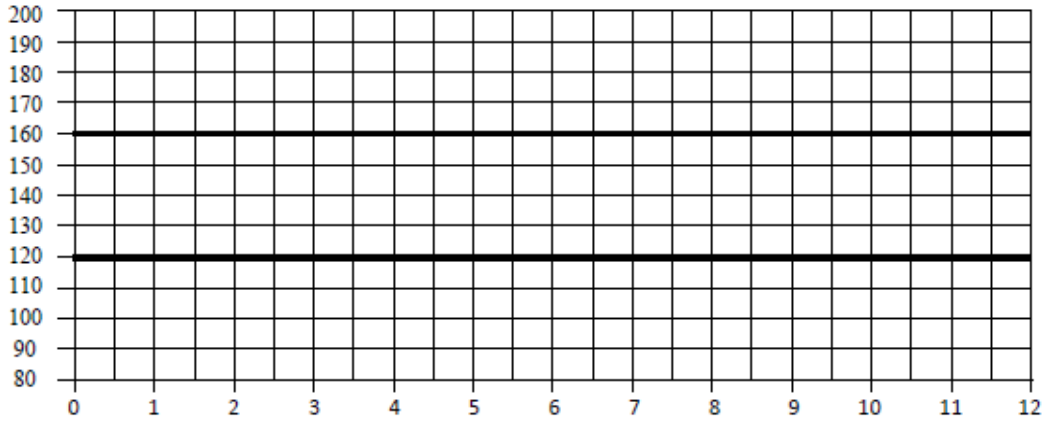
İzlemi Devir Alanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

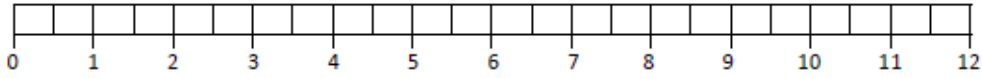
## PARTOGRAF

Hasta Adı Soyadı:	Gravida:	Parite:	Protokol No:
Yatış Tarihi:	Başvuru Saati:	Membran Ruptürü: .....saat	

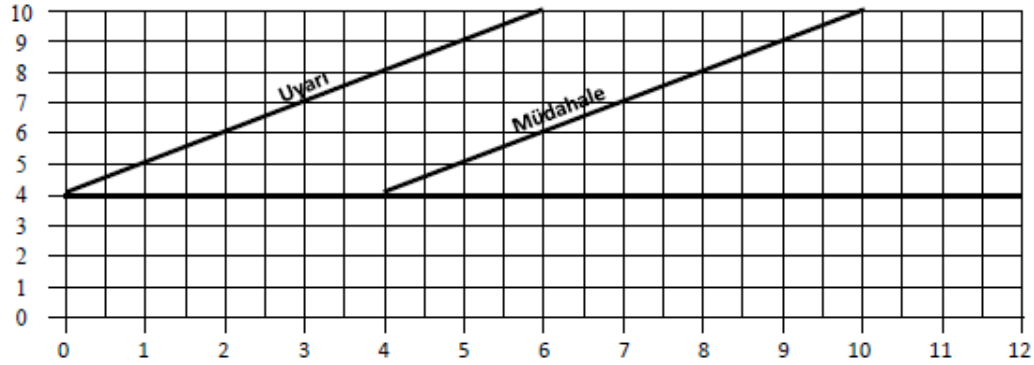
## Fetal Kalp Atım Hızı



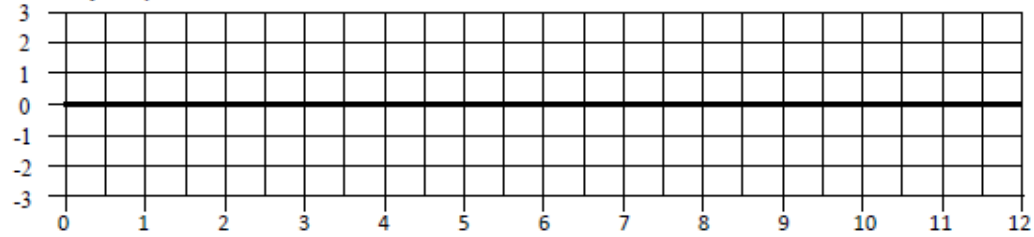
## Amniyon Sıvısı



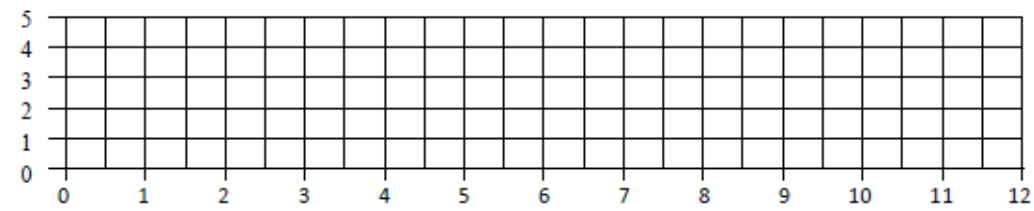
## Serviks Açıklığı



## Baş Seviyesi



## Kontraksiyon Süresi



İzlem Yapanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

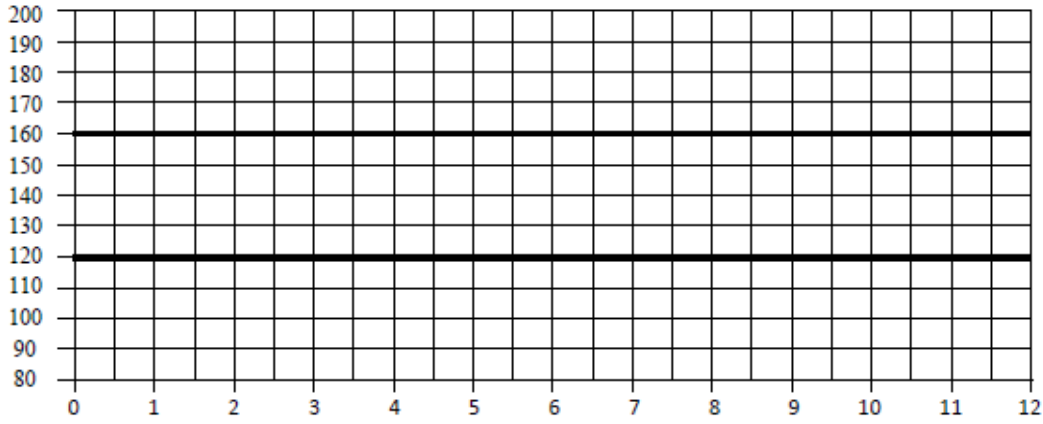
İzlemi Devir Alanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

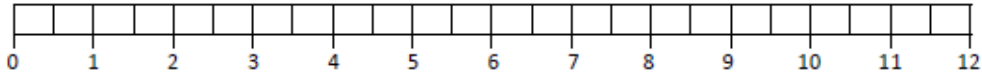
## PARTOGRAF

Hasta Adı Soyadı:	Gravida:	Parite:	Protokol No:
Yatış Tarihi:	Başvuru Saati:	Membran Ruptürü: .....saat	

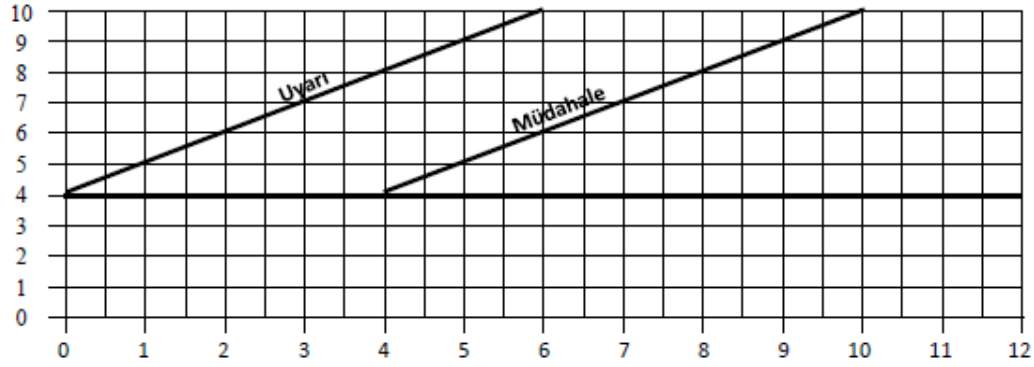
## Fetal Kalp Atım Hızı



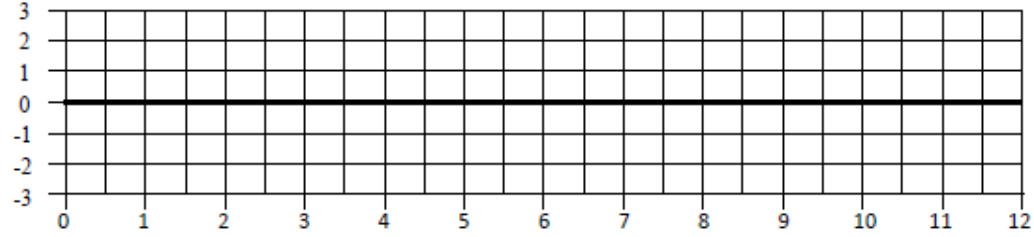
## Amniyon Sıvısı



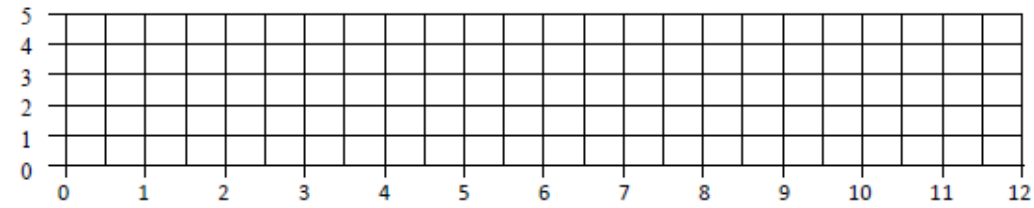
## Serviks Açıklığı



## Baş Seviyesi



## Kontraksiyon Süresi



İzlem Yapanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

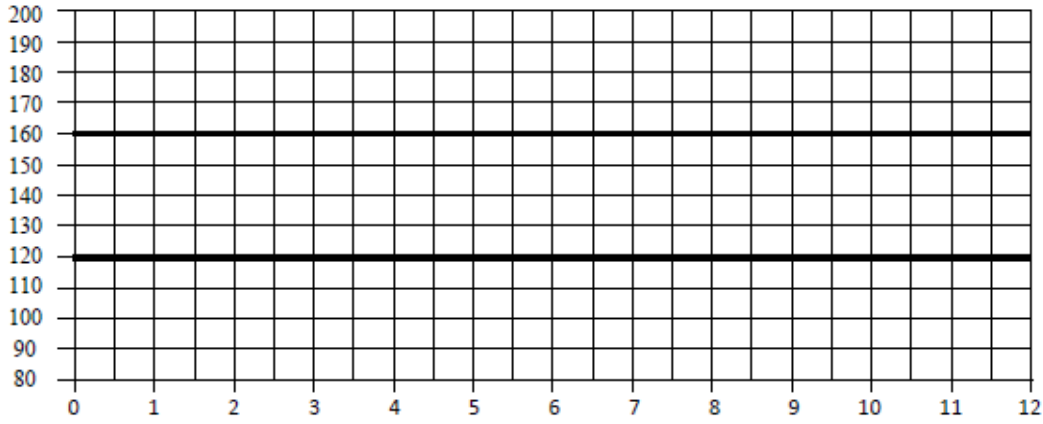
İzlemi Devir Alanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

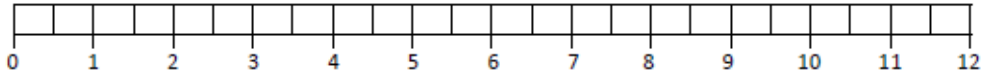
## PARTOGRAF

Hasta Adı Soyadı:	Gravida:	Parite:	Protokol No:
Yatış Tarihi:	Başvuru Saati:	Membran Ruptürü: .....saat	

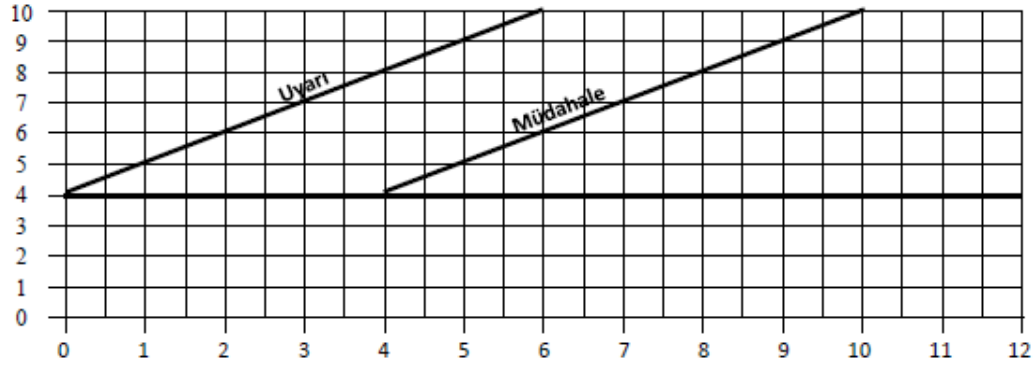
## Fetal Kalp Atım Hızı



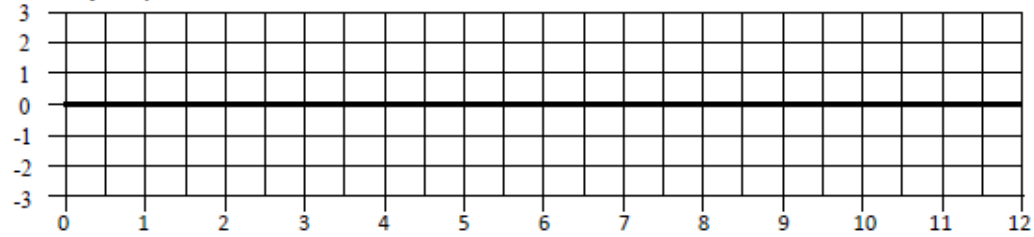
## Amniyon Sıvısı



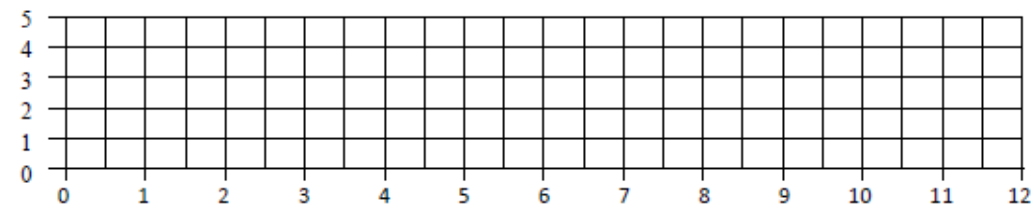
## Serviks Açıklığı



## Baş Seviyesi



## Kontraksiyon Süresi



İzlem Yapanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

İzlemi Devir Alanın Adı Soyadı:

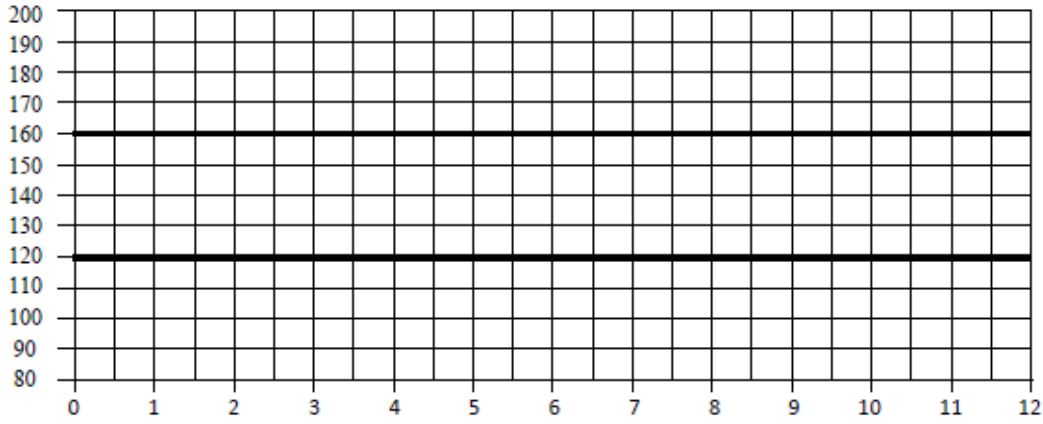
Başlama Saati:



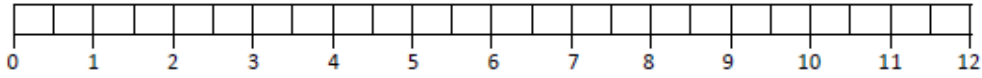
## PARTOGRAF

Hasta Adı Soyadı:	Gravida:	Parite:	Protokol No:
Yatış Tarihi:	Başvuru Saati:	Membran Ruptürü: .....saat	

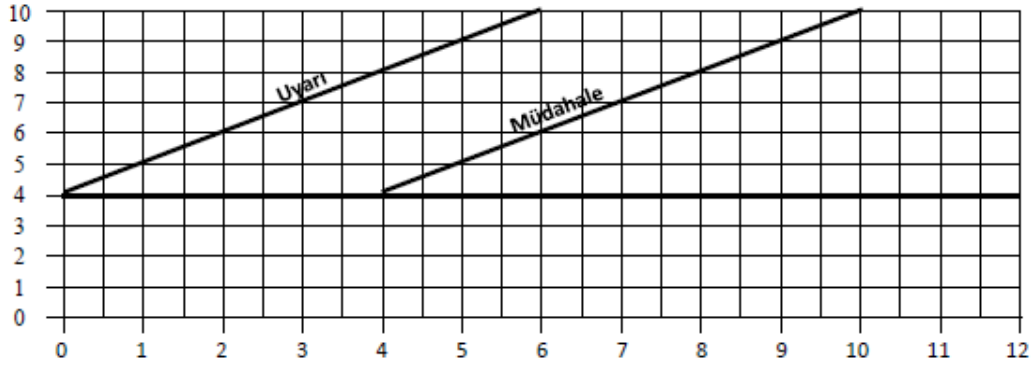
## Fetal Kalp Atım Hızı



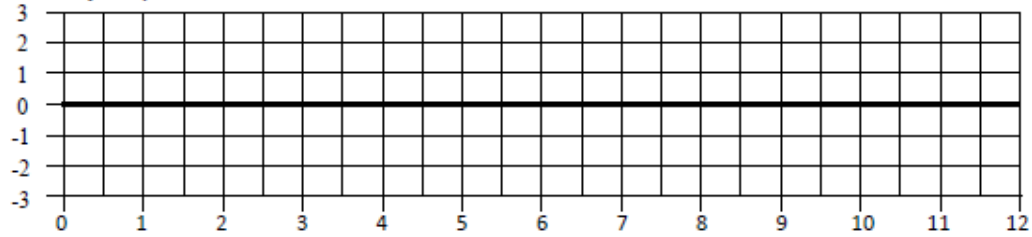
## Amniyon Sıvısı



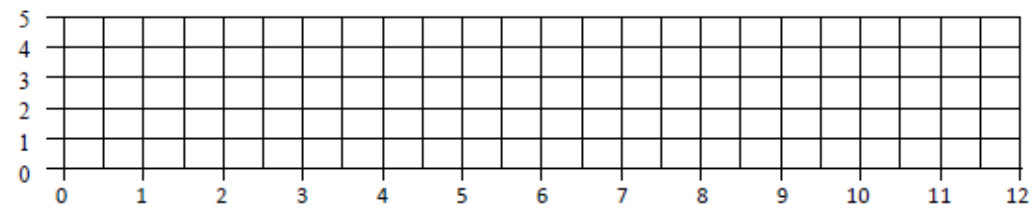
## Serviks Açıklığı



## Baş Seviyesi



## Kontraksiyon Süresi



İzlem Yapanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

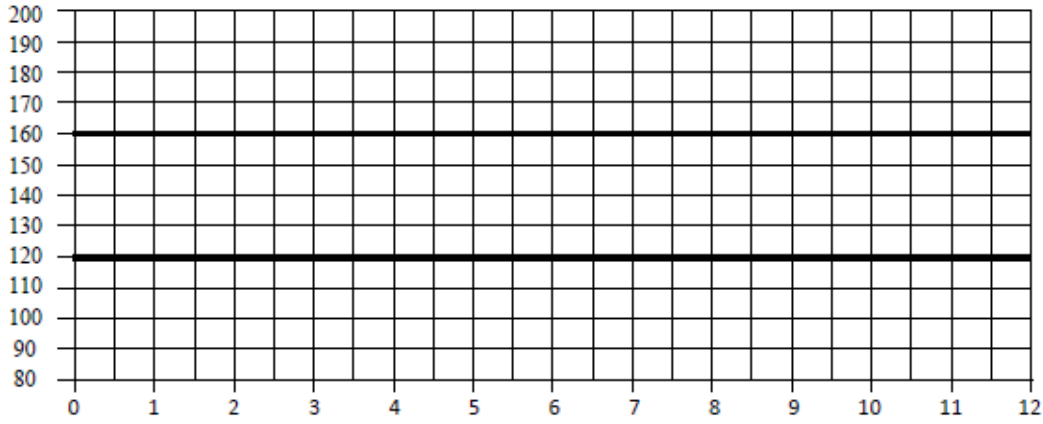
İzlemi Devir Alanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

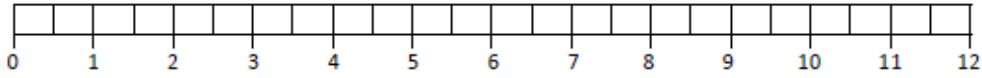
## PARTOGRAF

Hasta Adı Soyadı:	Gravida:	Parite:	Protokol No:
Yatış Tarihi:	Başvuru Saati:	Membran Ruptürü: .....saat	

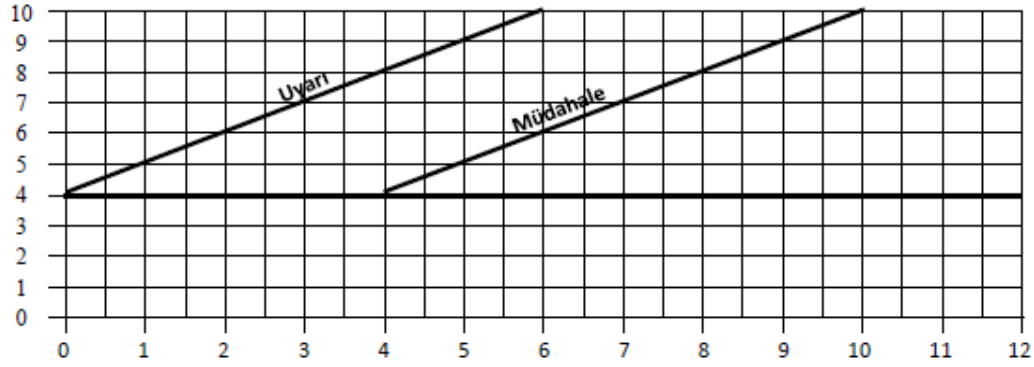
## Fetal Kalp Atım Hızı



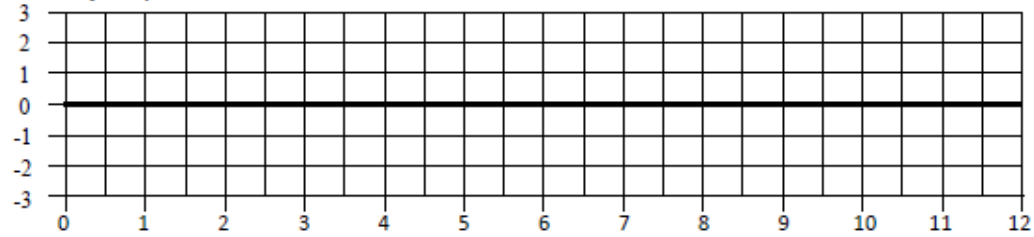
## Amniyon Sıvısı



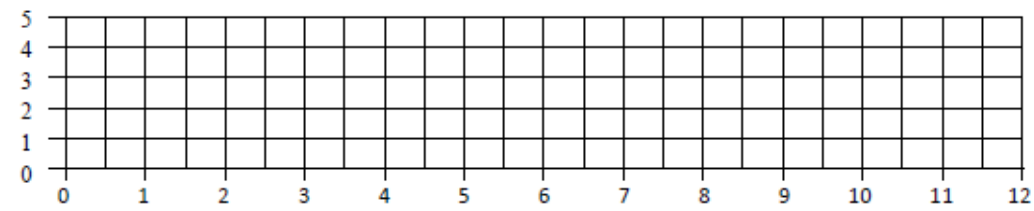
## Serviks Açıklığı



## Baş Seviyesi



## Kontraksiyon Süresi



İzlem Yapanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

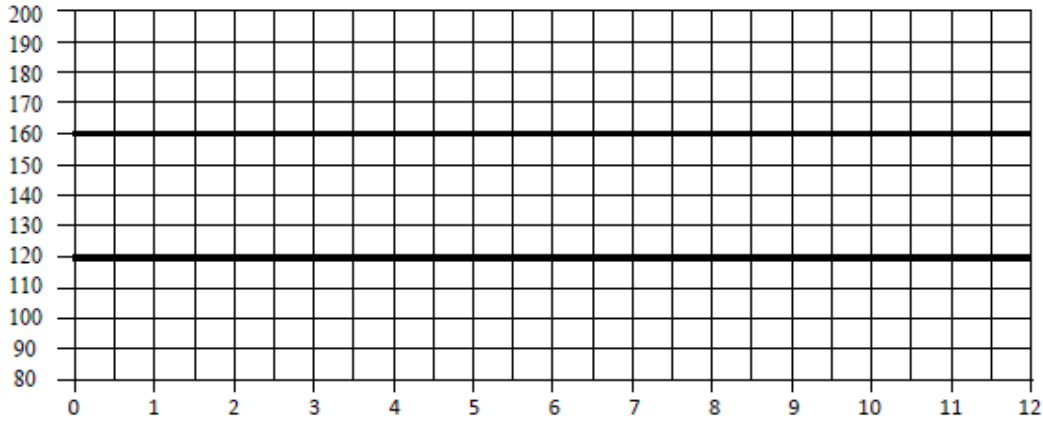
İzlemi Devir Alanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

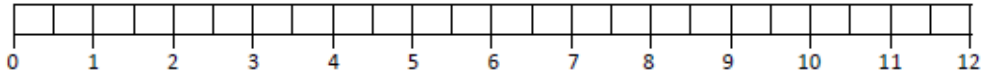
## PARTOGRAF

Hasta Adı Soyadı:	Gravida:	Parite:	Protokol No:
Yatış Tarihi:	Başvuru Saati:	Membran Ruptürü: .....saat	

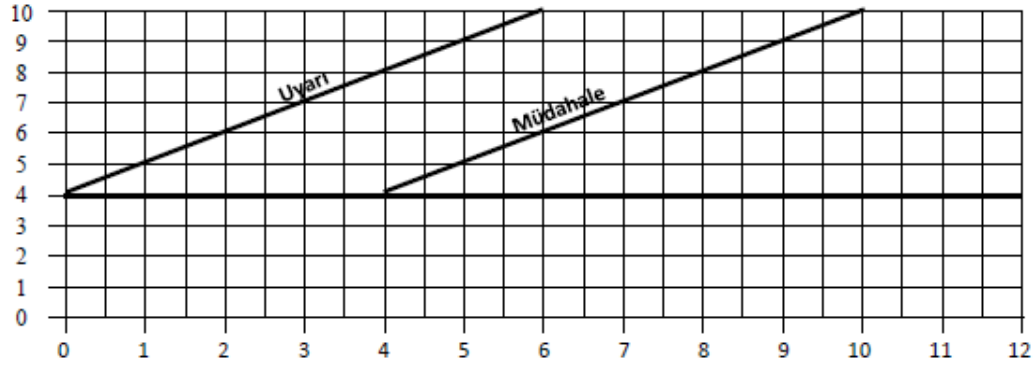
## Fetal Kalp Atım Hızı



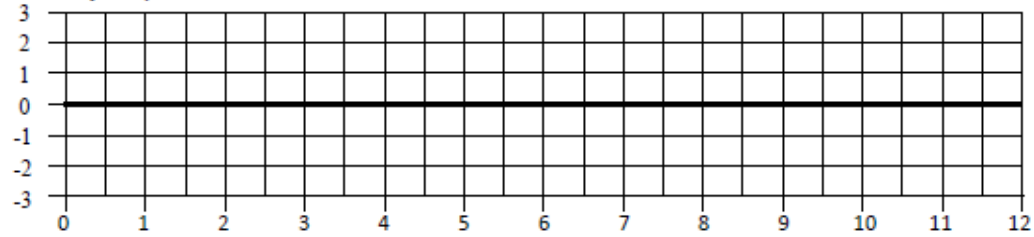
## Amniyon Sıvısı



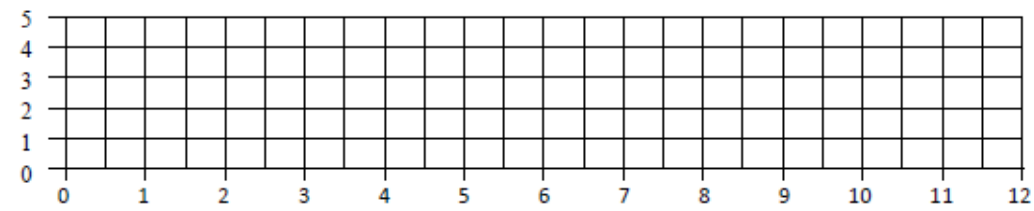
## Serviks Açıklığı



## Baş Seviyesi



## Kontraksiyon Süresi



İzlem Yapanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

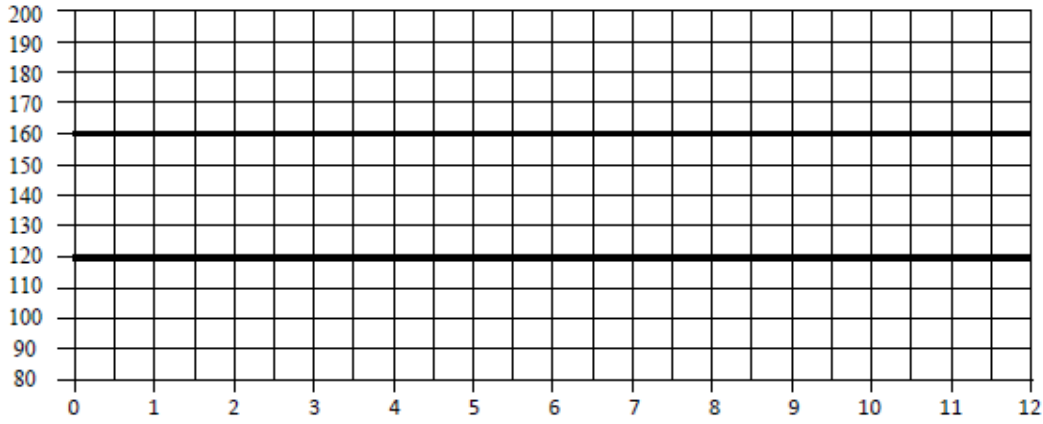
İzlemi Devir Alanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

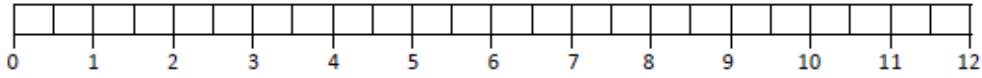
## PARTOGRAF

Hasta Adı Soyadı:	Gravida:	Parite:	Protokol No:
Yatış Tarihi:	Başvuru Saati:	Membran Ruptürü: .....saat	

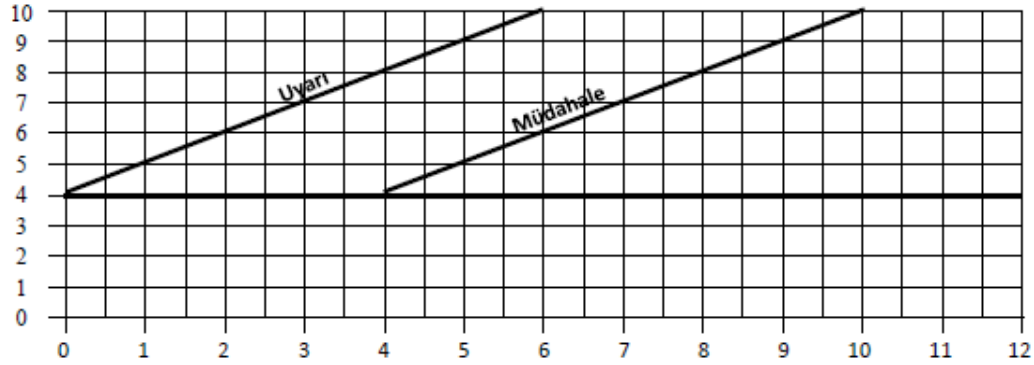
## Fetal Kalp Atım Hızı



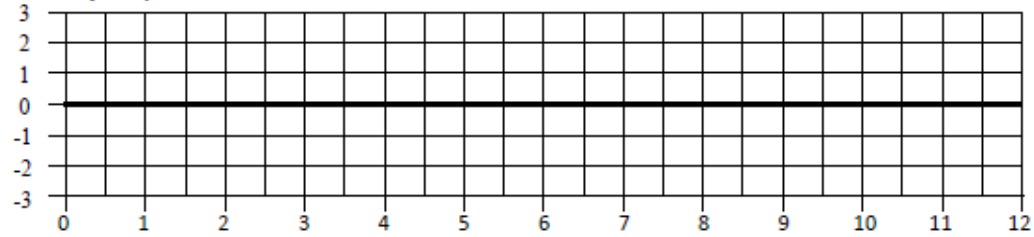
## Amniyon Sıvısı



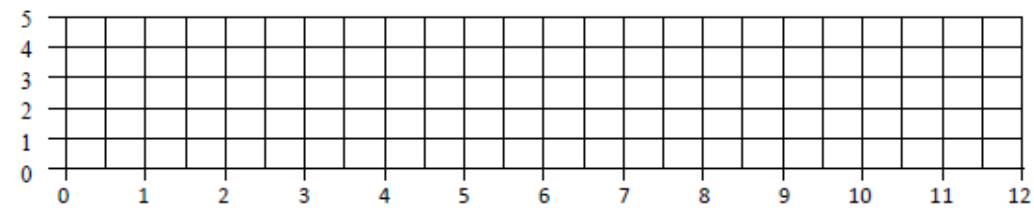
## Serviks Açıklığı



## Baş Seviyesi



## Kontraksiyon Süresi



İzlem Yapanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

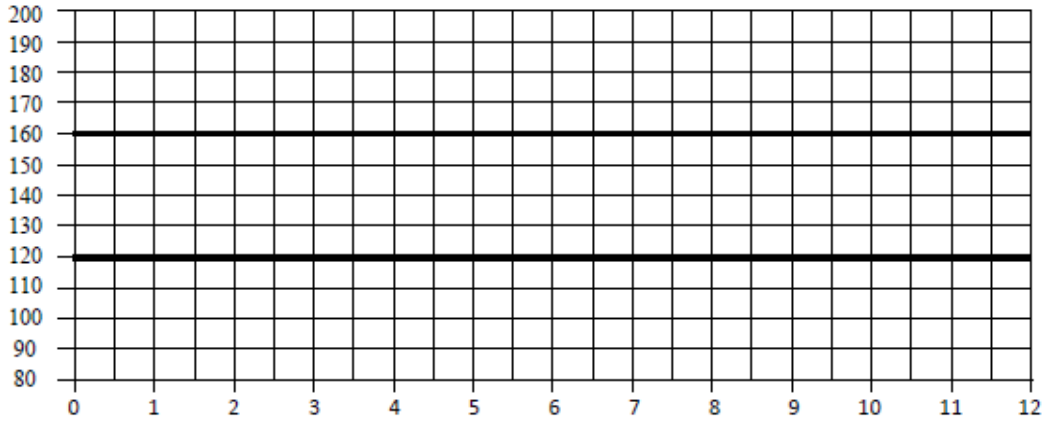
İzlemi Devir Alanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

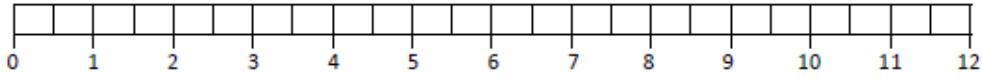
## PARTOGRAF

Hasta Adı Soyadı:	Gravida:	Parite:	Protokol No:
Yatış Tarihi:	Başvuru Saati:	Membran Ruptürü: .....saat	

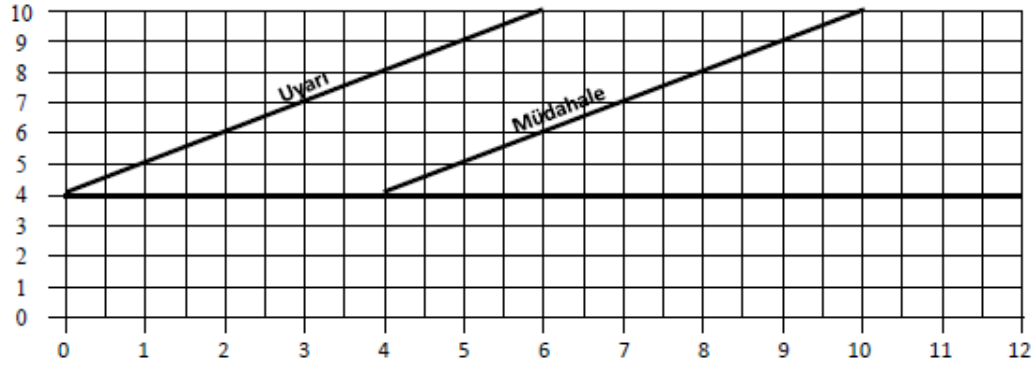
## Fetal Kalp Atım Hızı



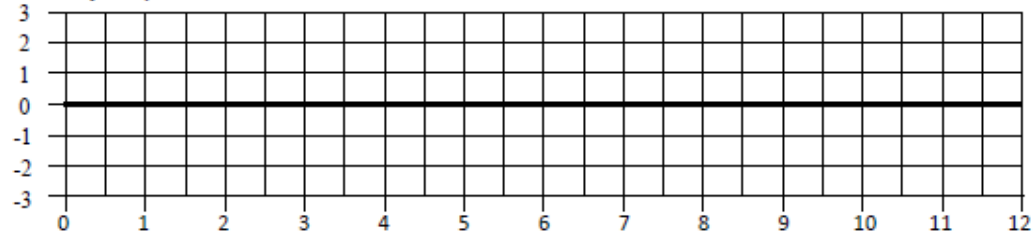
## Amniyon Sıvısı



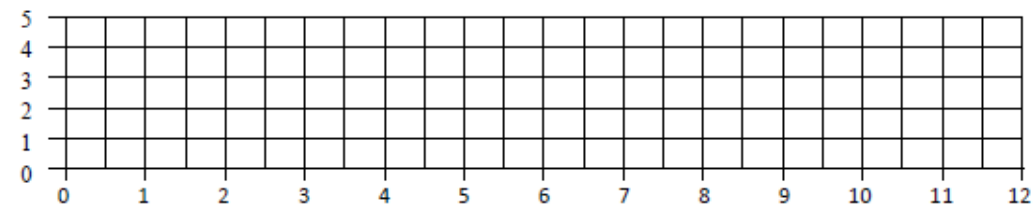
## Serviks Açıklığı



## Baş Seviyesi



## Kontraksiyon Süresi



İzlem Yapanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

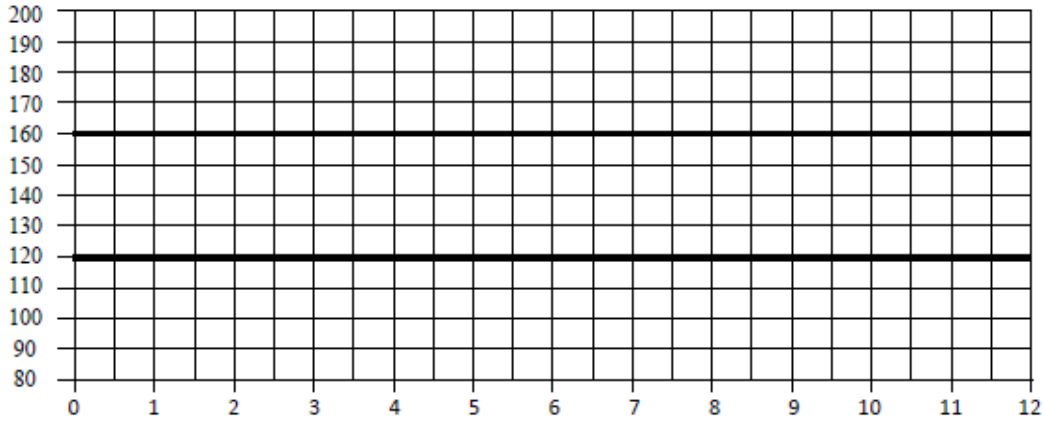
İzlemi Devir Alanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

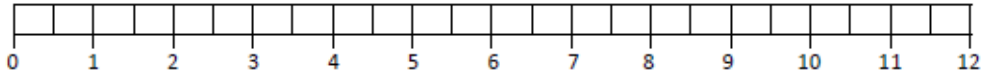
## PARTOGRAF

Hasta Adı Soyadı:	Gravida:	Parite:	Protokol No:
Yatış Tarihi:	Başvuru Saati:	Membran Ruptürü: .....saat	

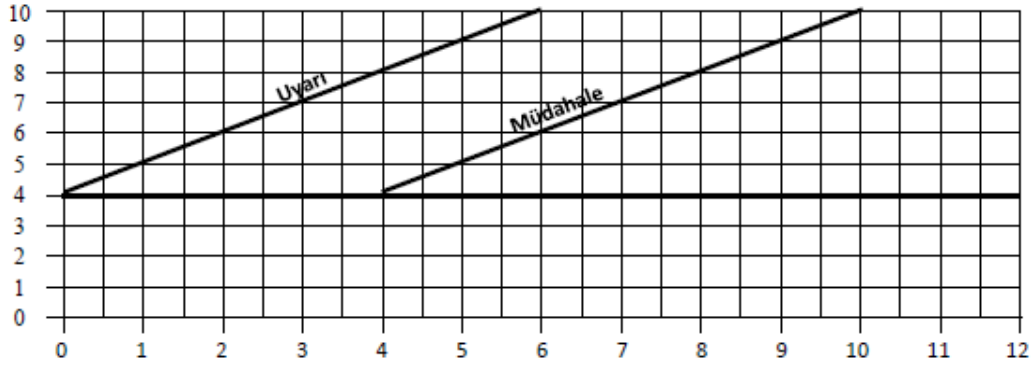
## Fetal Kalp Atım Hızı



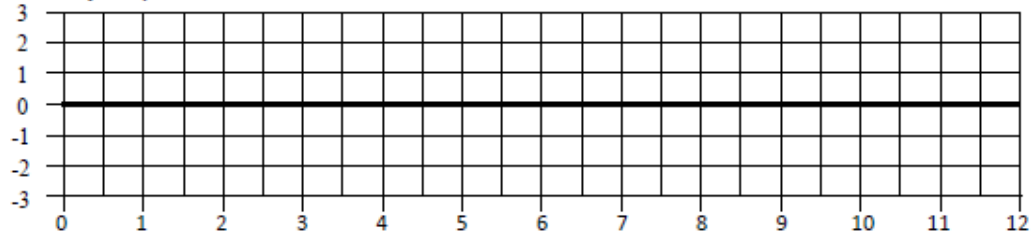
## Amniyon Sıvısı



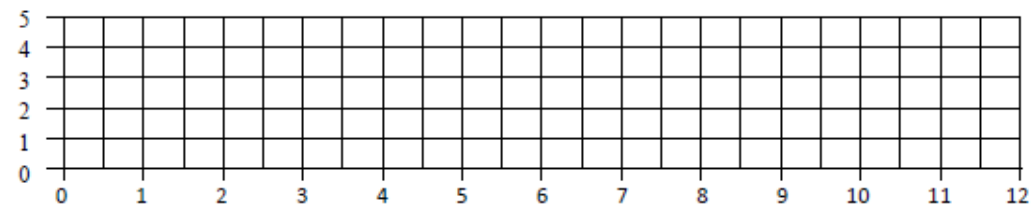
## Serviks Açıklığı



## Baş Seviyesi



## Kontraksiyon Süresi



İzlem Yapanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

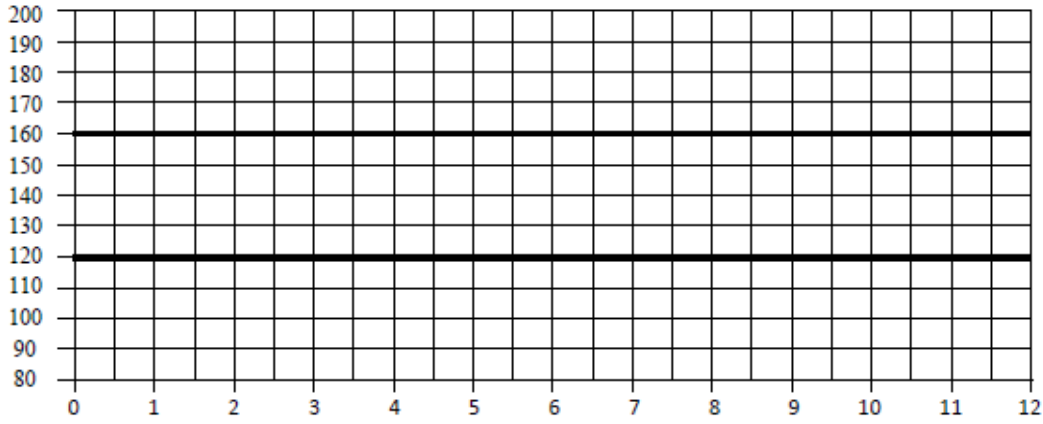
İzlemi Devir Alanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

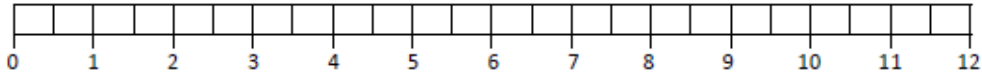
## PARTOGRAF

Hasta Adı Soyadı:	Gravida:	Parite:	Protokol No:
Yatış Tarihi:	Başvuru Saati:	Membran Ruptürü: .....saat	

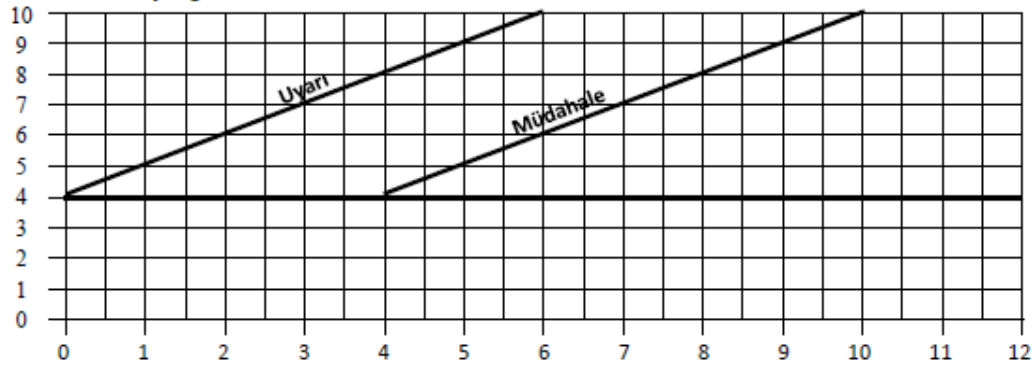
## Fetal Kalp Atım Hızı



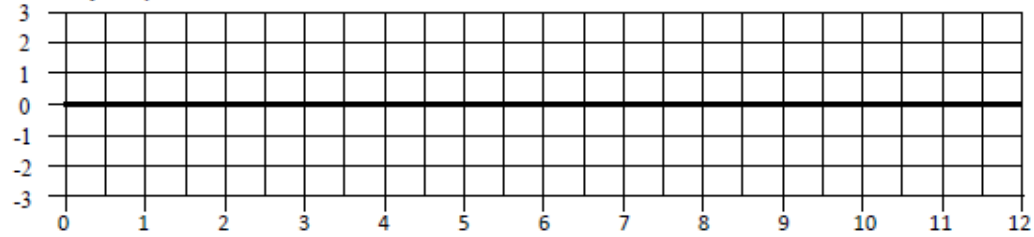
## Amniyon Sıvısı



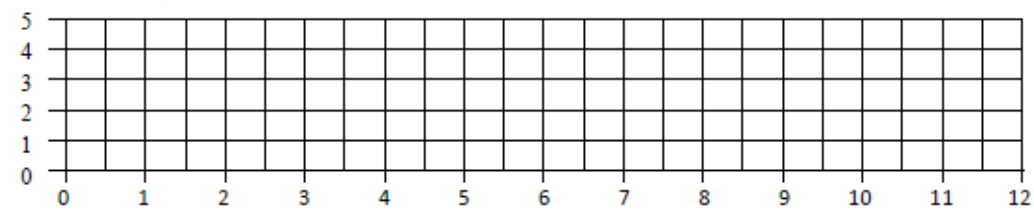
## Serviks Açıklığı



## Baş Seviyesi



## Kontraksiyon Süresi



İzlem Yapanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

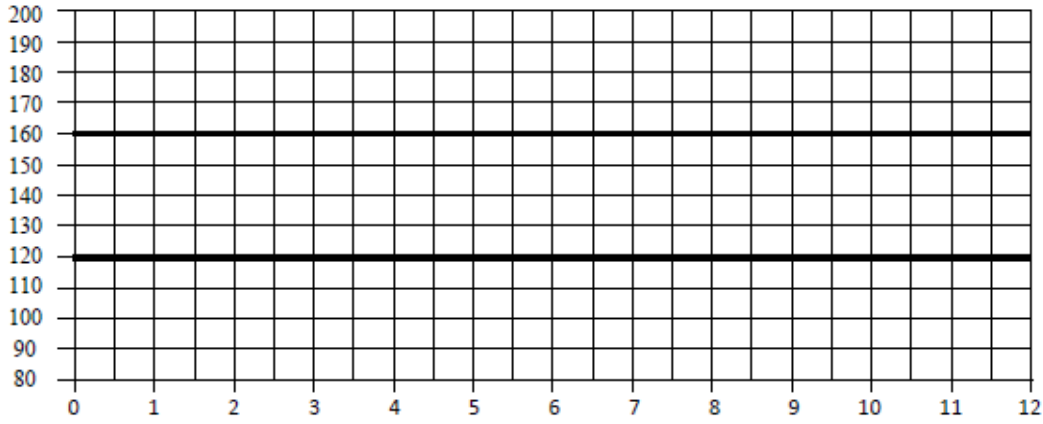
İzlemi Devir Alanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

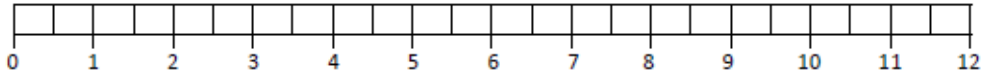
## PARTOGRAF

Hasta Adı Soyadı:	Gravida:	Parite:	Protokol No:
Yatış Tarihi:	Başvuru Saati:	Membran Ruptürü: .....saat	

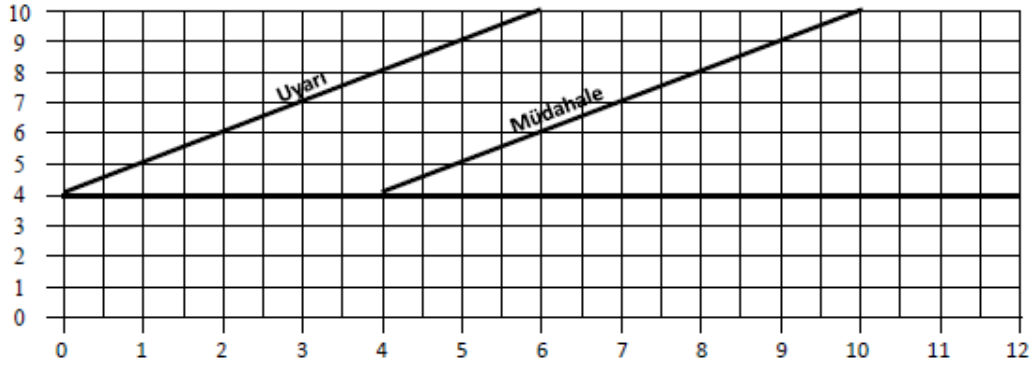
## Fetal Kalp Atım Hızı



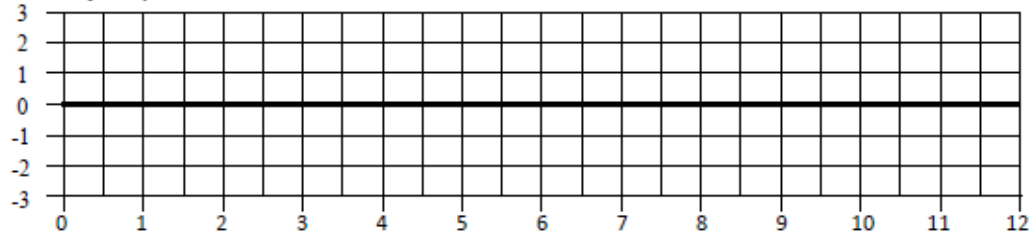
## Amniyon Sıvısı



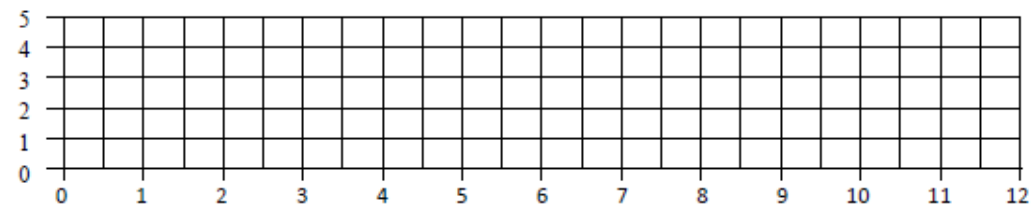
## Serviks Açıklığı



## Baş Seviyesi



## Kontraksiyon Süresi



İzlem Yapanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

İzlemi Devir Alanın Adı Soyadı:

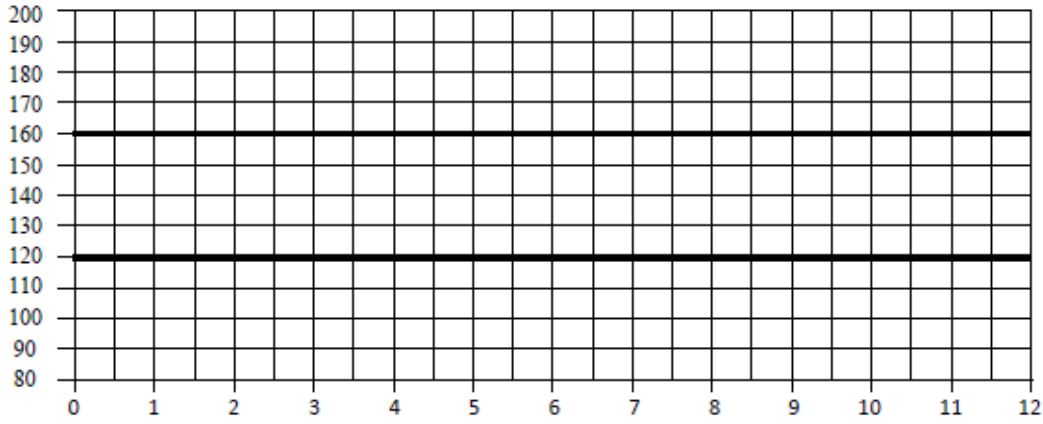
Başlama Saati:



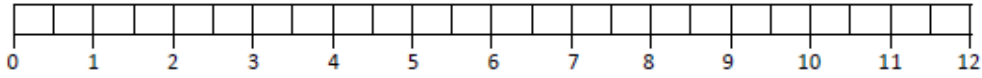
## PARTOGRAF

Hasta Adı Soyadı:	Gravida:	Parite:	Protokol No:
Yatış Tarihi:	Başvuru Saati:	Membran Ruptürü: .....saat	

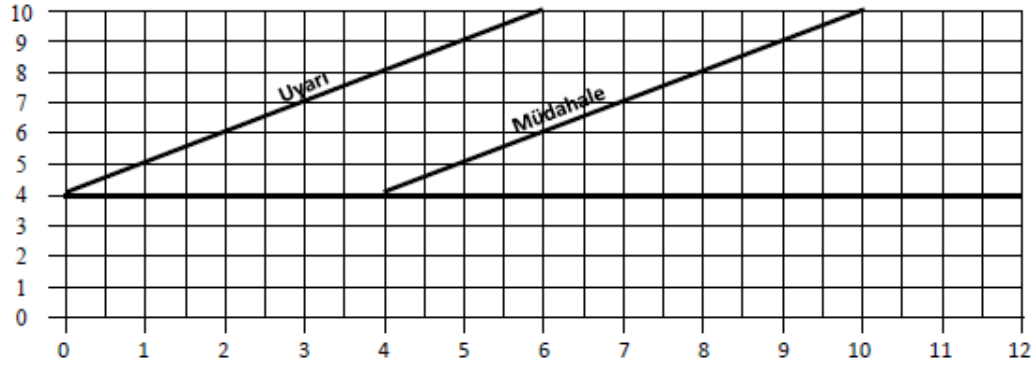
## Fetal Kalp Atım Hızı



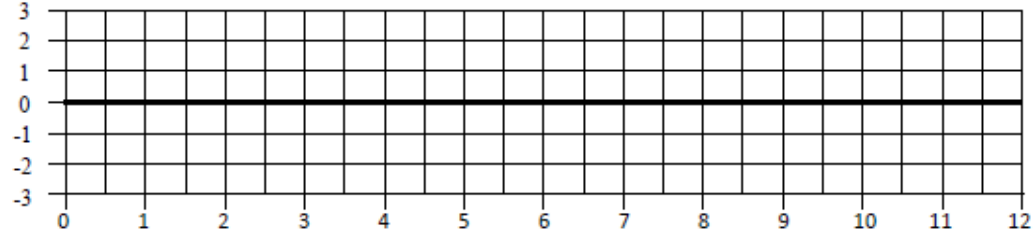
## Amniyon Sıvısı



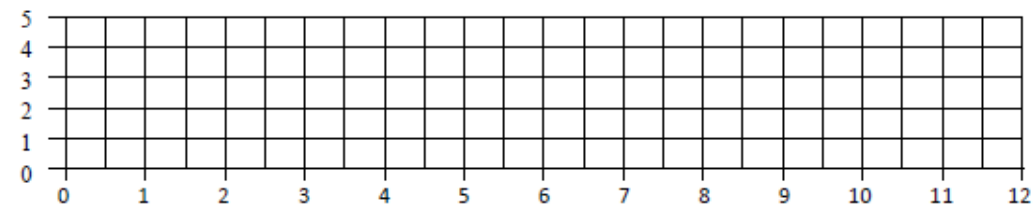
## Serviks Açıklığı



## Baş Seviyesi



## Kontraksiyon Süresi



İzlem Yapanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

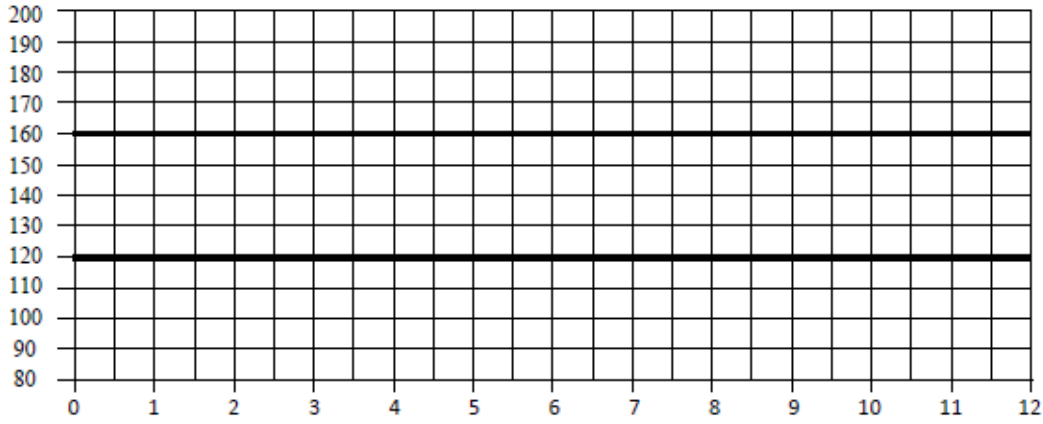
İzlemi Devir Alanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

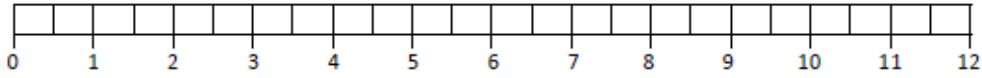
## PARTOGRAF

Hasta Adı Soyadı:	Gravida:	Parite:	Protokol No:
Yatış Tarihi:	Başvuru Saati:	Membran Ruptürü: .....saat	

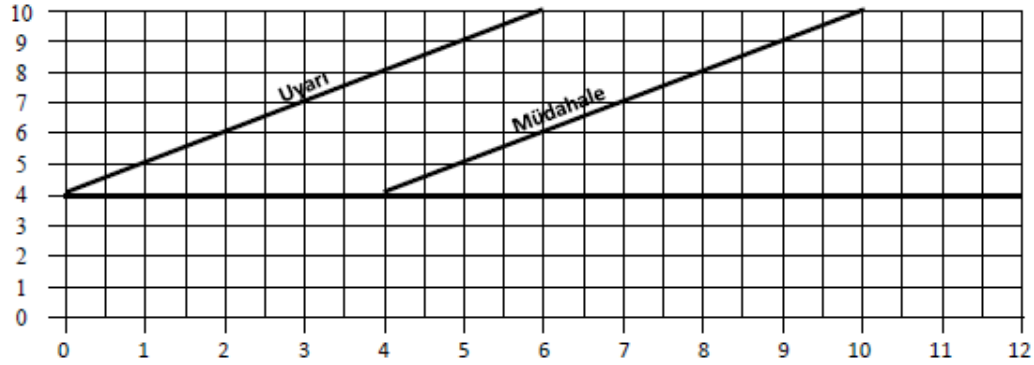
## Fetal Kalp Atım Hızı



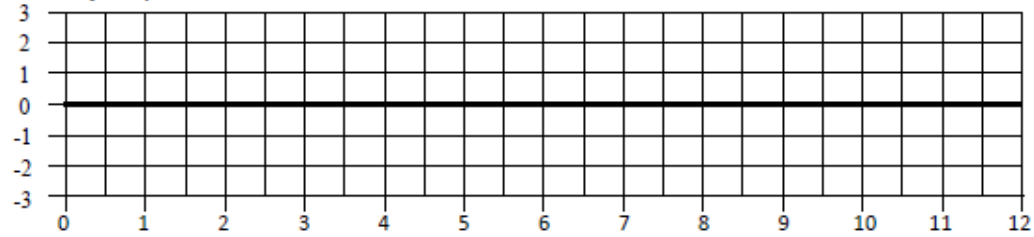
## Amniyon Sıvısı



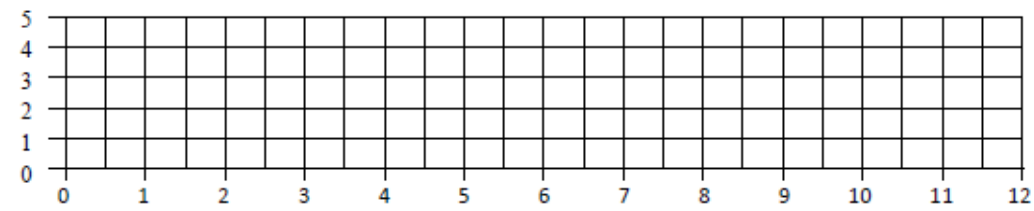
## Serviks Açıklığı



## Baş Seviyesi



## Kontraksiyon Süresi



İzlem Yapanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

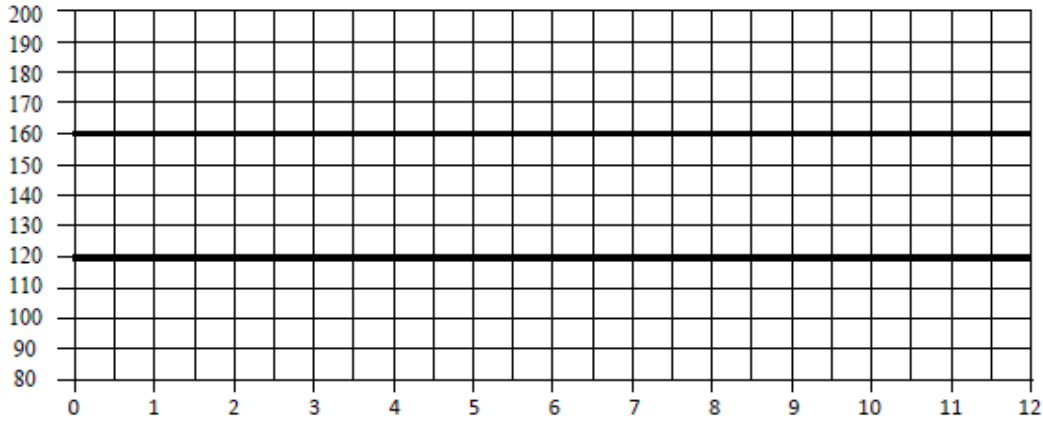
İzlemi Devir Alanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

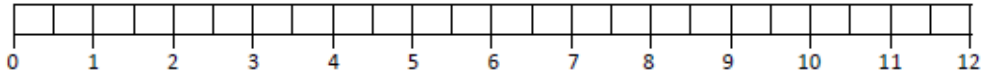
## PARTOGRAF

Hasta Adı Soyadı:	Gravida:	Parite:	Protokol No:
Yatış Tarihi:	Başvuru Saati:	Membran Ruptürü: .....saat	

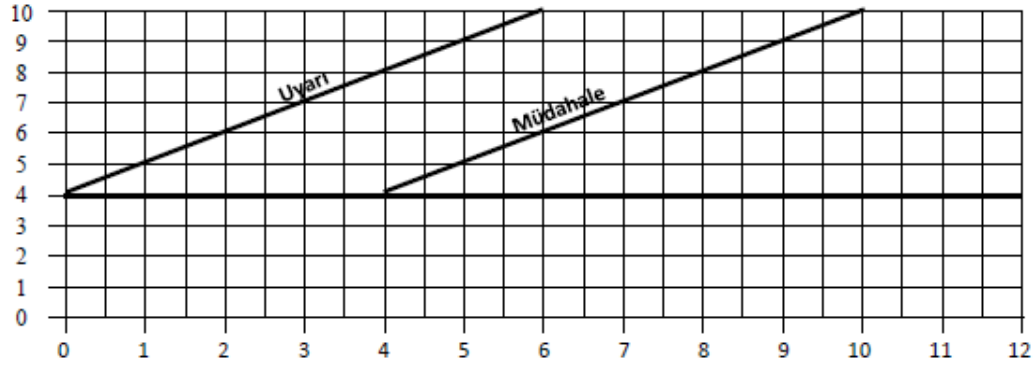
## Fetal Kalp Atım Hızı



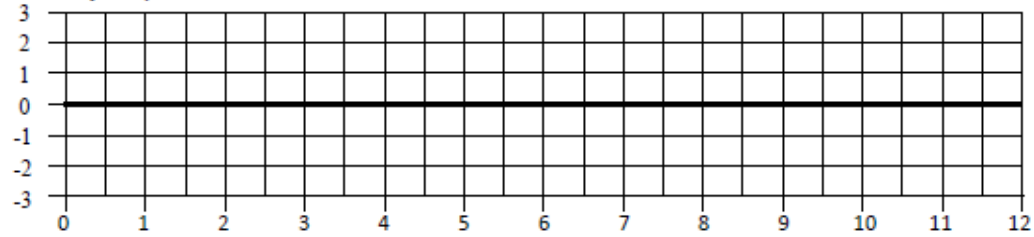
## Amniyon Sıvısı



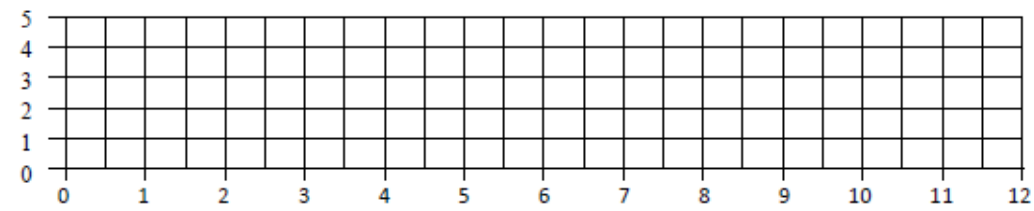
## Serviks Açıklığı



## Baş Seviyesi



## Kontraksiyon Süresi



İzlem Yapanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

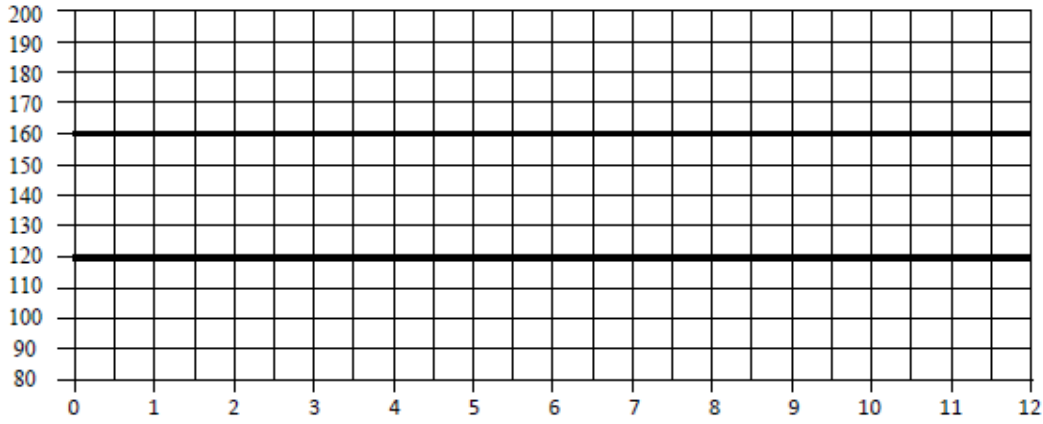
İzlemi Devir Alanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

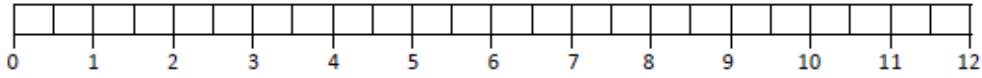
## PARTOGRAF

Hasta Adı Soyadı:	Gravida:	Parite:	Protokol No:
Yatış Tarihi:	Başvuru Saati:	Membran Ruptürü: .....saat	

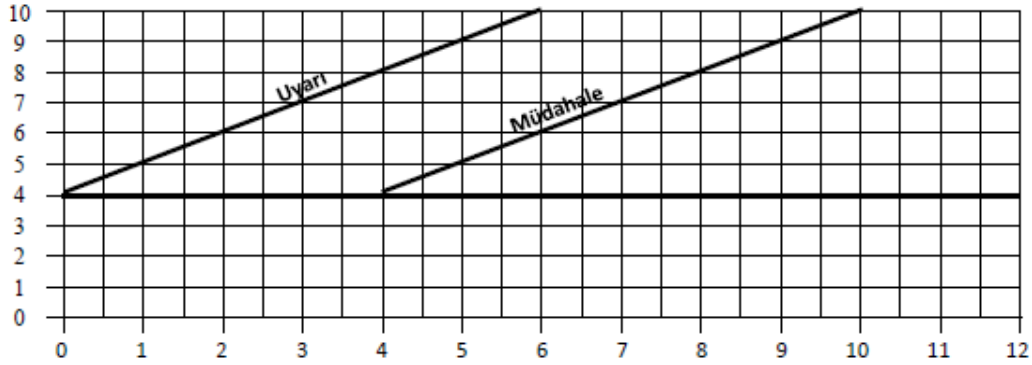
## Fetal Kalp Atım Hızı



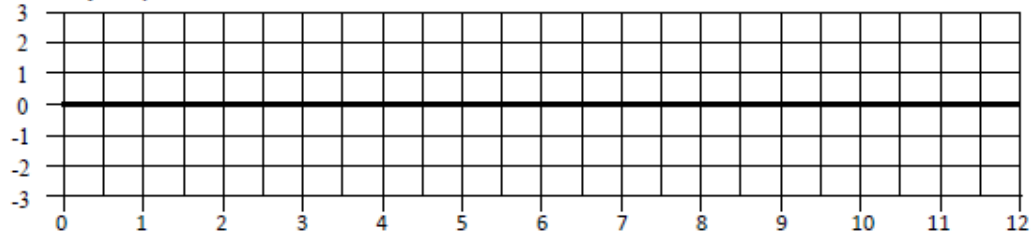
## Amniyon Sıvısı



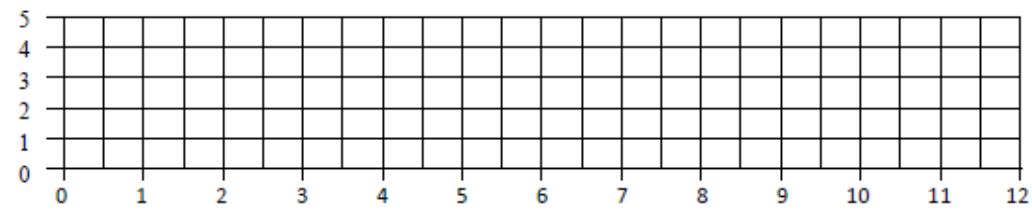
## Serviks Açıklığı



## Baş Seviyesi



## Kontraksiyon Süresi



İzlem Yapanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

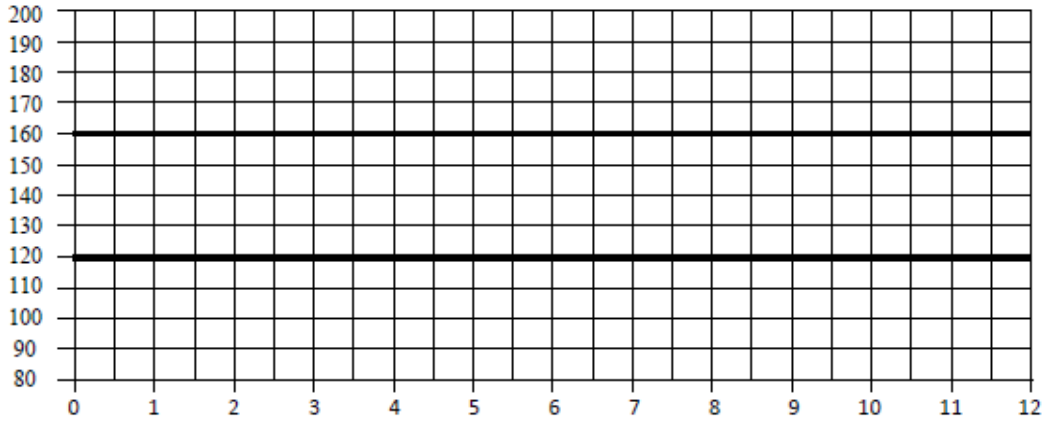
İzlemi Devir Alanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

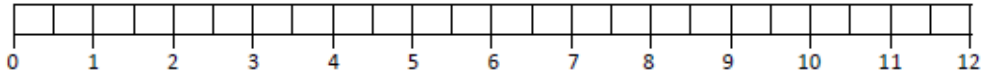
## PARTOGRAF

Hasta Adı Soyadı:	Gravida:	Parite:	Protokol No:
Yatış Tarihi:	Başvuru Saati:	Membran Ruptürü: .....saat	

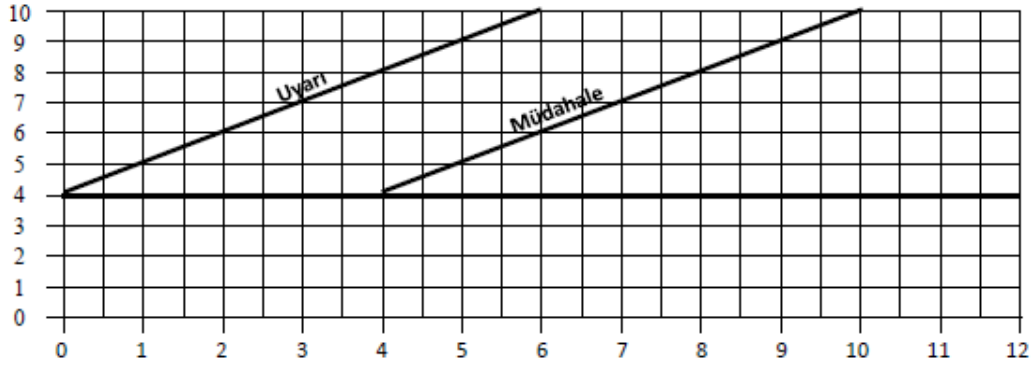
## Fetal Kalp Atım Hızı



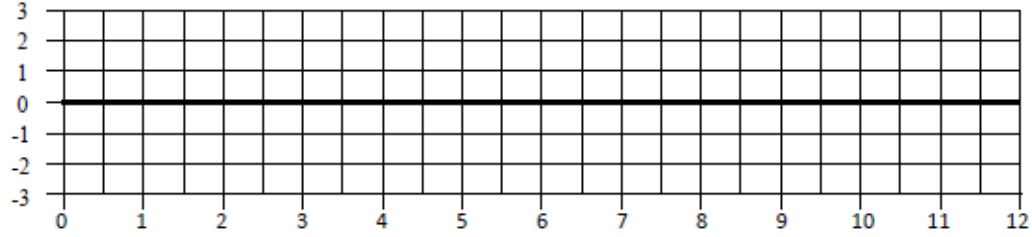
## Amniyon Sıvısı



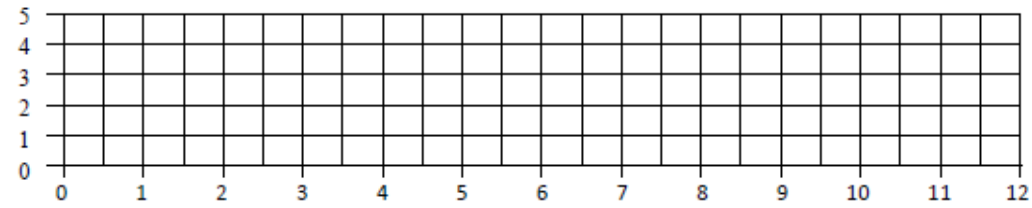
## Serviks Açıklığı



## Baş Seviyesi



## Kontraksiyon Süresi



İzlem Yapanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

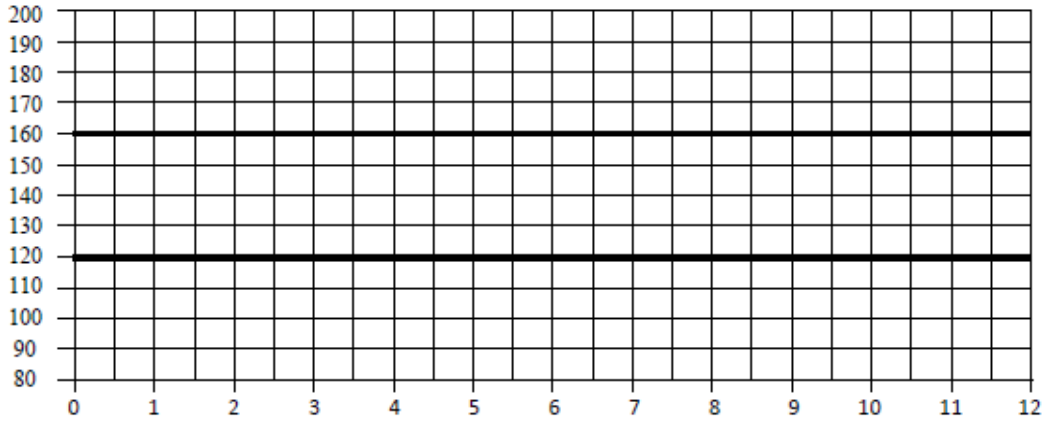
İzlemi Devir Alanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

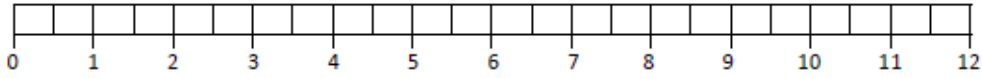
## PARTOGRAF

Hasta Adı Soyadı:	Gravida:	Parite:	Protokol No:
Yatış Tarihi:	Başvuru Saati:	Membran Ruptürü: .....saat	

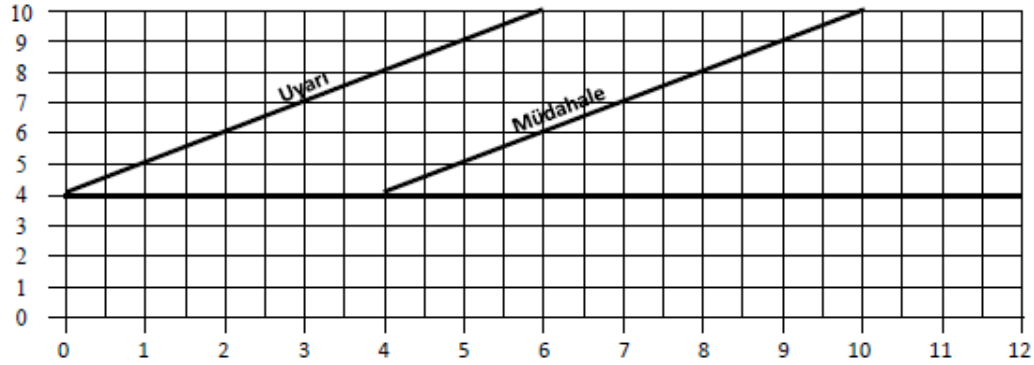
## Fetal Kalp Atım Hızı



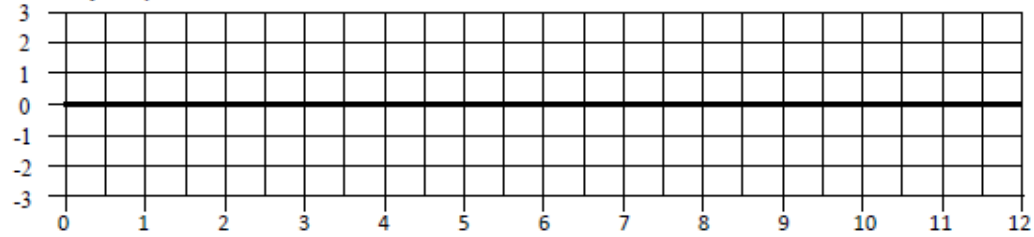
## Amniyon Sıvısı



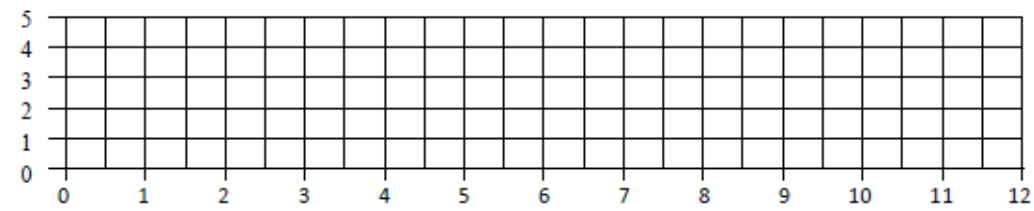
## Serviks Açıklığı



## Baş Seviyesi



## Kontraksiyon Süresi



İzlem Yapanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

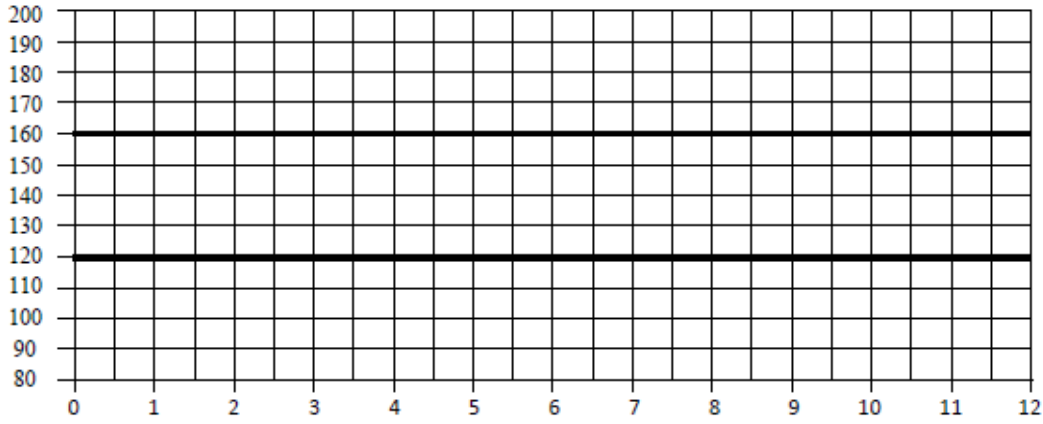
İzlemi Devir Alanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

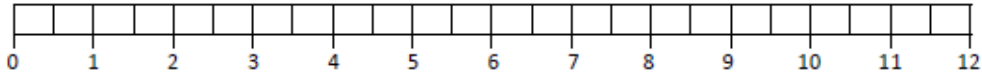
## PARTOGRAF

Hasta Adı Soyadı:	Gravida:	Parite:	Protokol No:
Yatış Tarihi:	Başvuru Saati:	Membran Ruptürü: .....saat	

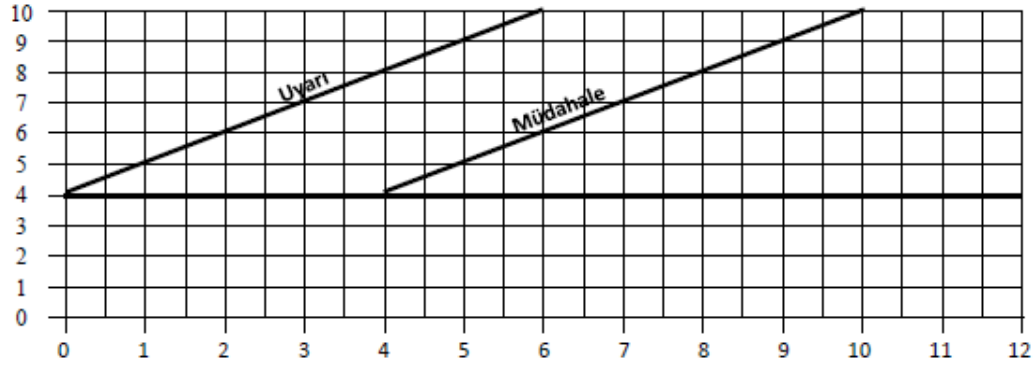
## Fetal Kalp Atım Hızı



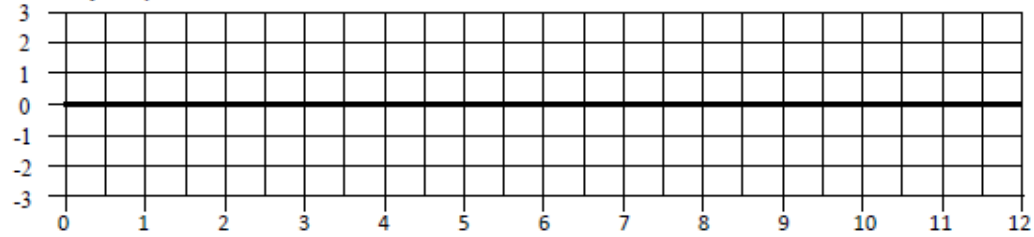
## Amniyon Sıvısı



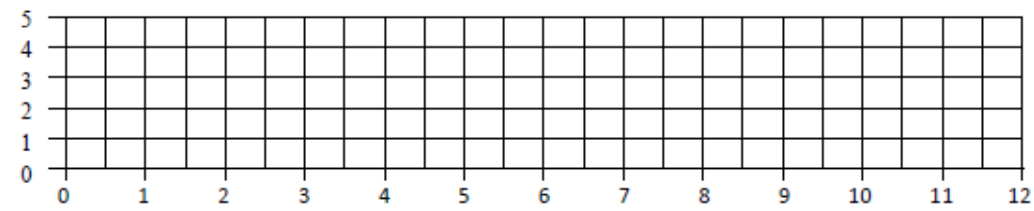
## Serviks Açıklığı



## Baş Seviyesi



## Kontraksiyon Süresi



İzlem Yapanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

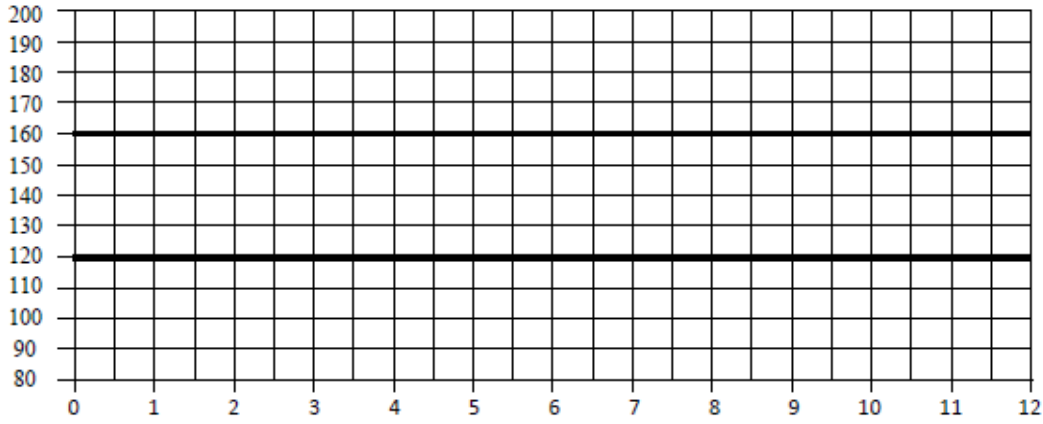
İzlemi Devir Alanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

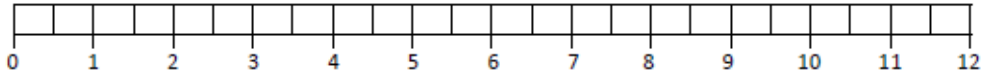
## PARTOGRAF

Hasta Adı Soyadı:	Gravida:	Parite:	Protokol No:
Yatış Tarihi:	Başvuru Saati:	Membran Ruptürü: .....saat	

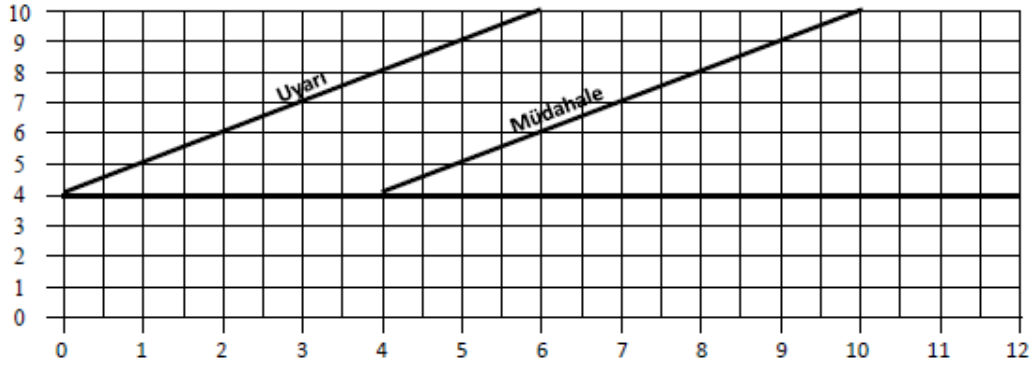
## Fetal Kalp Atım Hızı



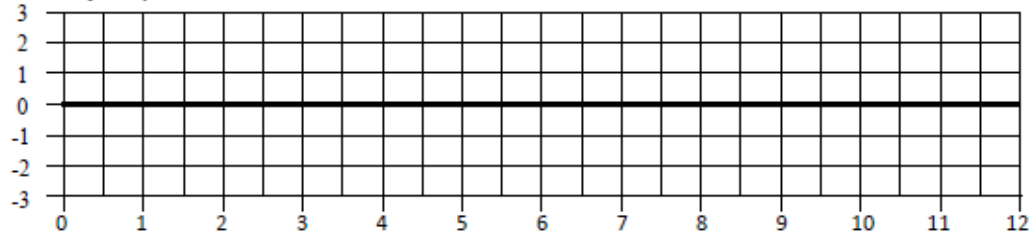
## Amniyon Sıvısı



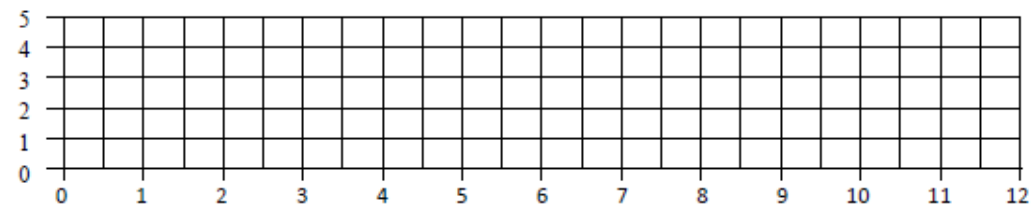
## Serviks Açıklığı



## Baş Seviyesi



## Kontraksiyon Süresi



İzlem Yapanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

İzlemi Devir Alanın Adı Soyadı:

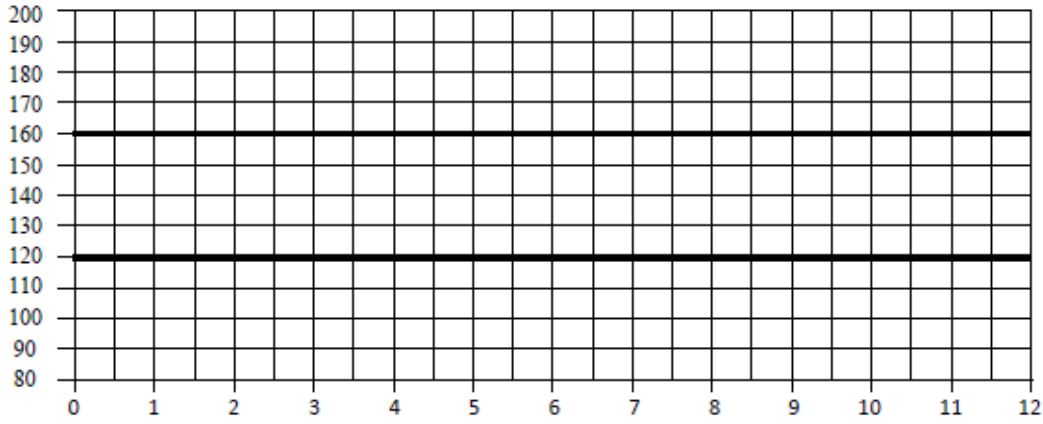
Başlama Saati:



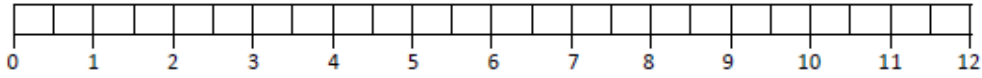
## PARTOGRAF

Hasta Adı Soyadı:	Gravida:	Parite:	Protokol No:
Yatış Tarihi:	Başvuru Saati:	Membran Ruptürü: .....saat	

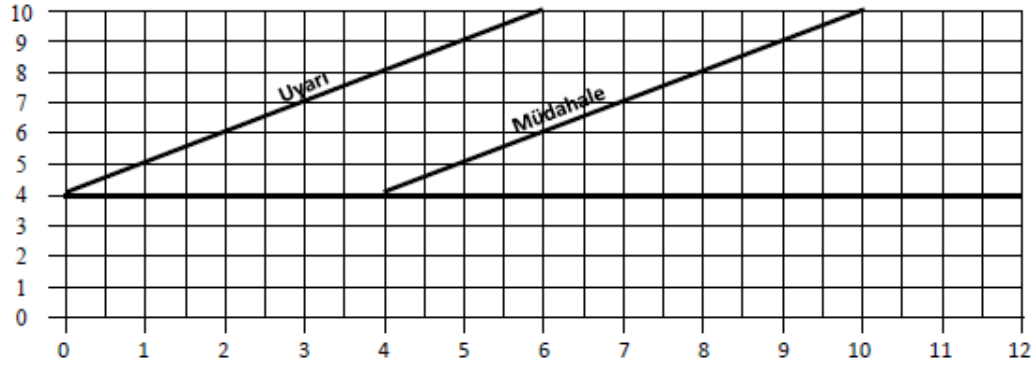
## Fetal Kalp Atım Hızı



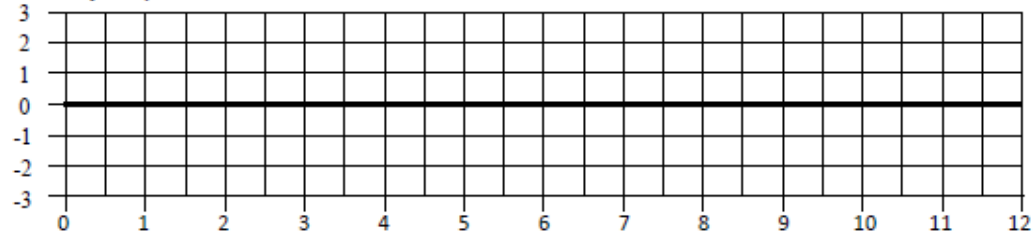
## Amniyon Sıvısı



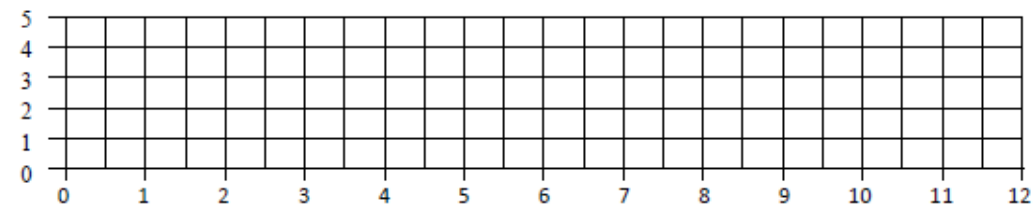
## Serviks Açıklığı



## Baş Seviyesi



## Kontraksiyon Süresi



İzlem Yapanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

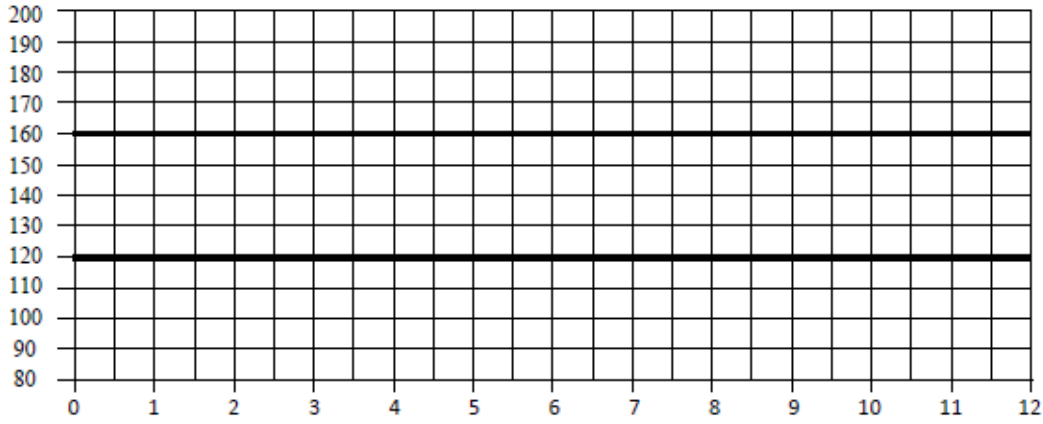
İzlemi Devir Alanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

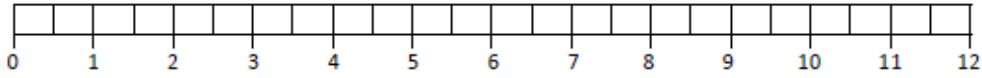
## PARTOGRAF

Hasta Adı Soyadı:	Gravida:	Parite:	Protokol No:
Yatış Tarihi:	Başvuru Saati:	Membran Ruptürü: .....saat	

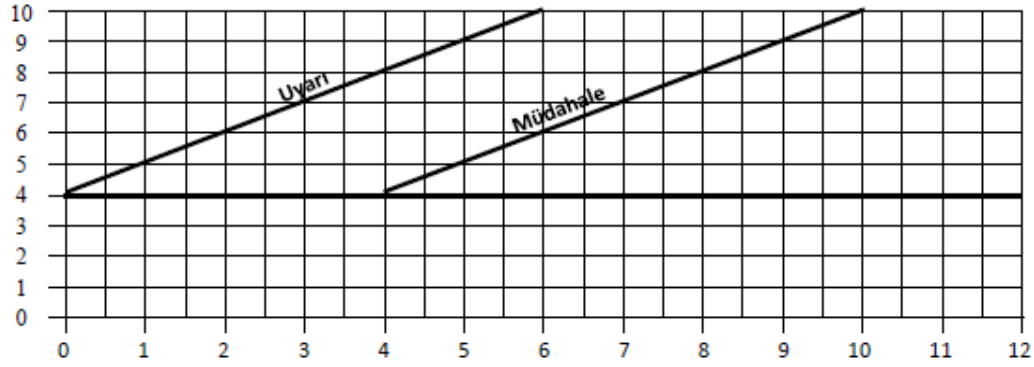
## Fetal Kalp Atım Hızı



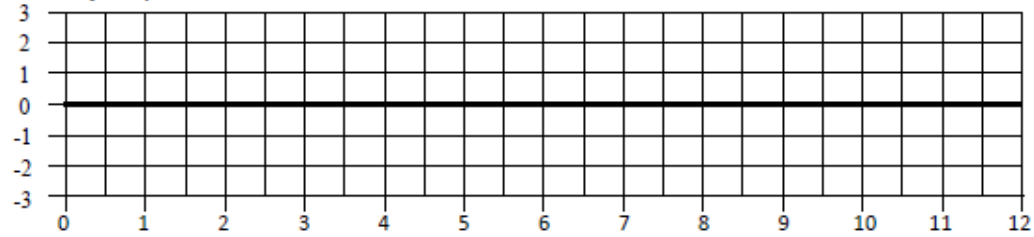
## Amniyon Sıvısı



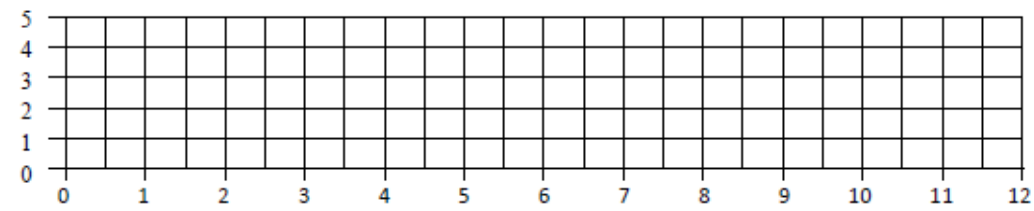
## Serviks Açıklığı



## Baş Seviyesi



## Kontraksiyon Süresi



İzlem Yapanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

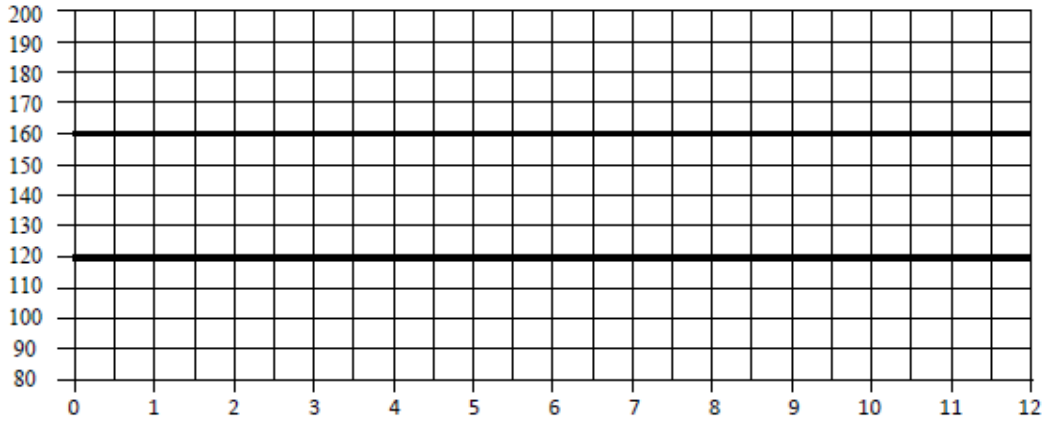
İzlemi Devir Alanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

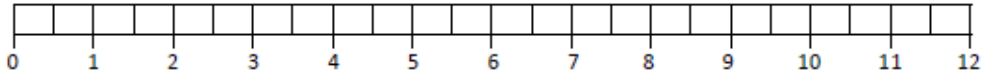
## PARTOGRAF

Hasta Adı Soyadı:	Gravida:	Parite:	Protokol No:
Yatış Tarihi:	Başvuru Saati:	Membran Ruptürü: .....saat	

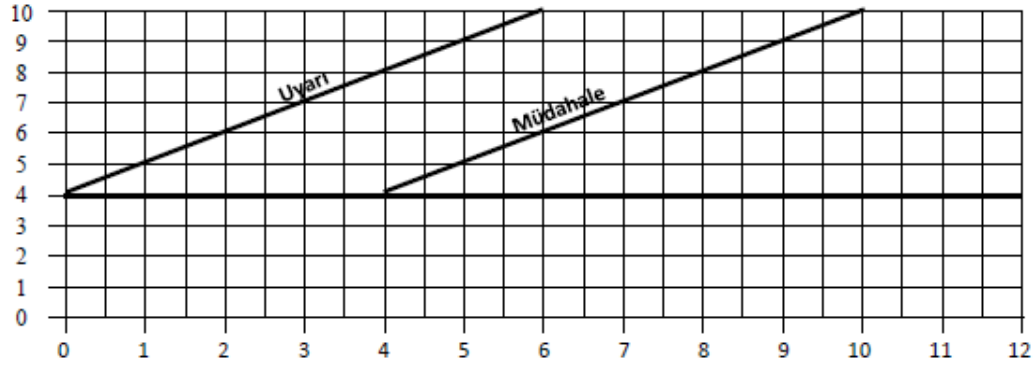
## Fetal Kalp Atım Hızı



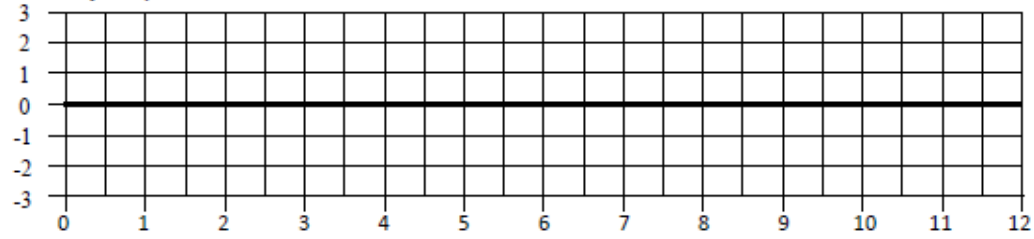
## Amniyon Sıvısı



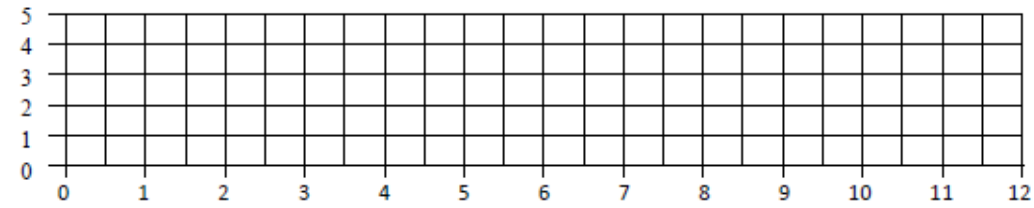
## Serviks Açıklığı



## Baş Seviyesi



## Kontraksiyon Süresi



İzlem Yapanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

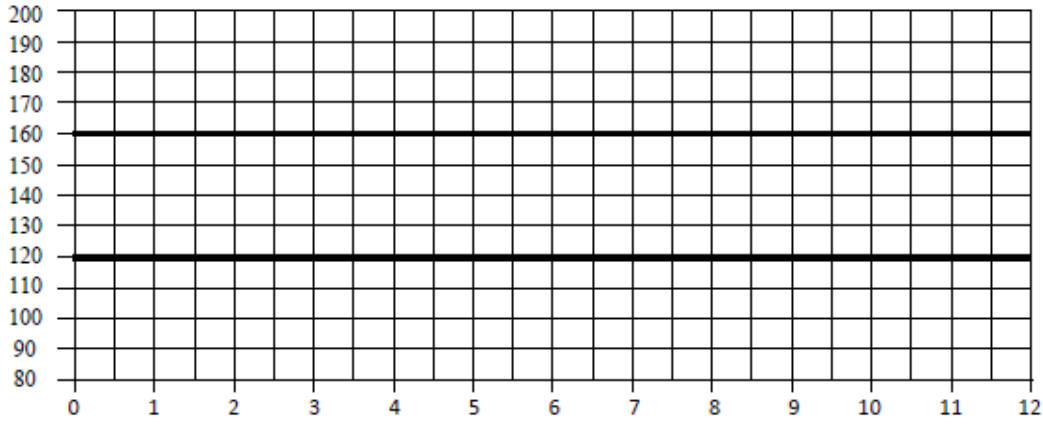
İzlemi Devir Alanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

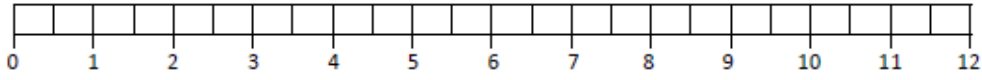
## PARTOGRAF

Hasta Adı Soyadı:	Gravida:	Parite:	Protokol No:
Yatış Tarihi:	Başvuru Saati:	Membran Ruptürü: .....saat	

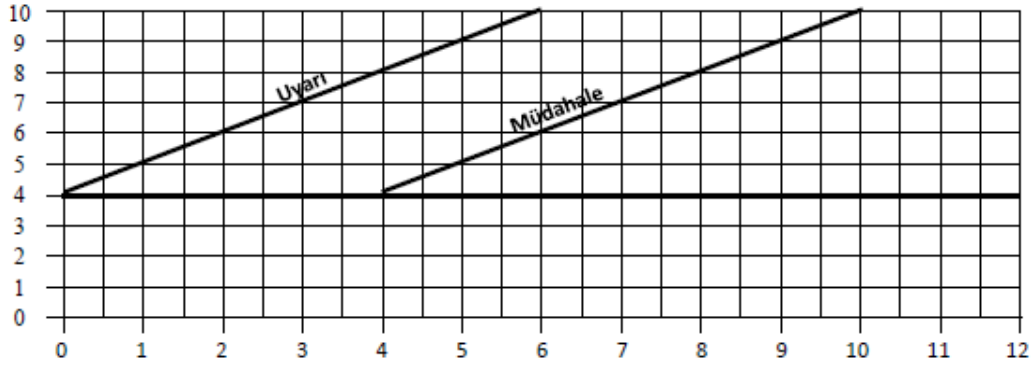
## Fetal Kalp Atım Hızı



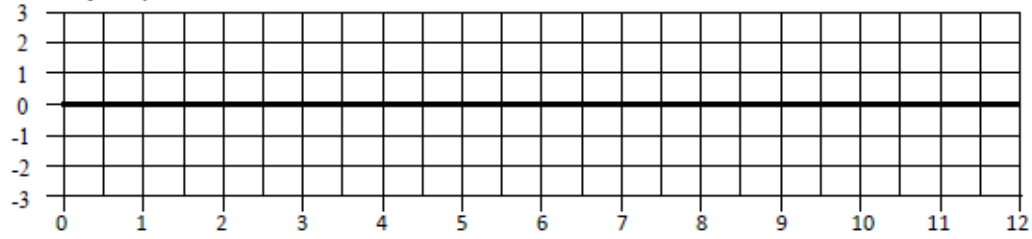
## Amniyon Sıvısı



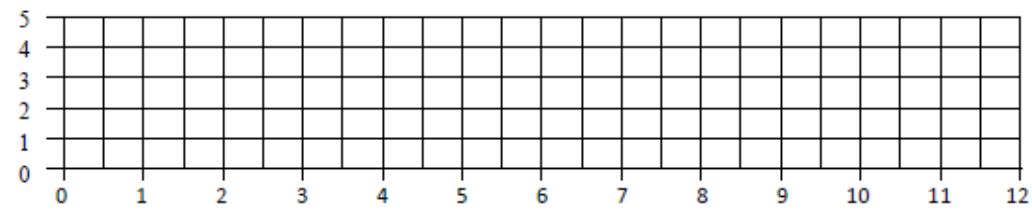
## Serviks Açıklığı



## Baş Seviyesi



## Kontraksiyon Süresi



İzlem Yapanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

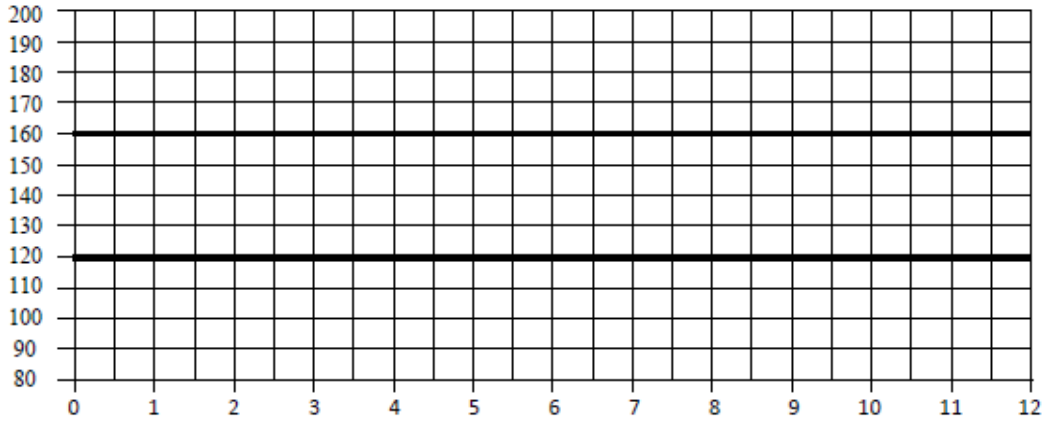
İzlemi Devir Alanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

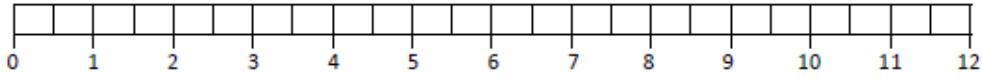
## PARTOGRAF

Hasta Adı Soyadı:	Gravida:	Parite:	Protokol No:
Yatış Tarihi:	Başvuru Saati:	Membran Ruptürü: .....saat	

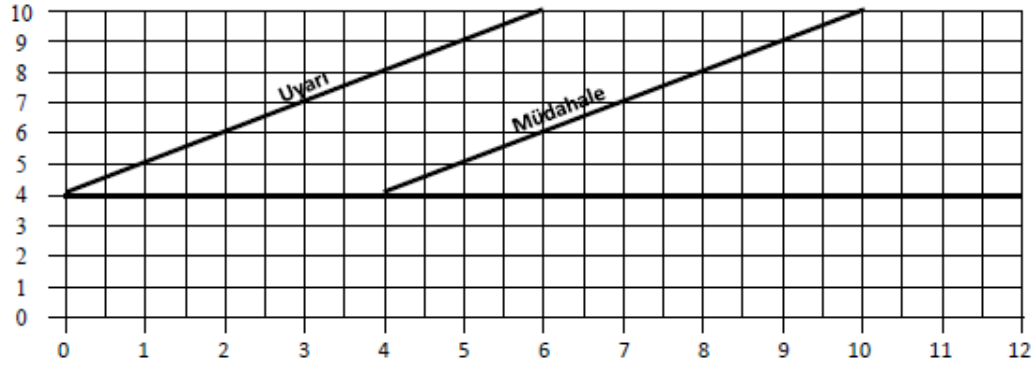
## Fetal Kalp Atım Hızı



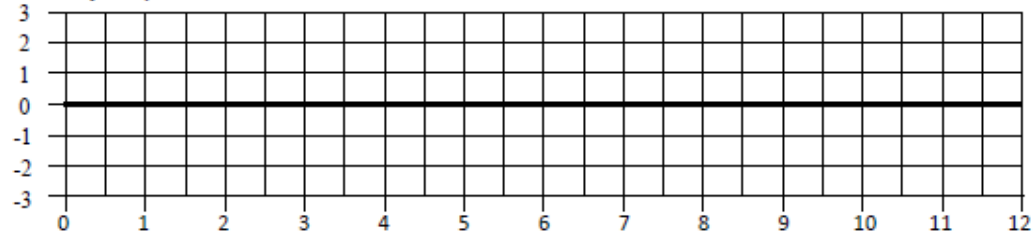
## Amniyon Sıvısı



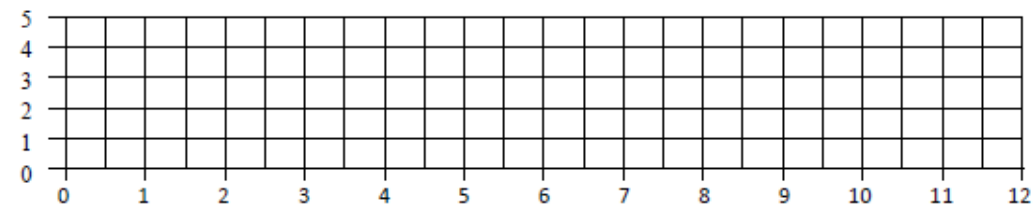
## Serviks Açıklığı



## Baş Seviyesi



## Kontraksiyon Süresi



İzlem Yapanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

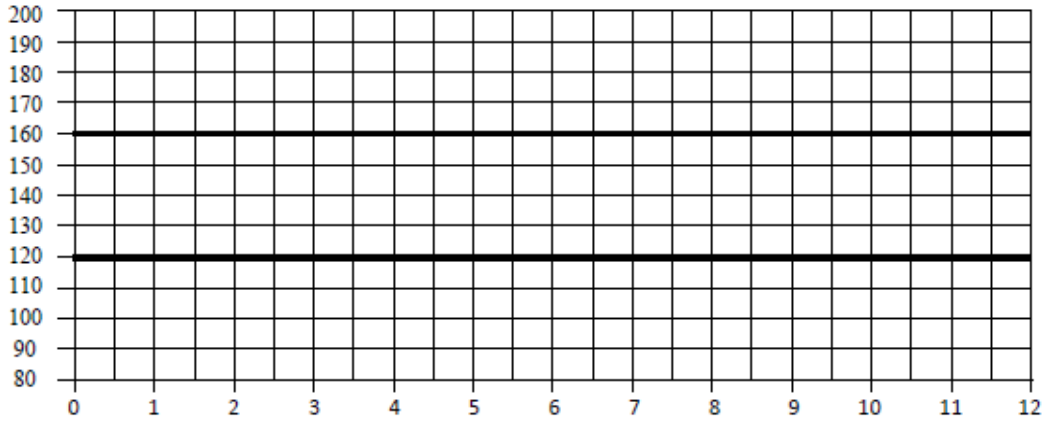
İzlemi Devir Alanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

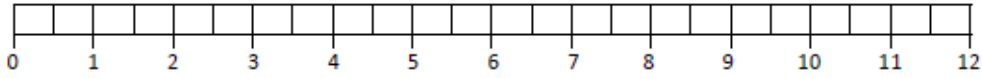
## PARTOGRAF

Hasta Adı Soyadı:	Gravida:	Parite:	Protokol No:
Yatış Tarihi:	Başvuru Saati:	Membran Ruptürü: .....saat	

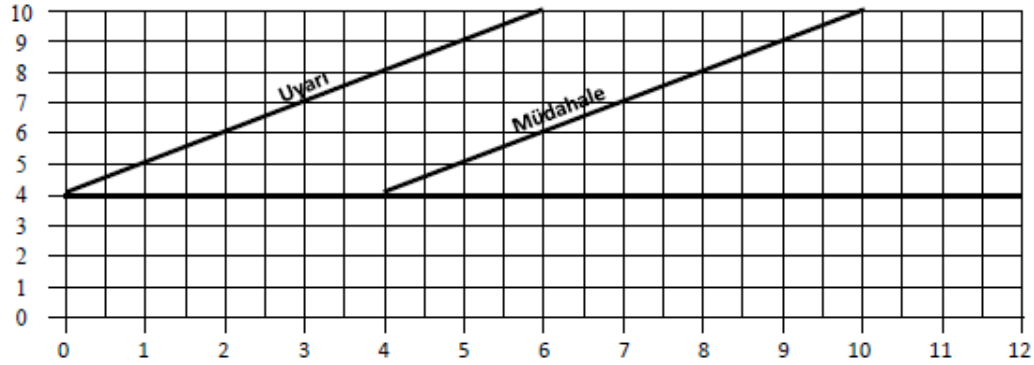
## Fetal Kalp Atım Hızı



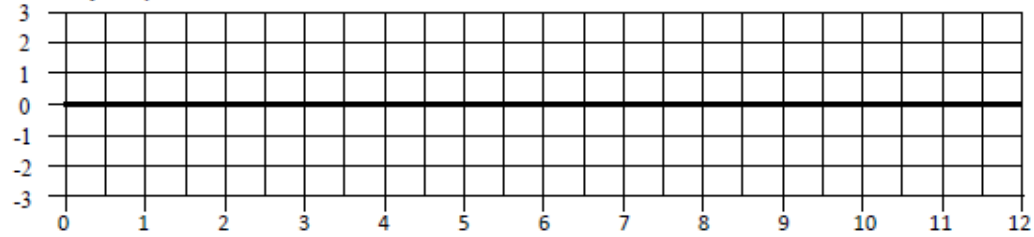
## Amniyon Sıvısı



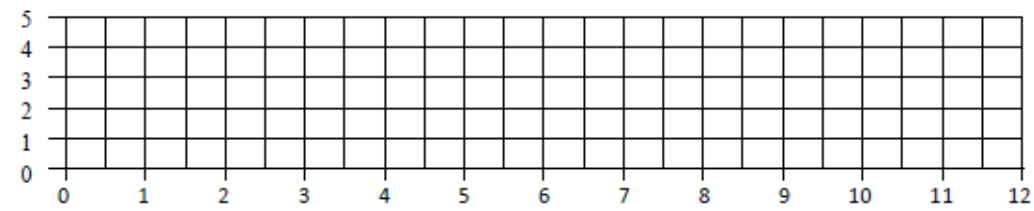
## Serviks Açıklığı



## Baş Seviyesi



## Kontraksiyon Süresi



İzlem Yapanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

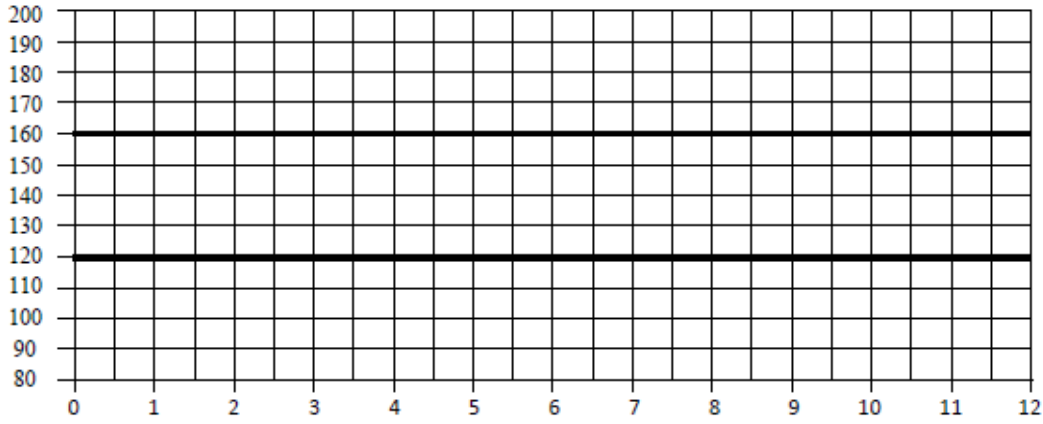
İzlemi Devir Alanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

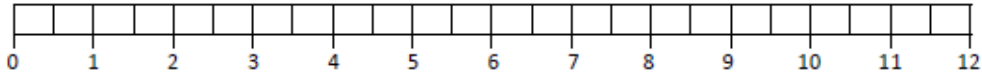
## PARTOGRAF

Hasta Adı Soyadı:	Gravida:	Parite:	Protokol No:
Yatış Tarihi:	Başvuru Saati:	Membran Ruptürü: .....saat	

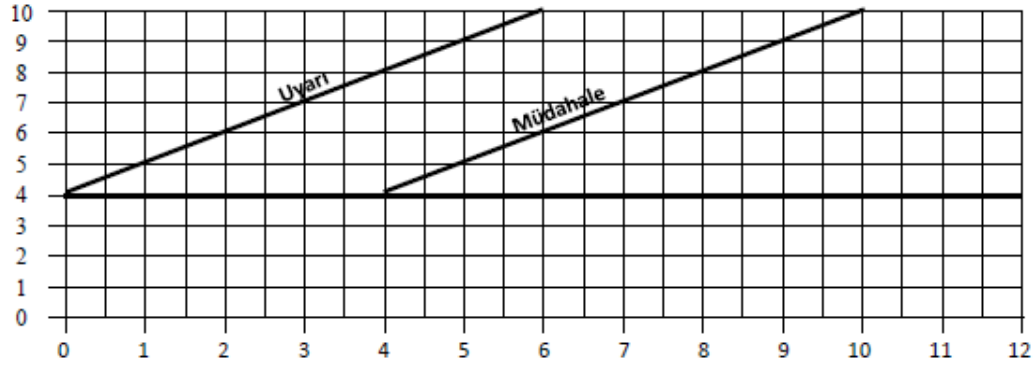
## Fetal Kalp Atım Hızı



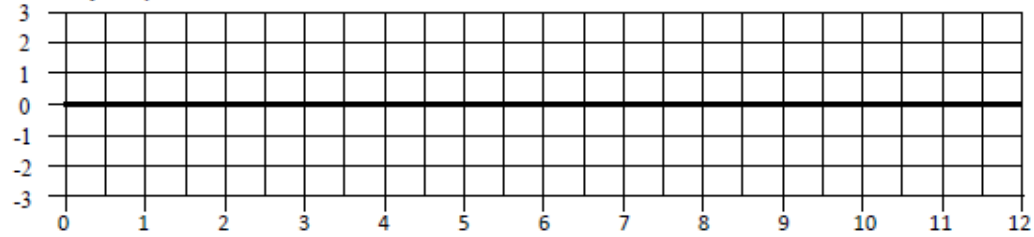
## Amniyon Sıvısı



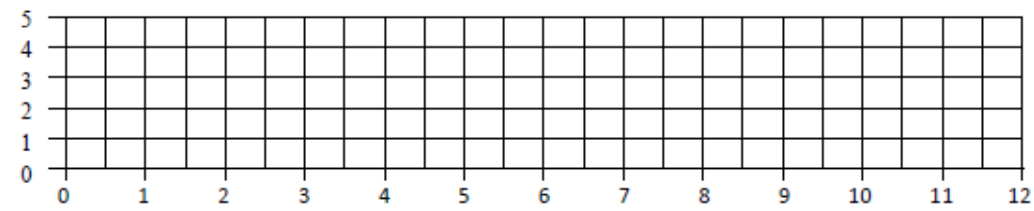
## Serviks Açıklığı



## Baş Seviyesi



## Kontraksiyon Süresi



İzlem Yapanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

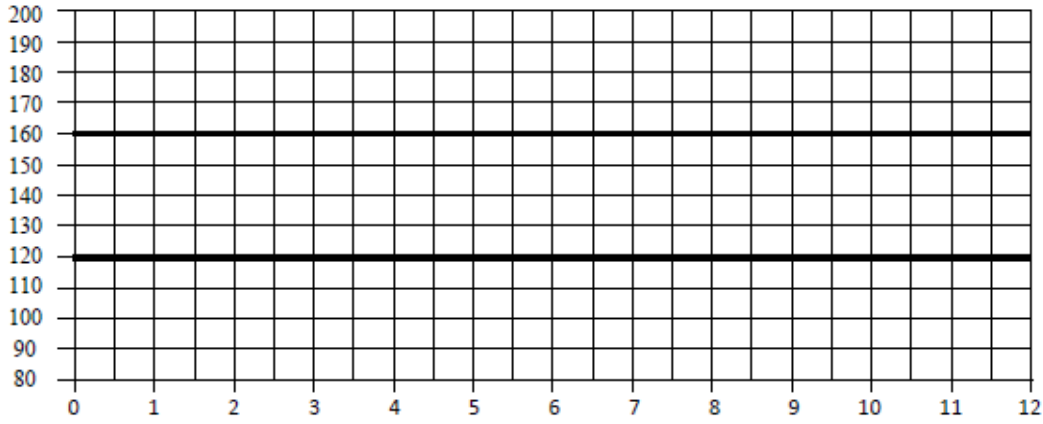
İzlemi Devir Alanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

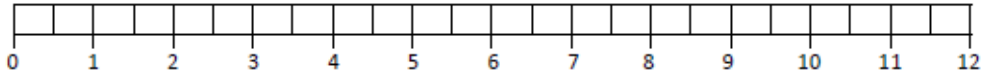
## PARTOGRAF

Hasta Adı Soyadı:	Gravida:	Parite:	Protokol No:
Yatış Tarihi:	Başvuru Saati:	Membran Ruptürü: .....saat	

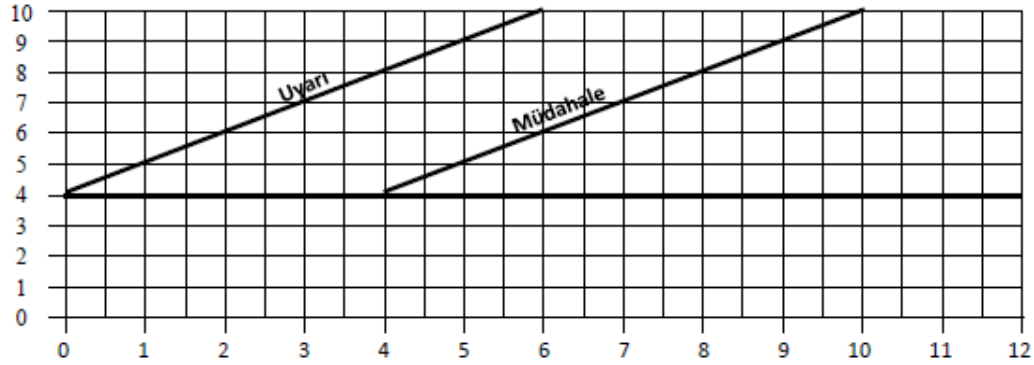
## Fetal Kalp Atım Hızı



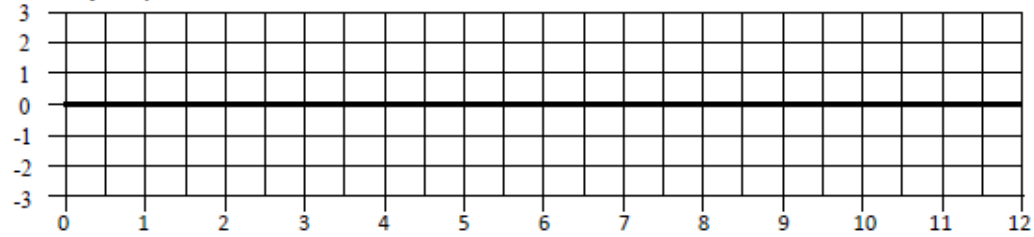
## Amniyon Sıvısı



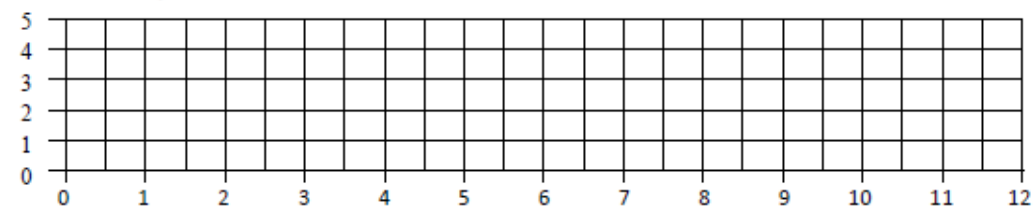
## Serviks Açıklığı



## Baş Seviyesi



## Kontraksiyon Süresi



İzlem Yapanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

İzlemi Devir Alanın Adı Soyadı:

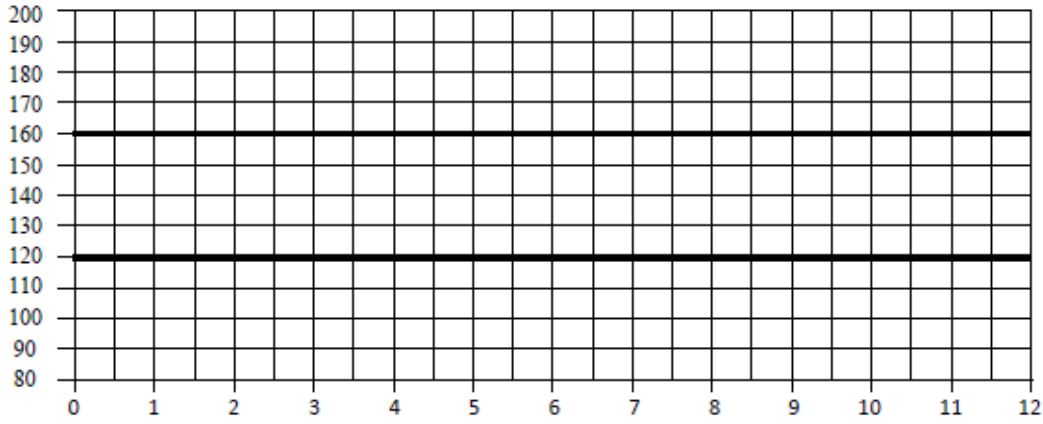
Başlama Saati:



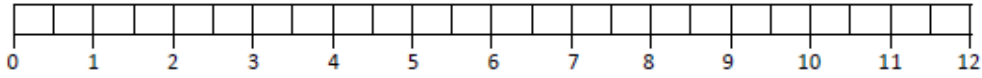
## PARTOGRAF

Hasta Adı Soyadı:	Gravida:	Parite:	Protokol No:
Yatış Tarihi:	Başvuru Saati:	Membran Ruptürü: .....saat	

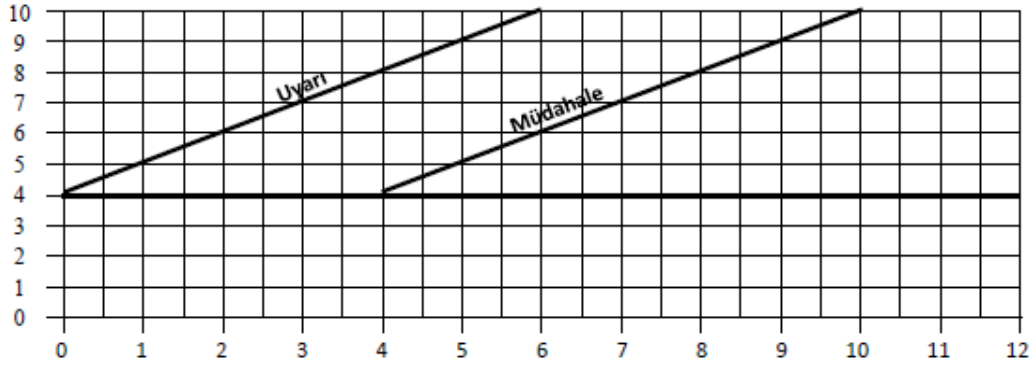
## Fetal Kalp Atım Hızı



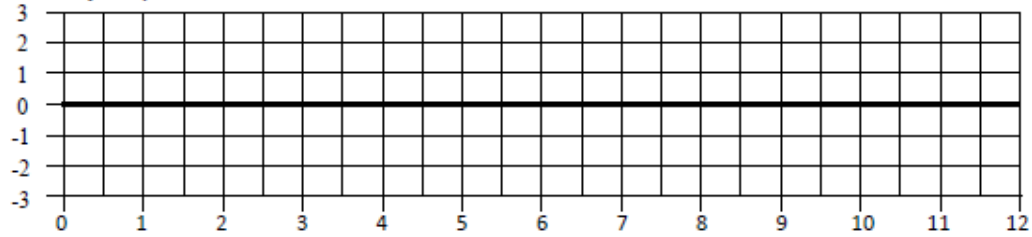
## Amniyon Sıvısı



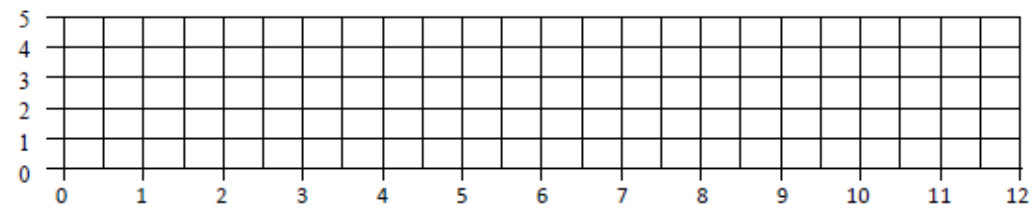
## Serviks Açıklığı



## Baş Seviyesi



## Kontraksiyon Süresi



İzlem Yapanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

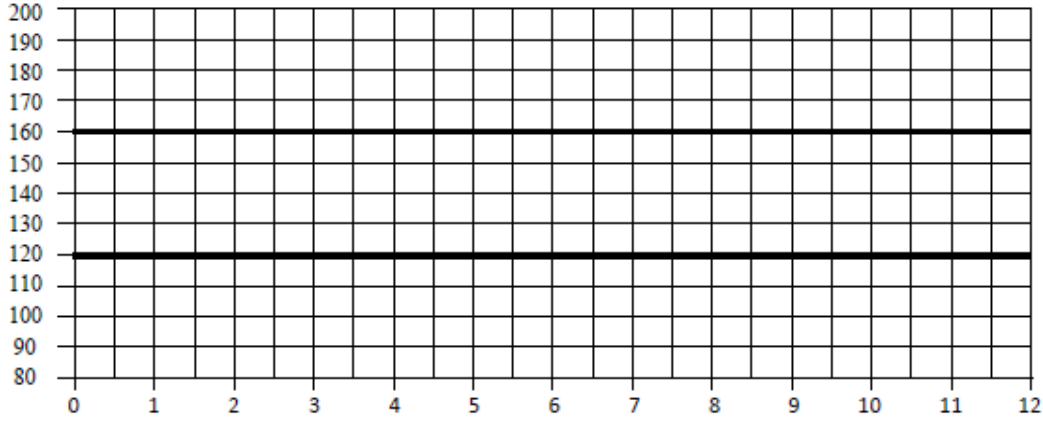
İzlemi Devir Alanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

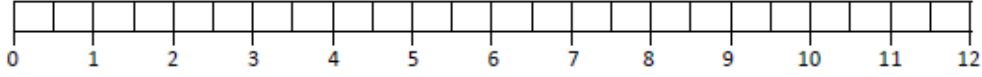
## PARTOGRAF

Hasta Adı Soyadı:	Gravida:	Parite:	Protokol No:
Yatış Tarihi:	Başvuru Saati:	Membran Ruptürü: .....saat	

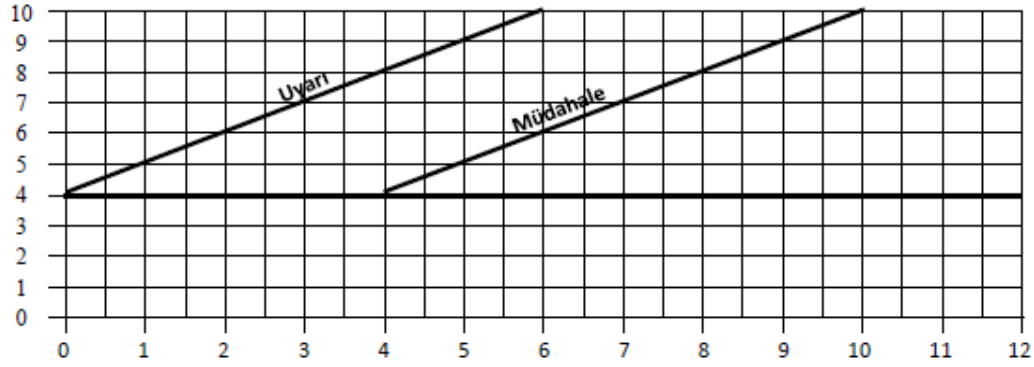
## Fetal Kalp Atım Hızı



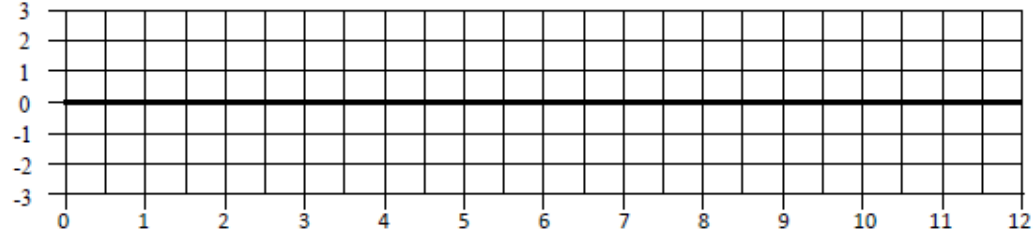
## Amniyon Sıvısı



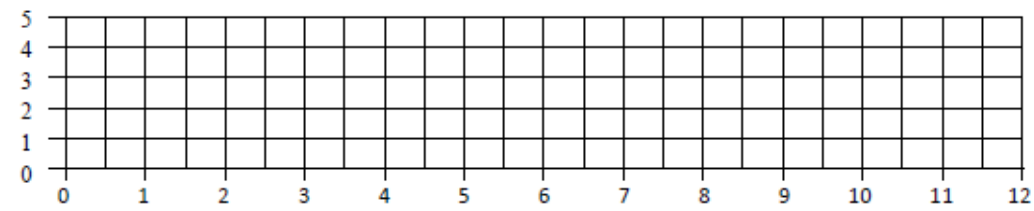
## Serviks Açıklığı



## Baş Seviyesi



## Kontraksiyon Süresi



İzlem Yapanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

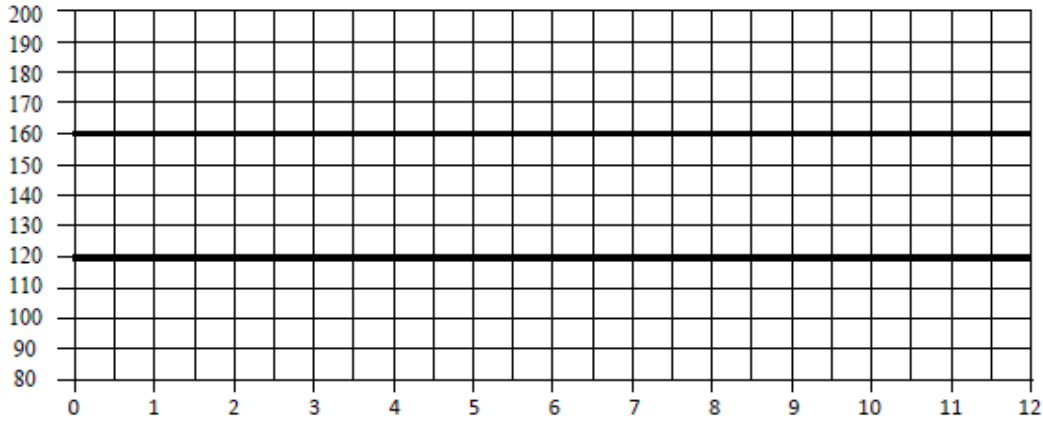
İzlemi Devir Alanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

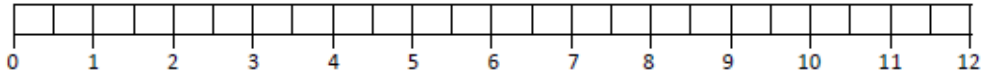
## PARTOGRAF

Hasta Adı Soyadı:	Gravida:	Parite:	Protokol No:
Yatış Tarihi:	Başvuru Saati:	Membran Ruptürü: .....saat	

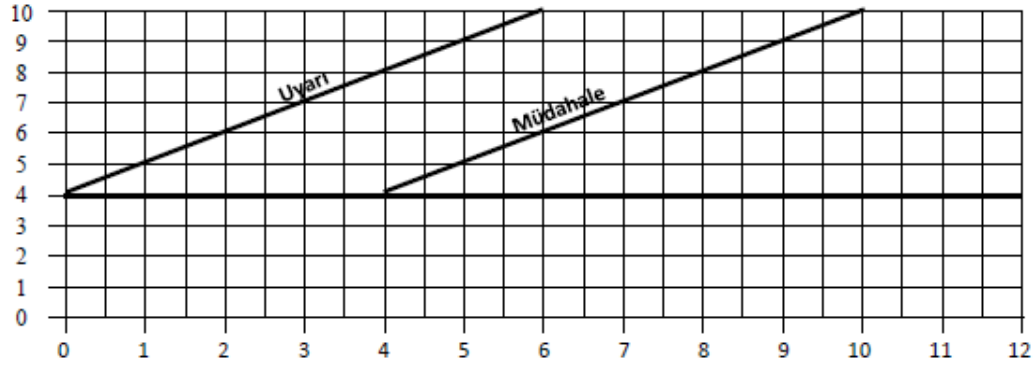
## Fetal Kalp Atım Hızı



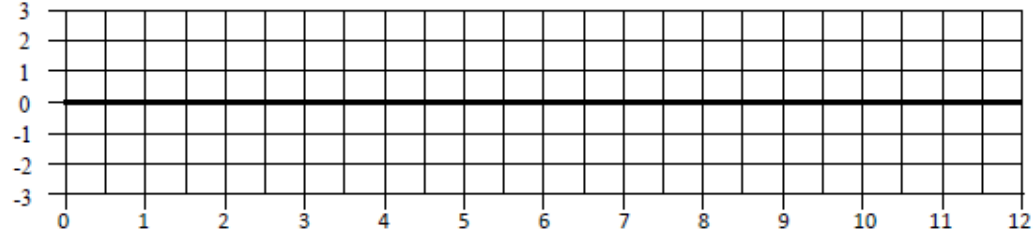
## Amniyon Sıvısı



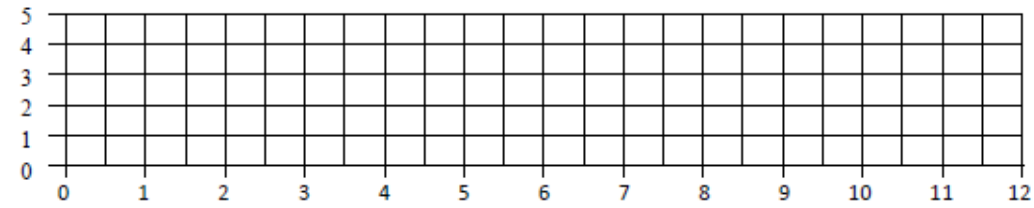
## Serviks Açıklığı



## Baş Seviyesi



## Kontraksiyon Süresi



İzlem Yapanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

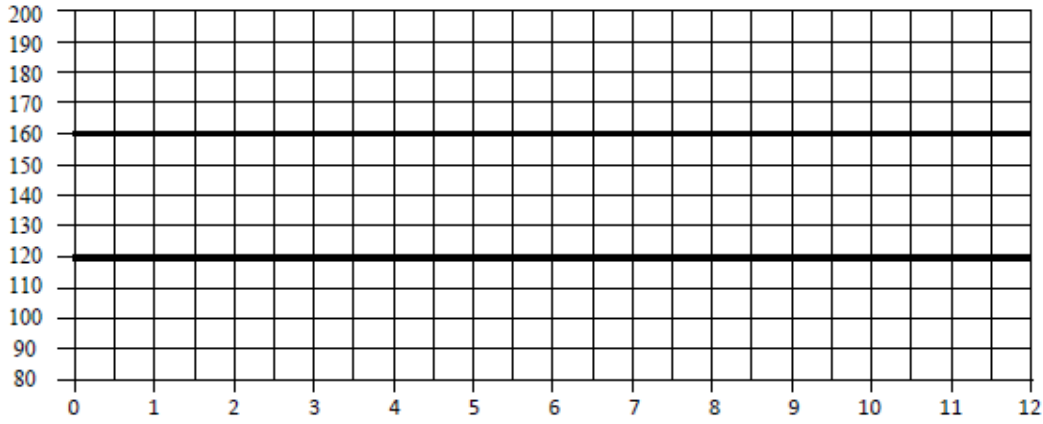
İzlemi Devir Alanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

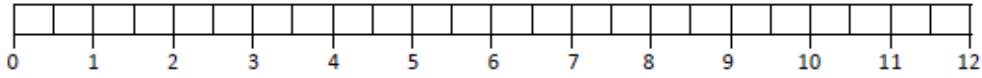
## PARTOGRAF

Hasta Adı Soyadı:	Gravida:	Parite:	Protokol No:
Yatış Tarihi:	Başvuru Saati:	Membran Ruptürü: .....saat	

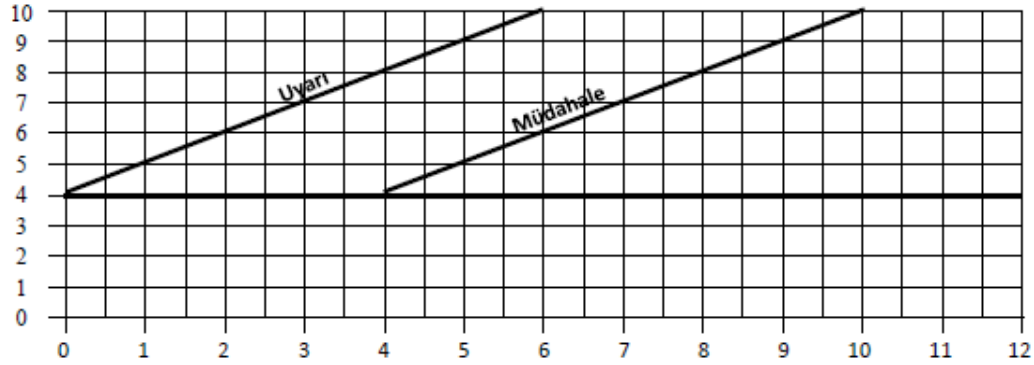
## Fetal Kalp Atım Hızı



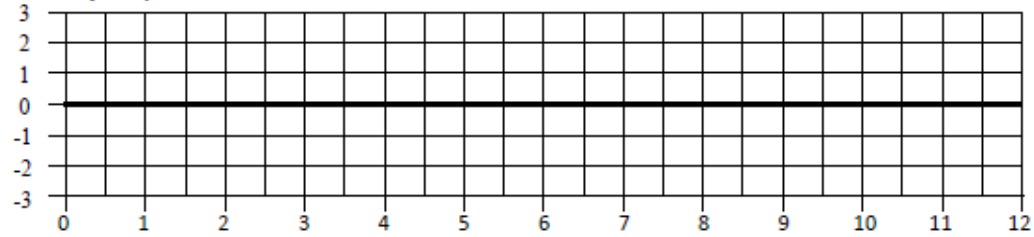
## Amniyon Sıvısı



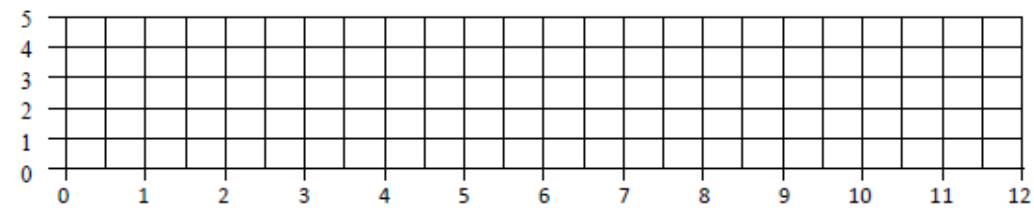
## Serviks Açıklığı



## Baş Seviyesi



## Kontraksiyon Süresi



İzlem Yapanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

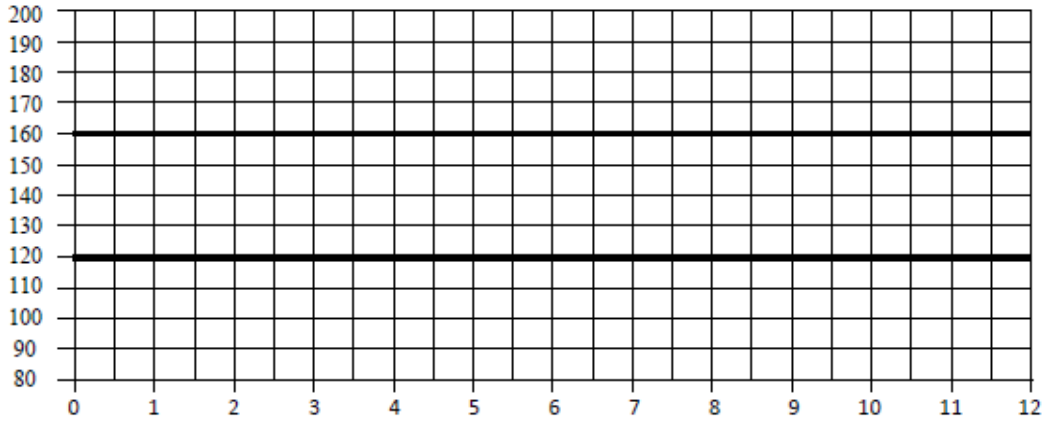
İzlemi Devir Alanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

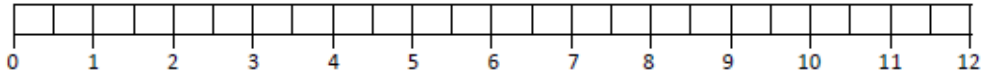
## PARTOGRAF

Hasta Adı Soyadı:	Gravida:	Parite:	Protokol No:
Yatış Tarihi:	Başvuru Saati:	Membran Ruptürü: .....saat	

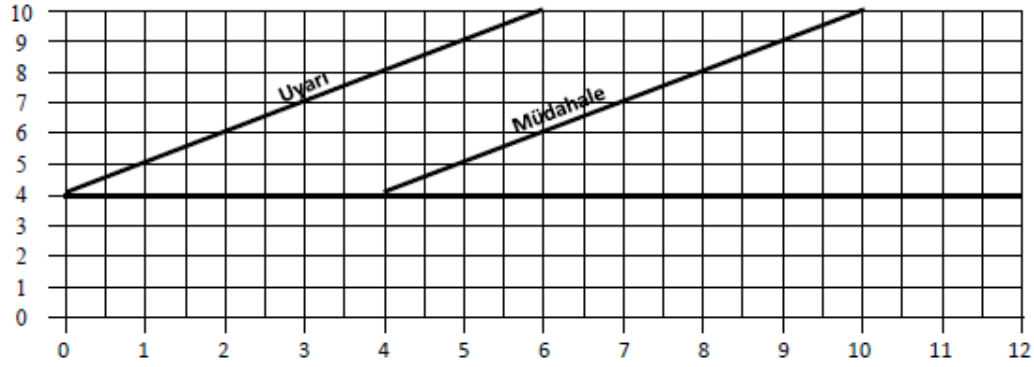
## Fetal Kalp Atım Hızı



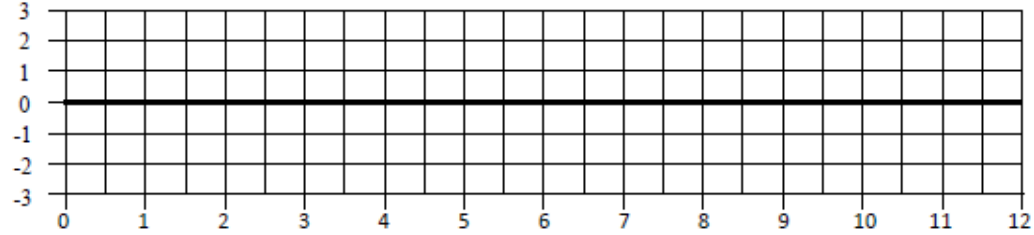
## Amniyon Sıvısı



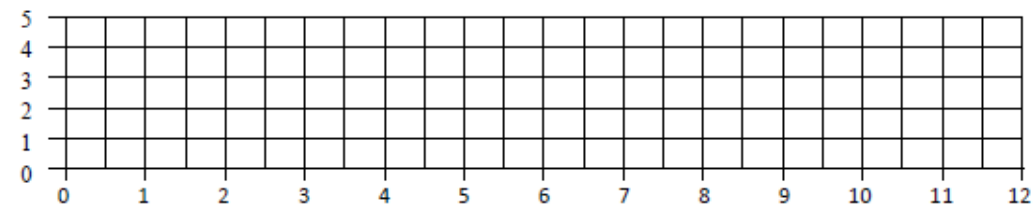
## Serviks Açıklığı



## Baş Seviyesi



## Kontraksiyon Süresi



İzlem Yapanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

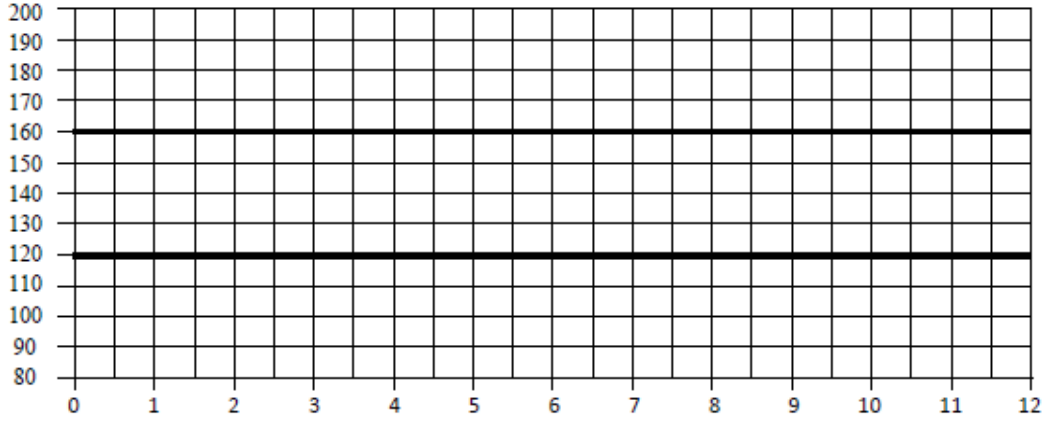
İzlemi Devir Alanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

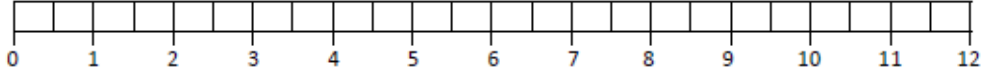
## PARTOGRAF

Hasta Adı Soyadı:	Gravida:	Parite:	Protokol No:
Yatış Tarihi:	Başvuru Saati:	Membran Ruptürü: .....saat	

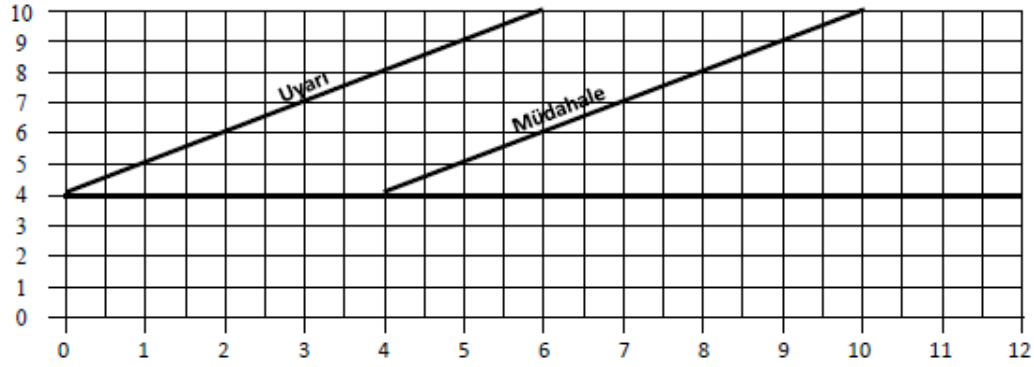
## Fetal Kalp Atım Hızı



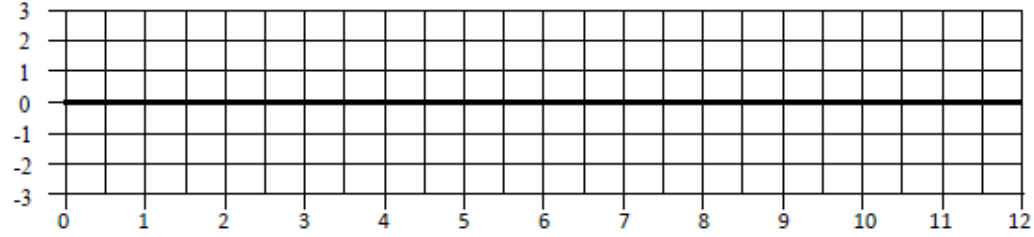
## Amniyon Sıvısı



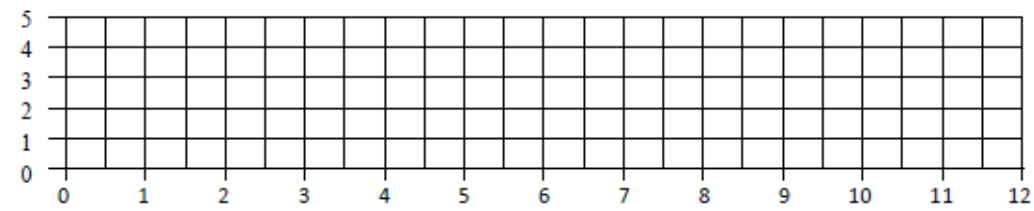
## Serviks Açıklığı



## Baş Seviyesi



## Kontraksiyon Süresi



İzlem Yapanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

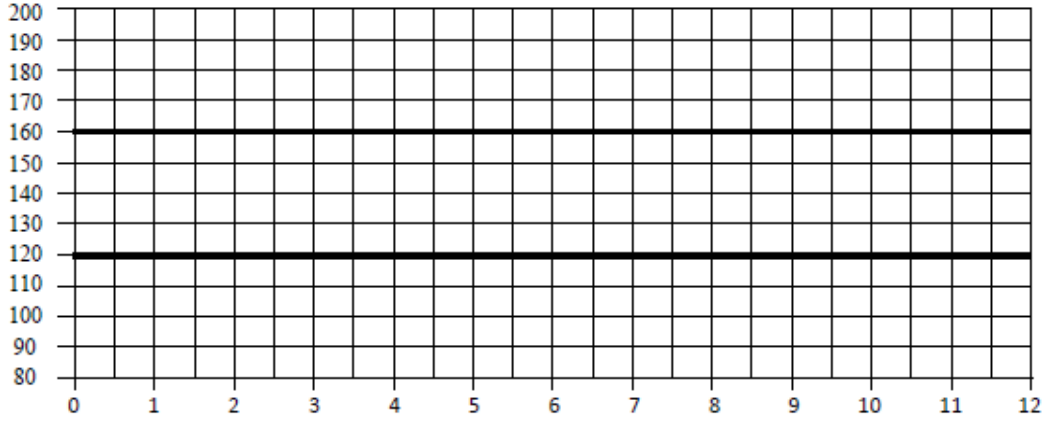
İzlemi Devir Alanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

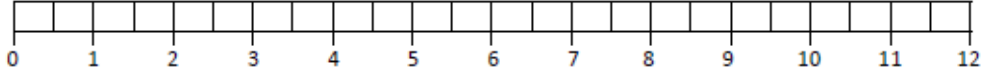
## PARTOGRAF

Hasta Adı Soyadı:	Gravida:	Parite:	Protokol No:
Yatış Tarihi:	Başvuru Saati:	Membran Ruptürü: .....saat	

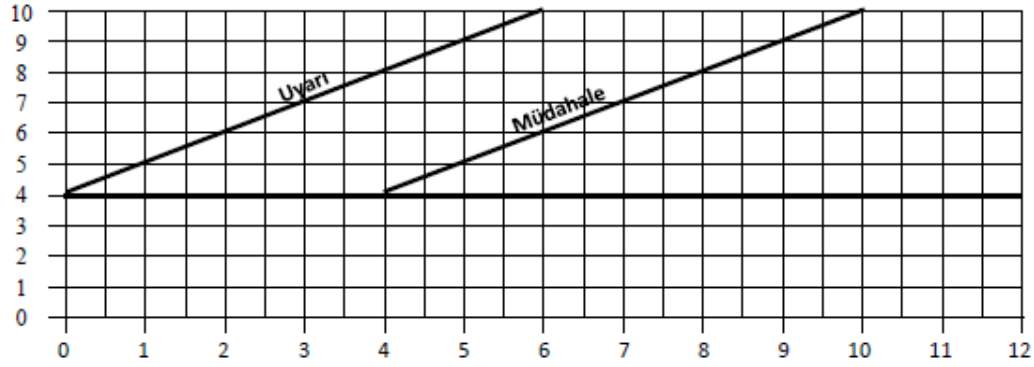
## Fetal Kalp Atım Hızı



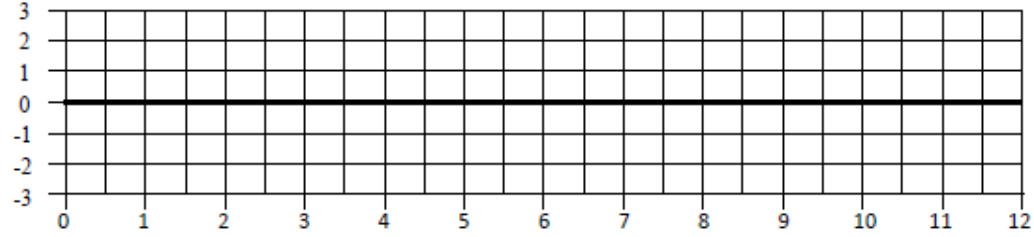
## Amniyon Sıvısı



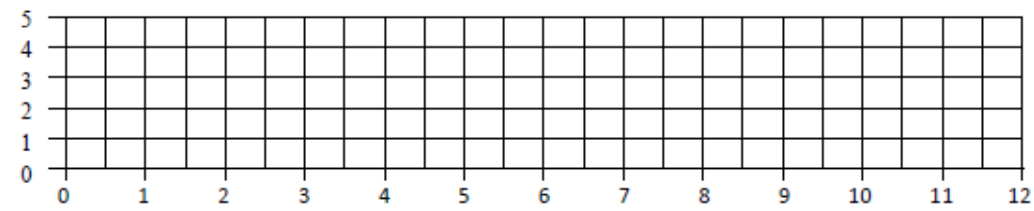
## Serviks Açıklığı



## Baş Seviyesi



## Kontraksiyon Süresi



İzlem Yapanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

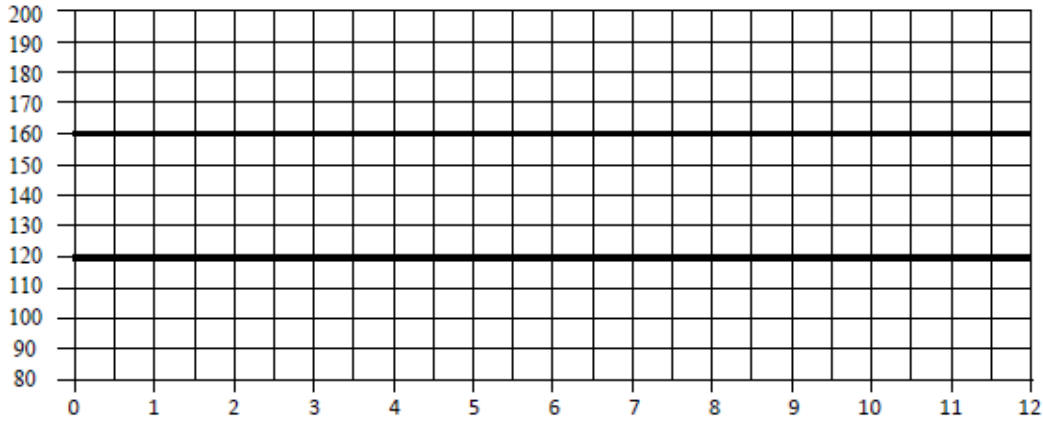
İzlemi Devir Alanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

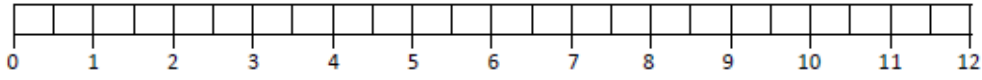
## PARTOGRAF

Hasta Adı Soyadı:	Gravida:	Parite:	Protokol No:
Yatış Tarihi:	Başvuru Saati:	Membran Ruptürü: .....saat	

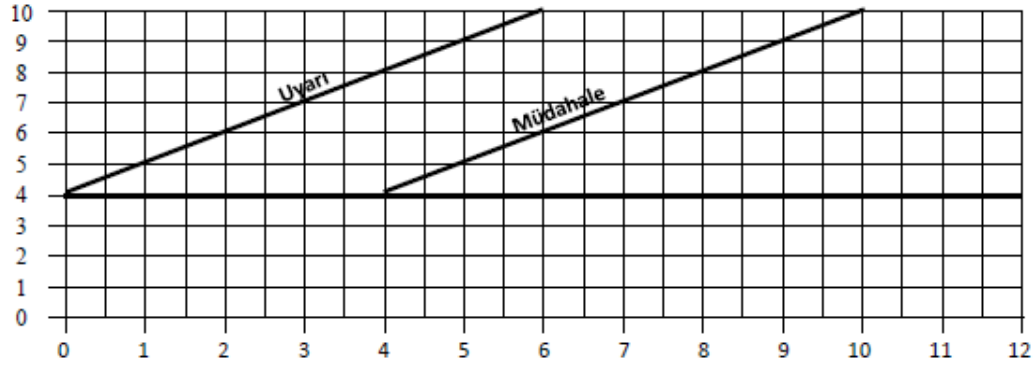
## Fetal Kalp Atım Hızı



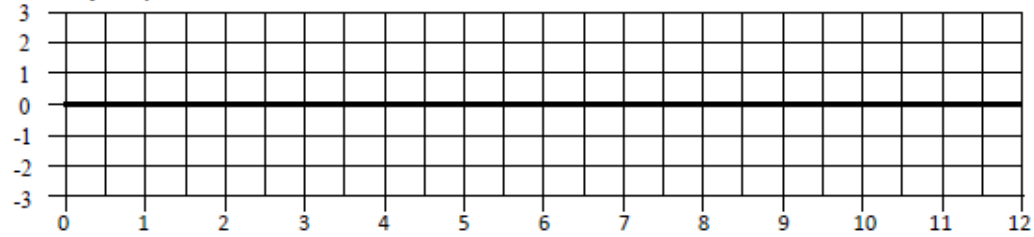
## Amniyon Sıvısı



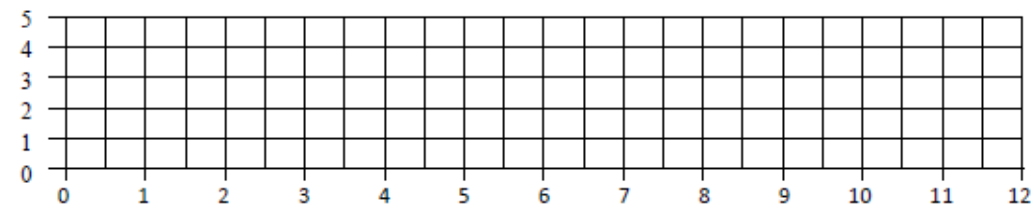
## Serviks Açıklığı



## Baş Seviyesi



## Kontraksiyon Süresi



İzlem Yapanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

İzlemi Devir Alanın Adı Soyadı:

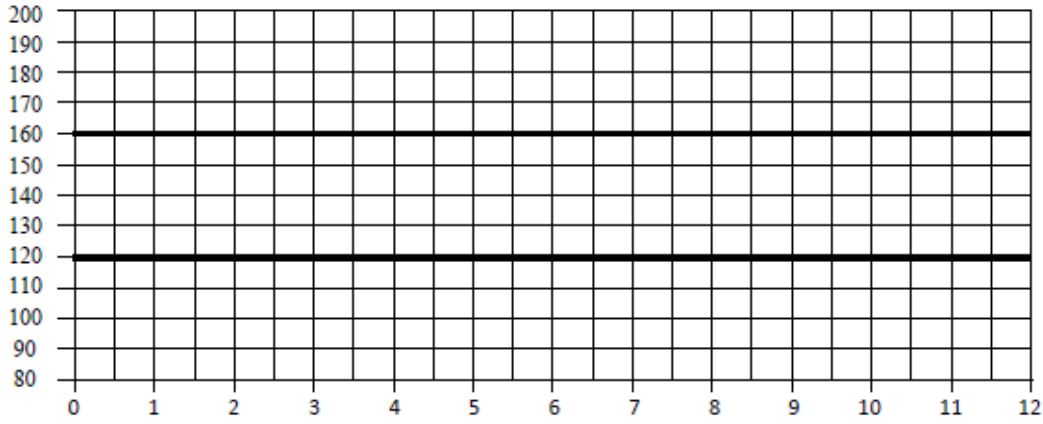
Başlama Saati:



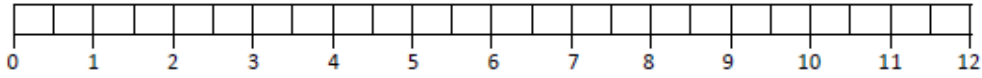
## PARTOGRAF

Hasta Adı Soyadı:	Gravida:	Parite:	Protokol No:
Yatış Tarihi:	Başvuru Saati:	Membran Ruptürü: .....saat	

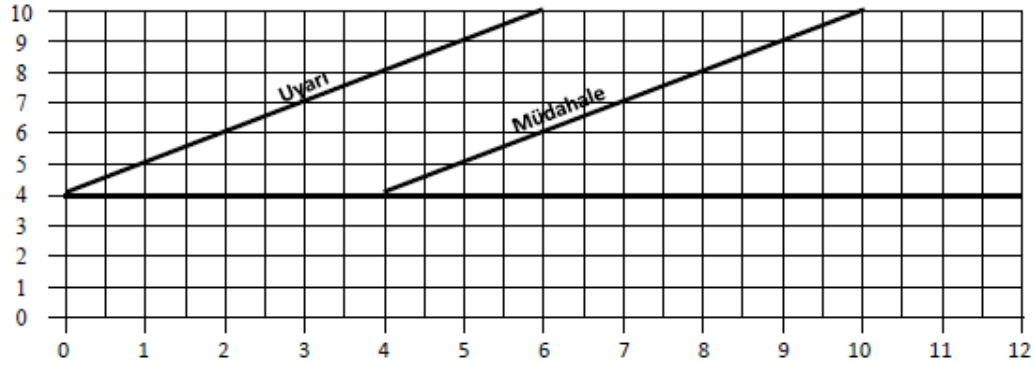
## Fetal Kalp Atım Hızı



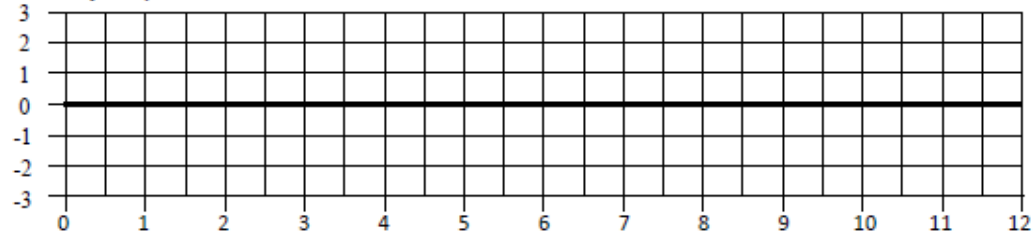
## Amniyon Sıvısı



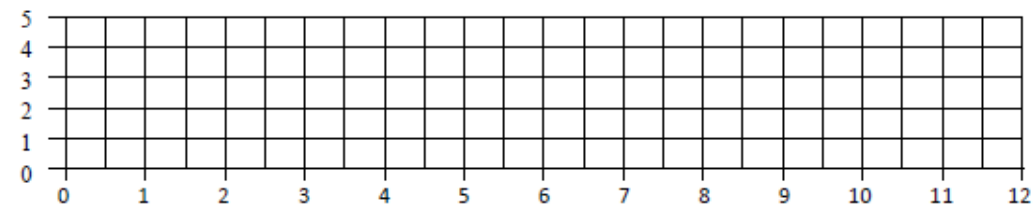
## Serviks Açıklığı



## Baş Seviyesi



## Kontraksiyon Süresi



İzlem Yapanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

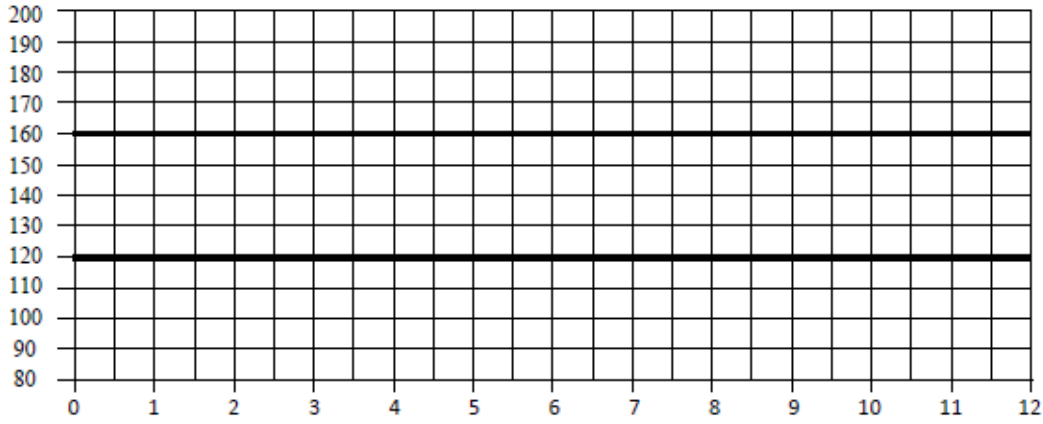
İzlemi Devir Alanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

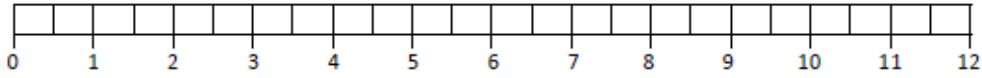
## PARTOGRAF

Hasta Adı Soyadı:	Gravida:	Parite:	Protokol No:
Yatış Tarihi:	Başvuru Saati:	Membran Ruptürü: .....saat	

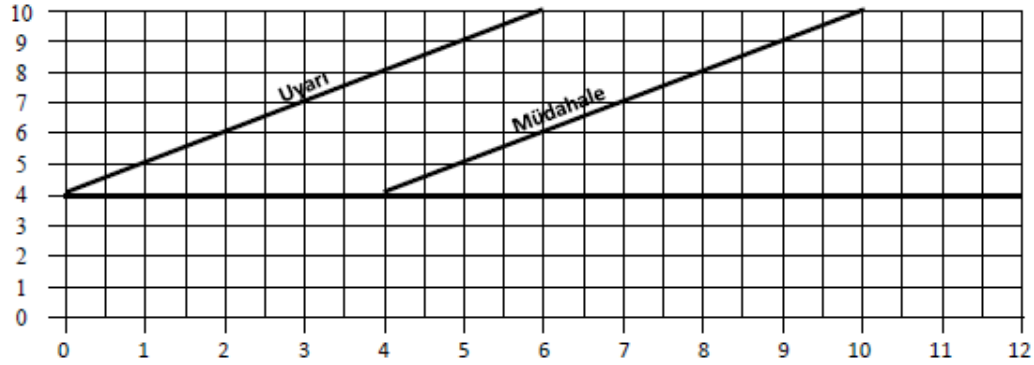
## Fetal Kalp Atım Hızı



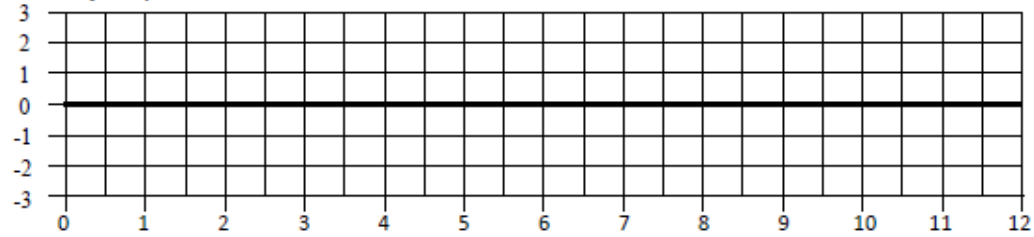
## Amniyon Sıvısı



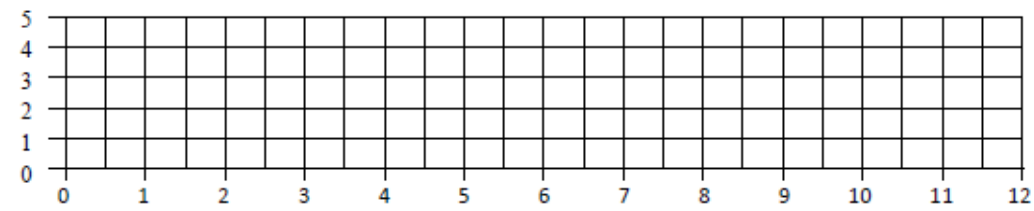
## Serviks Açıklığı



## Baş Seviyesi



## Kontraksiyon Süresi



İzlem Yapanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

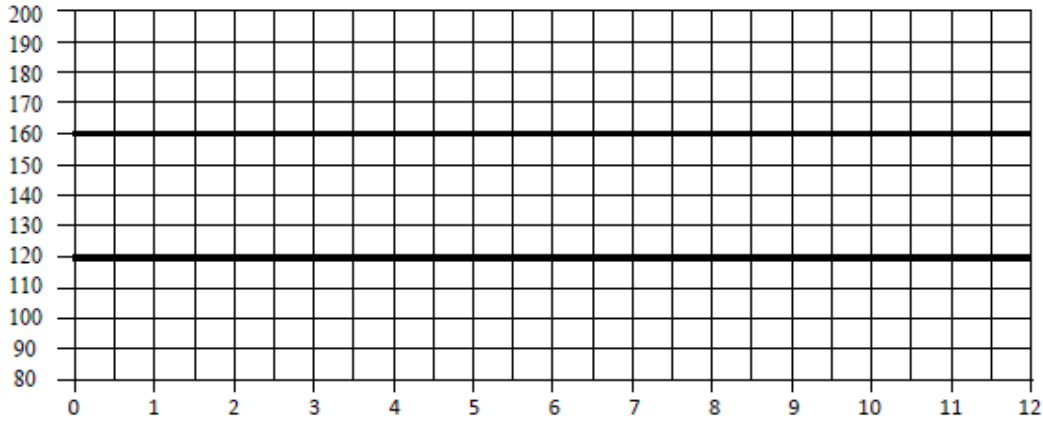
İzlemi Devir Alanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

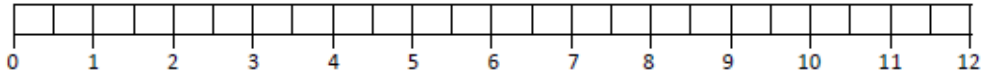
## PARTOGRAF

Hasta Adı Soyadı:	Gravida:	Parite:	Protokol No:
Yatış Tarihi:	Başvuru Saati:	Membran Ruptürü: .....saat	

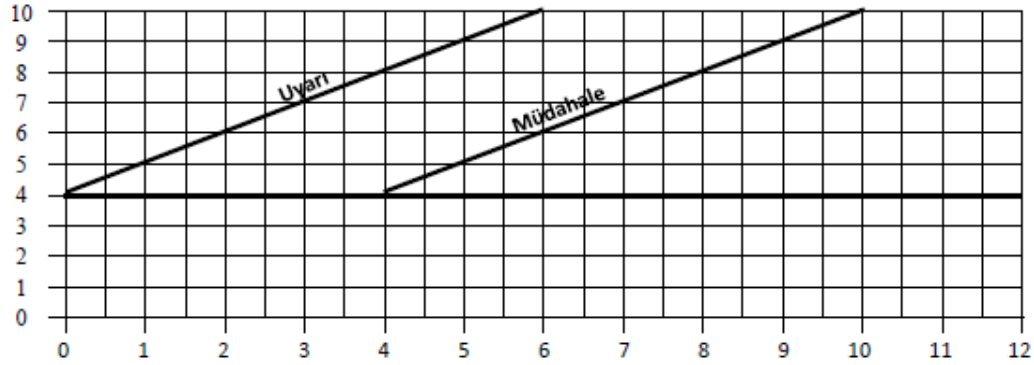
## Fetal Kalp Atım Hızı



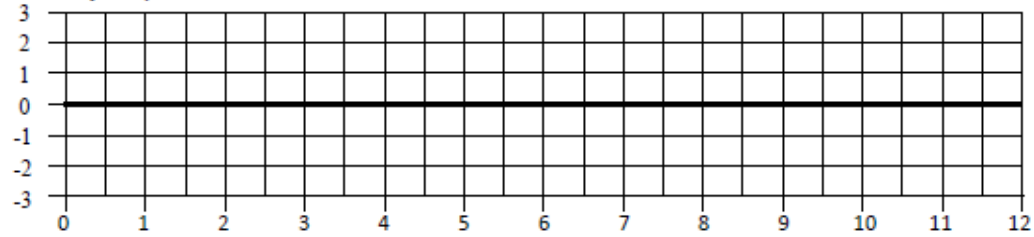
## Amniyon Sıvısı



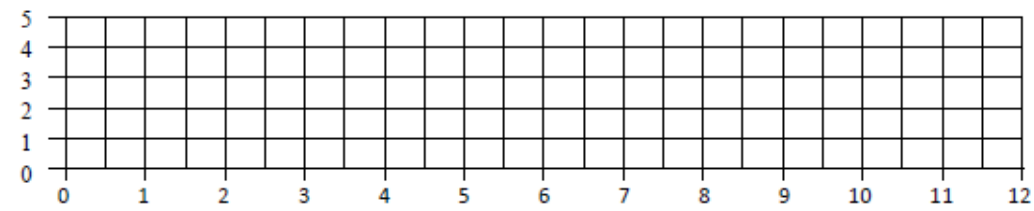
## Serviks Açıklığı



## Baş Seviyesi



## Kontraksiyon Süresi



İzlem Yapanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

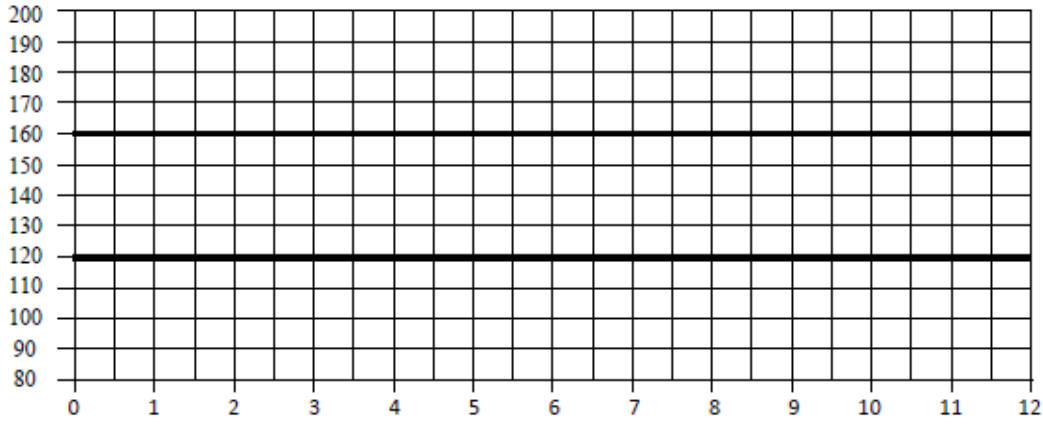
İzlemi Devir Alanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

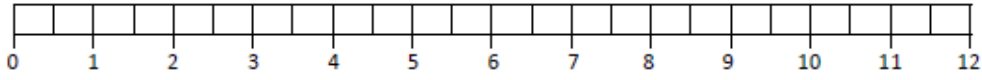
## PARTOGRAF

Hasta Adı Soyadı:	Gravida:	Parite:	Protokol No:
Yatış Tarihi:	Başvuru Saati:	Membran Ruptürü: .....saat	

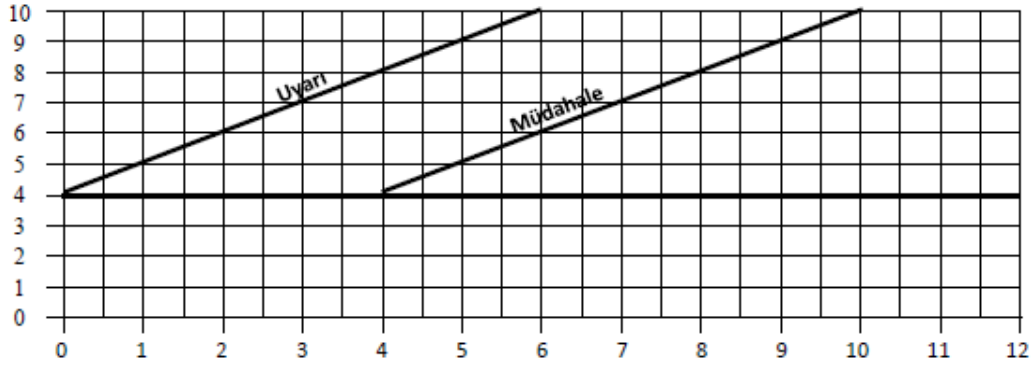
## Fetal Kalp Atım Hızı



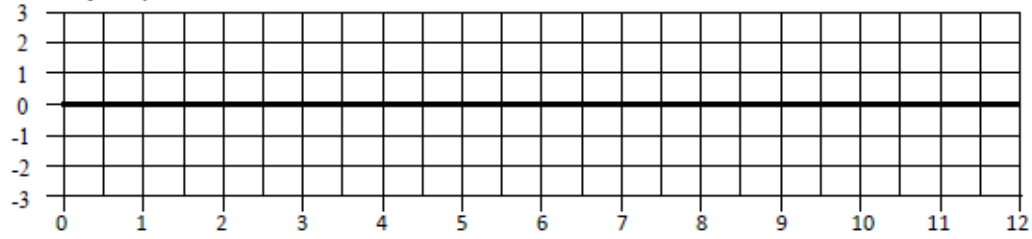
## Amniyon Sıvısı



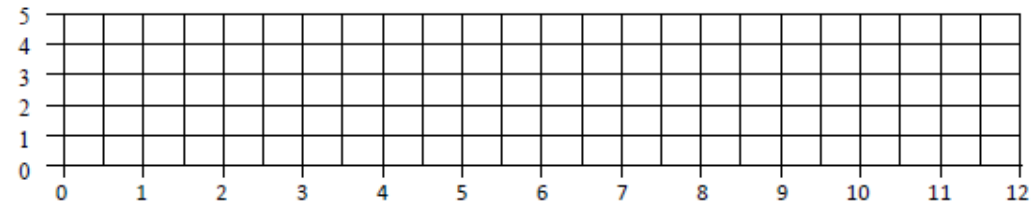
## Serviks Açıklığı



## Baş Seviyesi



## Kontraksiyon Süresi



İzlem Yapanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

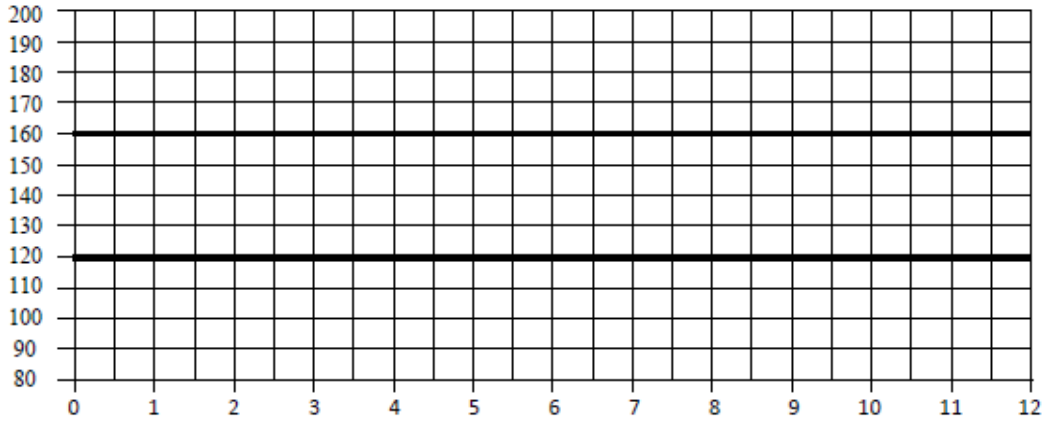
İzlemi Devir Alanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

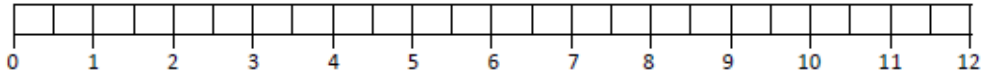
## PARTOGRAF

Hasta Adı Soyadı:	Gravida:	Parite:	Protokol No:
Yatış Tarihi:	Başvuru Saati:	Membran Ruptürü: .....saat	

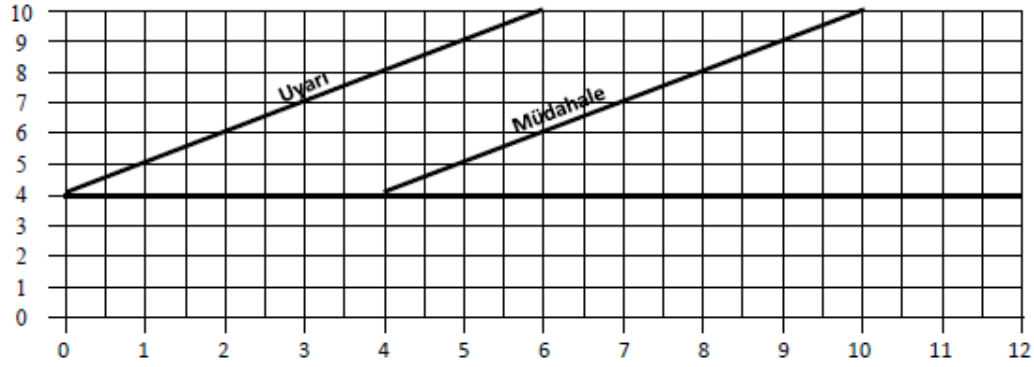
## Fetal Kalp Atım Hızı



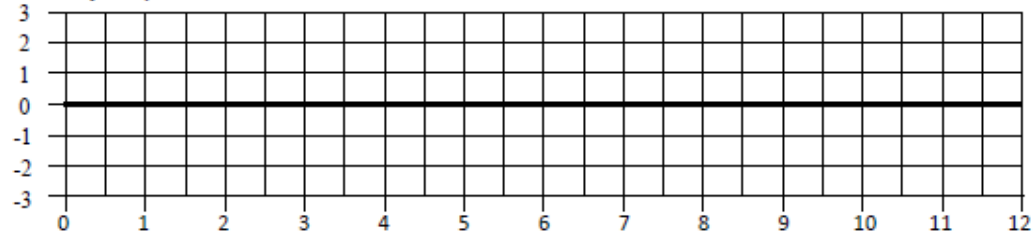
## Amniyon Sıvısı



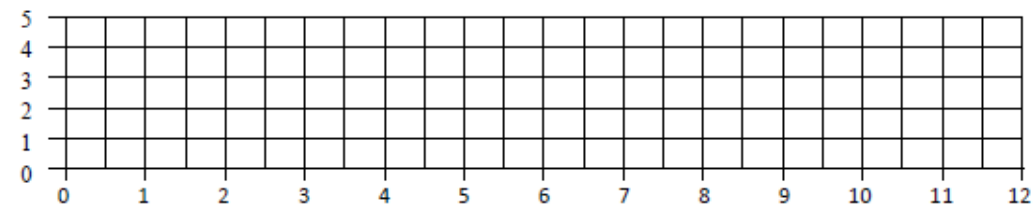
## Serviks Açıklığı



## Baş Seviyesi



## Kontraksiyon Süresi



İzlem Yapanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

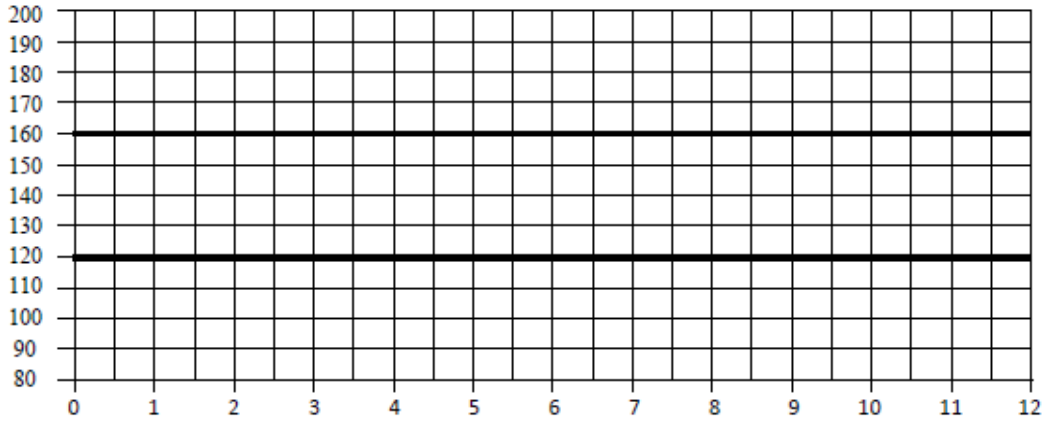
İzlemi Devir Alanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

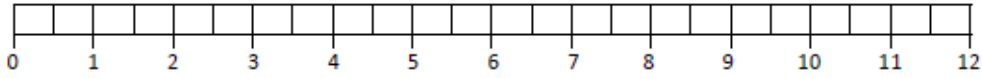
## PARTOGRAF

Hasta Adı Soyadı:	Gravida:	Parite:	Protokol No:
Yatış Tarihi:	Başvuru Saati:	Membran Ruptürü: .....saat	

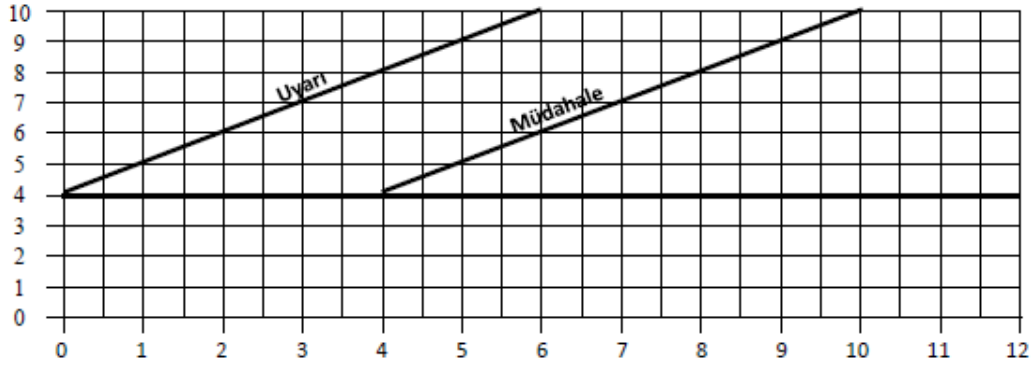
## Fetal Kalp Atım Hızı



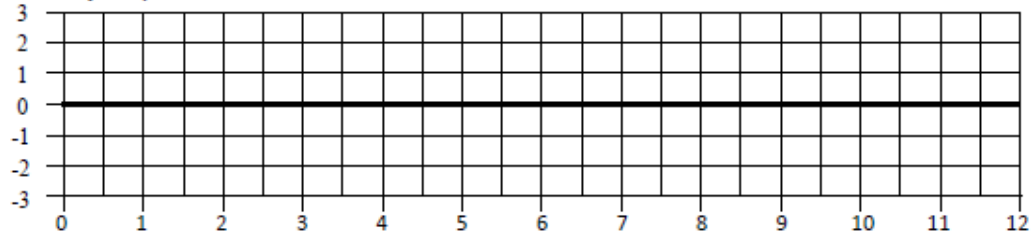
## Amniyon Sıvısı



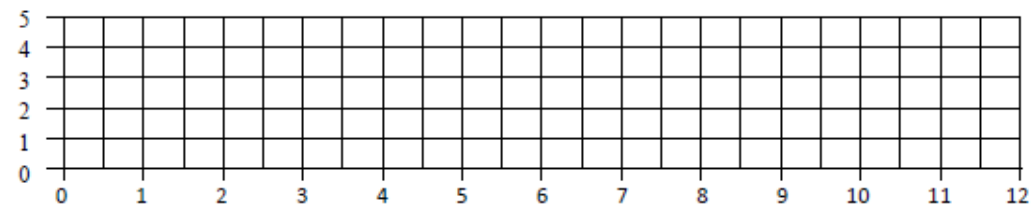
## Serviks Açıklığı



## Baş Seviyesi



## Kontraksiyon Süresi



İzlem Yapanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

İzlemi Devir Alanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:

**KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**



[sbf.klu.edu.tr](http://sbf.klu.edu.tr)



(0288) 214 55 47



/Kirkclaruni



Kirkclaruni