



AKSARAY ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
MESLEKİ BECERİ EĞİTİMİ
UYGULAMA REHBERİ
DÖNEM I

| | |
|---|-----------|
| İÇİNDEKİLER | 2 |
| MESLEKİ BECERİ EĞİTİMİ KURALLARI | 3 |
| DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ | 4 |
| Hijyenik ve Cerrahi El Yıkama Becerisi Değerlendirme Çizelgesi | 5 |
| Steril Eldiven Giyme Becerisi Değerlendirme Çizelgesi | 6 |
| Steril Malzeme Kullanımı Değerlendirme Çizelgesi | 7 |
| Nabız Ölçme Becerisi Değerlendirme Çizelgesi | 8 |
| Kan Basıncı Ölçme Becerisi Değerlendirme Çizelgesi | 11 |
| İntramüsküler Enjeksiyon Uygulama Becerisi Değerlendirme Çizelgesi | 13 |
| Yara Pansumanı Uygulama Becerisi Değerlendirme Çizelgesi | 18 |
| Subkutan enjeksiyon Uygulama Becerisi Değerlendirme Çizelgesi | 20 |
| Erişkin İleri Yaşam Desteği Becerisi Değerlendirme Çizelgesi | 21 |
| Erişkin Hastada Yabancı Cisim Aspirasyonunda Karından İtme ve Heimlich Manevrası Becerisi Değerlendirme Çizelgesi | 22 |
| Hasta Monitörizasyonu ve EKG Çekimi Değerlendirme Çizelgesi | 23 |
| Glukometre ile Kan Şekeri Ölçümü Becerisi Değerlendirme Çizelgesi | 29 |
| Bebek ve Çocuk Hastada Temel Yaşam Desteği Uygulama Becerisi Değerlendirme Çizelgesi | 32 |
| Bebek ve Çocuk Hastada Yabancı cisim aspirasyonunda karından itme ve heimlich manevrası Becerisi Değerlendirme Çizelgesi | 35 |
| Strip ile İdrar Tetkiki Yapma Becerisi Değerlendirme Çizelgesi | 36 |
| Çocuklarda büyüme grafiklerinin değerlendirilmesi ve kullanım alanları Değerlendirme Çizelgesi | 39 |
| Pediyatrik antropometrik ölçüm becerisi Değerlendirme Çizelgesi | 40 |

MESLEKİ BECERİ EĞİTİMİ KURALLARI

1. Derslere katılım zorunludur. Her derste ilgili öğretim üyesi yoklama yapacaktır. Aksaray Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönergesinin 19. maddesinin 1., 2. ve 3. bendinde “... teorik derslerin %70'ine, pratik uygulamaların ise %80'ine katılmak zorunludur..., Pratik ve/veya teorik derslerden devamsızlık sınırlarını aşan öğrenciler ilgili ders kurulunun veya klinik uygulamanın/stajın sınavlarına giremezler.” ifadesi yer almaktadır. Aynı yönergenin 30. maddesinde mazeretlerden bahsedilmiştir “Ders kurullarında yeterli devamı sağlamış ve mazereti Fakülte Yönetim Kurulu tarafından kabul edilen öğrenciye ilgili ders kurulları için akademik takvimde belirtilen tarihlerde sınav hakkı verilir. Dönem sonu, klinik uygulama/staj sonu ve bütünleme sınavları için mazeret sınavı yapılmaz. 21. Maddenin 2. bendinde “Haklı ve geçerli bir sebeple mazeret beyan eden öğrenciler; mazeretlerinin bitiş tarihinden itibaren en geç beş iş günü içinde, Dekanlığa mazeretini gösterir belge ile yazılı olarak başvurmak zorundadırlar.” ifadesi yer alır.
2. Derse gelmeden önce Mesleki Beceri (MB) rehberinden anlatılacak konu **en az bir kez** okunmalıdır.
3. MB dönem koordinatörünün onayı olmadan grup değişikliği yapılmayacak, her öğrenci isminin yazılı olduğu saatte ilgili MB salonunda hazır bulunacaktır.
4. Ders başlangıcından en geç 10 dk sonra gelen öğrenciler yok yazılacaktır.
5. MB derslerine öğrencilerin beyaz önlüklerini giyerek ve uygulamalara katılabilecekleri rahat kıyafetlerle gelmeleri gerekmektedir (örneğin temel yaşam desteği dersinde diz üstü çökerek maket üzerinde göğüs basısı yapılacaktır).
6. MB derslerindeki maketler, simülasyon için kullanılan cansız varlık olsa da profesyonel meslek mensubu davranışı kazanmaya başladığınız eğitimlerde onlara gerçek hasta gibi davranılmalıdır.
7. Öğrenciler MB maket ve malzemelerini israf etmeden ve onlara zarar vermeden kullanılmalıdır.
8. Uygulayan öğretim görevlisi dikkatle izlenirken anlaşılmayan yerler uygulama sırası size gelmeden önce sorulmalıdır. Her öğrencinin dersin konusu hakkında en az bir kez uygulama yapması hedeflenir.
9. Öğrenilen uygulamalarla ilgili pratik sınav uygulanacaktır. Değerlendirme ölçütüne göre puan verilecektir.
10. Özel hususlar öğrencilere öğrenci temsilcisi aracılığıyla duyurulacaktır.

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ

İstasyonlar 20 basamak üzerinden değerlendirilir.

0: Yetersiz-geliştirmesi gerekir **1:** Yeterli

20 basamak üzerinden aldığı puan ilgili kuruldaki sınavın mesleki beceri uygulama puanına göre orantılanarak asıl sınav puanı hesaplanır.

KONU: Hijyenik ve Cerrahi El Yıkama Becerisi Değerlendirme Çizelgesi

AMAÇ: Hijyenik ve cerrahi el yıkama becerisi kazandırmak

Değerlendirme Kriterleri: 0: Yetersiz-geliştirmesi gerekir 1: Yeterli

Adı Soyadı:

Numarası:

Sınıfı:

| Basamak No | Basamaklar | Değerlendirme | |
|------------|---|---------------|---|
| | | 0 | 1 |
| 1 | Giysinizin kollarını el bileklerini ortaya çıkaracak biçimde katlayınız. | | |
| 2 | Saatinizi, yüzük, bilezik, vb. takılarınızı çıkarınız | | |
| 3 | Musluğu açınız. | | |
| 4 | Ellerinizi akan suyun altında ıslatınız. | | |
| 5 | Elinize sabun ya da bir miktar temizleyici çözelti alınız. | | |
| 6 | Bir miktar su ile sabun ya da çözeltiyi köpürtünüz. | | |
| 7 | Elde kalan köpükle, aşağıda tanımlanan hareketleri, sırayla çeşitli yönlere rotasyonlar yaparak, en az beşer kez yineleyerek ellerinizi ovunuz: | | |
| 8 | Avuç içleri birbiriyle temas ederek | | |
| 9 | Sağ avuç içi sol el sırtı üzerine temas ederek ve parmak aralarını ovarak, | | |
| 10 | Sol avuç içi sağ el sırtı üzerine temas ederek ve parmak aralarını ovarak, | | |
| 11 | Avuç içleri birbiriyle temas ederken parmak araları da birbirinin içine geçmiş olarak, | | |
| 12 | Sağ elin parmakları kapalı ve fleksiyonda iken, parmakların arka yüzlerini sol elin avuç içi ile temas ettirerek, | | |
| 13 | Sol elin parmakları kapalı ve fleksiyonda iken, parmakların arka yüzlerini sağ elin avuç içi ile temas ederek, | | |
| 14 | Sağ başparmak, sol avuç içine alınarak, | | |
| 15 | Sol başparmak, sağ avuç içine alınarak, | | |
| 16 | Sağ elin tüm parmak uçları sol avuç içine alınarak, | | |
| 17 | Sol elin tüm parmak uçları sağ avuç içine alınarak ellerinizi ovunuz. | | |
| 18 | Suyun altında ellerinizi ovar şekilde yıkayıp, temizleyici maddenin köpüğünü tamamen akıtarak ellerinizi durulayınız. | | |
| 19 | Kâğıt havlu ile ellerinizi kurulayınız. | | |
| 20 | Musluğu kapatınız, Kullanılmış havluyu siyah (evsel atık) çöp torbasına atınız. | | |

KONU: Steril Eldiven Giyme Becerisi Değerlendirme izelgesi

AMAÇ: Steril eldiven giyme becerisi kazandırmak

Değerlendirme Kriterleri: **0:** Yetersiz-geliştirmesi gerekir **1:** Yeterli

Adı Soyadı:

Numarası:

Sınıfı:

| Basamak No | Basamaklar | Değerlendirme | |
|------------|---|---------------|---|
| | | 0 | 1 |
| 1 | Ellerinizi yıkayıp, kurulayınız. (Sözel olarak ifade etmesi yeterlidir) | | |
| 2 | Elinizin boyutlarına uygun steril eldiveni seçiniz. | | |
| 3 | Eldiven ambalajının yırtık ya da delik olup olmadığını ve son kullanma tarihini kontrol ediniz. | | |
| 4 | Steril eldivenin dış paketini, içindeki ikinci kâğıt tabakayı yırtmadan açıp, iç paketi masanın üzerine yerleştiriniz. | | |
| 5 | İç paketi, eldivene ve paketin iç bölümüne değmeden masanın üzerine açınız. | | |
| 6 | Baskın elinizle diğer elin eldivenini, eldivenin kıvrılmış olan bilek kısmından, dış yüzeyine dokunmadan tutunuz. | | |
| 7 | Eldivenin başparmağını ön tarafa doğru getiriniz. Elinizi eldivenin içine sokunuz ve tüm parmaklarınızın yerlerine yerleştiğinden emin olunuz. Parmaklar yerleşince diğer elinizle eldiveni bileğinize doğru çekiniz. | | |
| 8 | Eldivenli eliniz ile, diğer eldivenin katlı boyun kısmının içine 2. ve 3. parmaklarınızı yerleştirerek, çıplak elle dış yüzeyine dokunmadan, eldiveni paketten çıkarınız. | | |
| 9 | Eldivenin başparmağını ön tarafa doğru getiriniz ve çıplak elinizi eldivenin içine ilerletiniz. Elinizi eldivene sokarken, eldivenli elinizle eldivenin boynunu bileğinizden yukarı doğru çekiniz ve başka yere değmeden, parmaklarınızın tam oturmasını sağlayınız. | | |
| 10 | Diğer eldivenin bilek seviyesinde kıvrık kalmış olan boynunu da düzelterek yukarı doğru çekiniz. | | |
| 11 | Steril eldiven ile gerçekleştireceğiniz işlemi yapınız, sonrasında baskın elinizle diğer eldivenin boyun bölümünü tutarak, derinize eldivenin dış bölümünü değdirmeden çıkarınız. | | |
| 12 | ıkardığımız eldiveni kırmızı- tıbbi atık torbasına atınız. | | |
| 13 | Eldivensiz elinizi, diğer elinizin bileği ile eldivenin arasına sokarak, eldivenin dış yüzüne değmeden eldivenin boynunu katlayınız. Katlanan bilek bölümünü eldivenin iç yüzeyinden tutarak, diğer elinizden de eldiveni çıkarınız. | | |
| 14 | Eldiveni kırmızı- tıbbi atık torbasına; eldiven ambalajını kâğıt atık ya da evsel atık torbasına atınız. | | |
| 15 | Ellerinizi yıkayıp, kurulayınız. (Sözel olarak ifade etmesi yeterlidir) | | |

KONU: Steril Malzeme Kullanımı Değerlendirme izelgesi

AMAÇ: Steril malzeme kullanma becerisi kazandırmak

Değerlendirme Kriterleri: **0:** Yetersiz-geliştirmesi gerekir **1:** Yeterli

Adı Soyadı:

Numarası:

Sınıfı:

| Basamak No | Basamaklar | Değerlendirme | |
|------------|--|---------------|---|
| | | 0 | 1 |
| 1 | Steril kullanılacak malzemelerin paketi kontrol edilir. Hasar görmemiş, son kullanma tarihi geçmemiş olması gerekir. | | |
| 2 | Sıhhi el yıkama işleminden sonra steril bohça masa üzerine konur, sterilite kontrol bantları yırtılır (eğitim bohalarında bu bant yok) ve dış kısmından tutularak her bir köşesi teker teker açılır. İç kısmındaki steril alana dokunulmaz. | | |
| 3 | Bohanın onu açan kişiye bakan köşesi en son açılır. | | |
| 4 | Steril örtüye malzemeler açılırken ambalaj kâğıt kısma doğru katlanır. Naylon kısım esnek, kâğıt kısım katı (rijit) olduğu için bu iki kısım ayrılır. | | |
| 5 | Birbirinden ayrılan bu iki yaprak ters yönde çekilerek ambalaj açılır ve ambalajın iç kısmına ellenmeden malzeme steril alana boşaltılır. | | |

KONU: Nabız Ölçme Becerisi Değerlendirme Çizelgesi

AMAÇ: Nabız ölçülen bölgeleri öğrenmek, nabız ölçme becerisi kazandırmak

Değerlendirme Kriterleri: 0: Yetersiz-geliştirmesi gerekir 1: Yeterli

Adı Soyadı:

Numarası:

Sınıfı:

| Basamak No | Basamaklar | Değerlendirme | |
|------------|--|---------------|---|
| | | 0 | 1 |
| 1 | Eller yıkanır (Sözel olarak söylemesi yeterlidir) | | |
| 2 | Hasta mahremiyeti sağlanır. | | |
| 3 | Nabızı etkileyen faktörler açısından hasta değerlendirilir, uygun ölçüm bölgesi belirlenir. | | |
| 4 | Radial nabız ölçüm bölgesi gösterimi | | |
| 5 | Ulnar nabız ölçüm bölgesi gösterimi | | |
| 6 | Brakial nabız ölçüm bölgesi gösterimi | | |
| 7 | Aksillar nabız ölçüm bölgesi gösterimi | | |
| 8 | Karotis nabız ölçüm bölgesi gösterimi | | |
| 9 | Temporal nabız ölçüm bölgesi gösterimi | | |
| 10 | Femoral nabız ölçüm bölgesi gösterimi | | |
| 11 | Popliteal nabız ölçüm bölgesi gösterimi | | |
| 12 | Tibialis posterior nabız ölçüm bölgesi gösterimi | | |
| 13 | Dorsalis pedis nabız ölçüm bölgesi gösterimi | | |
| 14 | Hastayı rahat edebileceği yatar veya oturur duruma getiriniz. | | |
| 15 | Hasta sırt üstü yatar pozisyonda ise nabız alınacak kolun gövdeye paralel olarak, vücudun yanına uzatılması, hastanın bileği bükülmeden avuç içi yere bakacak şekilde yerleştirilmesi. | | |
| 16 | Hasta oturur pozisyonda ise, nabzın değerlendirileceği kol, masa v.b. gibi bir desteğin üzerine konulması, Kolun dirsekten 90 derecelik açı yapacak şekilde bükülmesi, el bileği düz ve yere bakacak şekilde elin yerleştirilmesi. | | |
| 17 | Elin 2.3.4. parmak uçları ilgili arter üzerine yerleştirilir. | | |
| 18 | Atımların engellenmesine neden olacak derecede fazla basınç uygulanmamalıdır. | | |
| 19 | Nabız atımlarının hissetmeye başladıktan itibaren 60 sn. süreyle atımları sayınız. | | |
| 20 | Nabız sayısını, ritmini ve dolgunluğunu kaydediniz. | | |

NABIZ ALINAN ARTERLER



Radial arterler

Bracial arterler



Temporal arterler

Carotis arterler



Femoral arter

Dorsolis pedis arter



Posterior tibial arter



Popliteal arter

KONU: Kan Basıncı Ölçme Becerisi Değerlendirme Çizelgesi

AMAÇ: Kan basıncı ölçme becerisi kazandırmak

Değerlendirme Kriterleri: **0:** Yetersiz-geliştirmesi gerekir **1:** Yeterli

Adı Soyadı:

Numarası:

Sınıfı:

| Basamak No | Basamaklar | Değerlendirme | |
|------------|---|---------------|---|
| | | 0 | 1 |
| 1 | Arteriyel kan basıncı ölçümünü sessiz, sakin bir ortamda yapınız | | |
| 2 | Bireyi yapacağınız işlemle ilgili bilgilendiriniz | | |
| 3 | Bireyin ölçüm öncesindeki 30 dakika içerisinde egzersiz yapmamış, yemek yememiş, kafein içeren içecekler ve sigara içmemiş, burun ve göz damlası kullanmamış olmasını sorgulayınız | | |
| 4 | Bireyi ölçüm öncesinde bir sandalyede (ayaklar yerde, sırtı dayanmış ve kollar kalp hizasında destekli olacak şekilde) en az 5 dakika oturtunuz. Hasta ölçüm sırasında konuşmamalı ve bacak bacak üstüne atarak oturmamalıdır | | |
| 5 | İlk olarak ölçümü yapacağınız kolun tamamen çıplak hale getirilmesini sağlayınız (Üst kolun yukarı kesimlerinin sıyrılmış giysi tarafından sıkılmamasına özen gösterilmelidir) | | |
| 6 | Ölçüm yapacağınız koldaki brakial ve radyal nabızları kontrol ediniz ve tükenmez kalemle nazikçe işaretleyiniz | | |
| 7 | Manşonun içerisindeki havayı tamamen boşaltınız Manometrenin vidasını kapatınız | | |
| 8 | Manşon ve stetoskopu kola doğru bir şekilde yerleştiriniz (Manşon, şişen kese kısmının merkezi brakial arter çizgisinde ve alt kenarı antekübital fossanın 2-3 cm üstünde olacak ve kola tam oturacak fakat sıkımayacak şekilde manşon ile cilt arasına 1 parmak sığacak kadar açıklık olmalı) sarılmalıdır) | | |
| 9 | Ölçüm sırasında stetoskop manşonun altına sıkıştırılmamalıdır Stetoskop dirsek çukurunda serbest durmalı ve cilde hafifçe bastırılmalıdır. Manşon, hava kordonları brakial arter üzerine gelmeden ve görme alanı içinde kalacak şekilde sarılmalıdır | | |
| 10 | Stetoskopu kulaklıkların ucu öne bakacak biçimde kulaklarınıza yerleştiriniz | | |
| 11 | Stetoskopun tamburuna parmaklarınızla hafifçe tıklayarak sistemin hazır olduğundan emin olunuz | | |

| | | | |
|----|--|--|--|
| 12 | Stetoskop kulağınızda, tamburu etrafa çarpmayacak Şekilde asılı bırakınız | | |
| 13 | Manometre ile manŐonu ŐiŐirmeye baŐlayınız. Bu esnada radyal veya brakiyal nabzı palpe ediniz | | |
| 14 | Nabzın kaybolduğu değerin 30 mmHg yukarısına dek ŐiŐirmeye devam ediniz ve o noktada ŐiŐirmeyi durdurunuz | | |
| 15 | Stetoskopun tamburunu brakiyal arterin üzerinde bastırmadan sabitleyiniz ve ardından manometrenin musluğunu gevŐetiniz. Manşon basıncının saniyede 2-3 mmHg hızında azalması gerekir | | |
| 16 | Manşon basıncı 2-3 mmHg/saniye hızında azılırken Korotkoff seslerini takip ediniz. Seslerin ilk duyulduğu anda manometreden okunan değer sistolik, seslerin tamamen kaybolduğu andaki değer de diyastolik kan basıncını gösterir | | |
| 17 | Stetoskopu kulağınızdan çıkarınız | | |
| 18 | ManŐonu koldan ayırınız ve havasını boşaltınız | | |
| 19 | En az iki dakika arayla, en az iki kez ölüm yapılmalı ve alınan değerlerin ortalaması yazı ile kaydedilmelidir | | |
| 20 | İlk muayenedeki ölümler her iki koldan yapılmalı, yüksek olan koldaki kan basıncı hastanın kan basıncı olarak kabul edilmelidir | | |

KONU: İntramüsküler Enjeksiyon Uygulama Becerisi Değerlendirme Çizelgesi

AMAÇ: İntramüsküler enjeksiyon uygulama becerisi kazandırmak

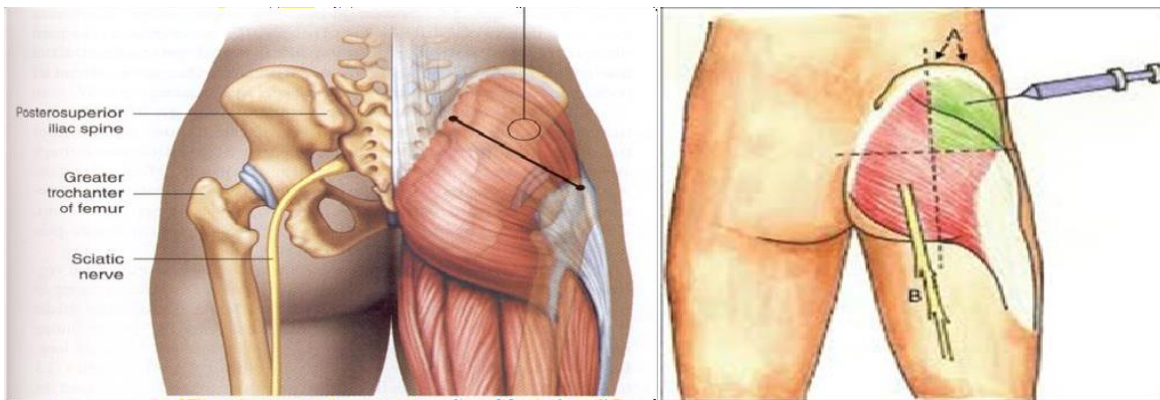
Değerlendirme Kriterleri: **0:** Yetersiz-geliştirmesi gerekir **1:** Yeterli

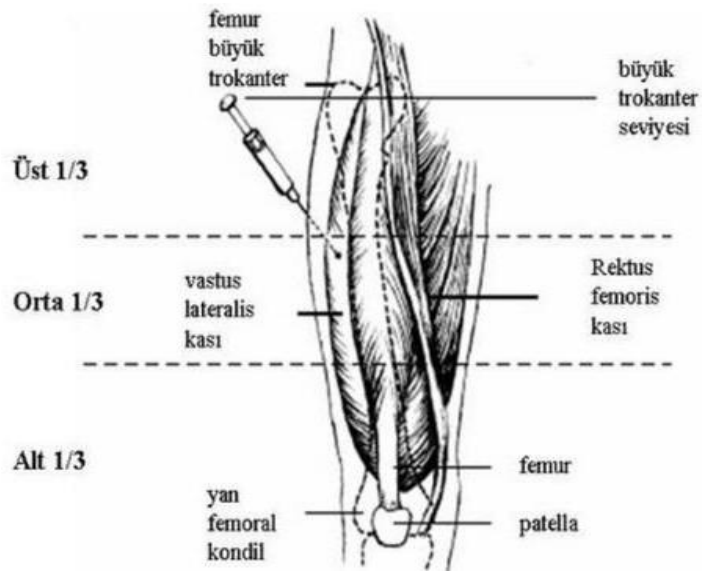
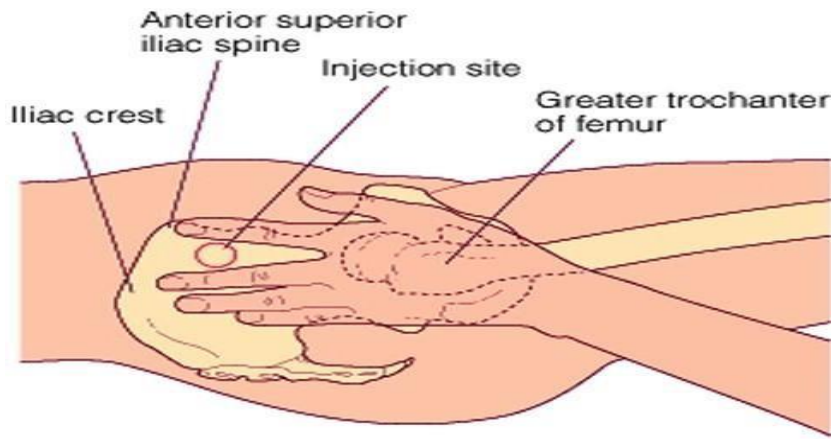
Adı Soyadı:

Numarası:

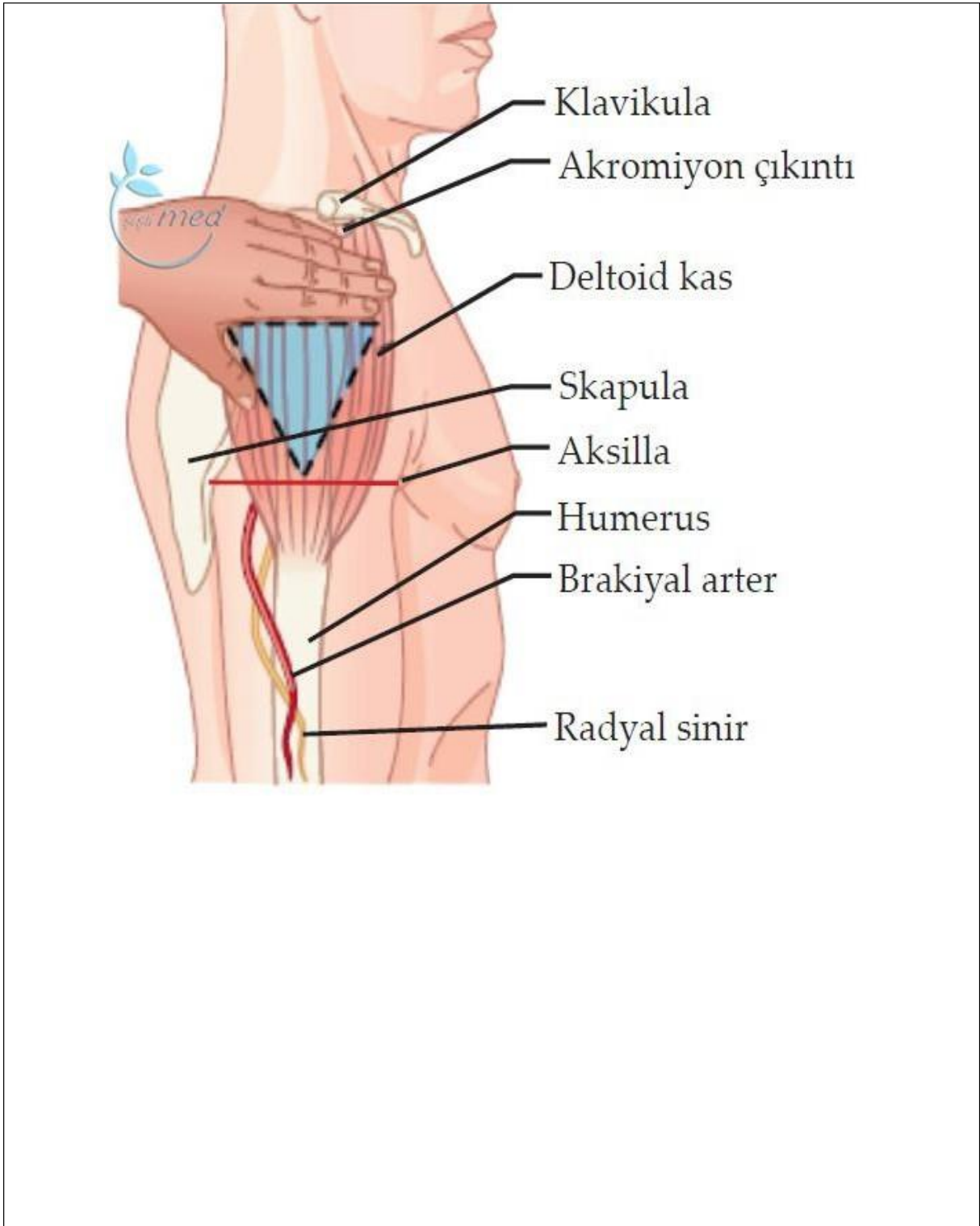
Sınıfı:

| Basamak No | Basamaklar | Değerlendirme | |
|------------|--|---------------|---|
| | | 0 | 1 |
| 1 | Eller yıkanır | | |
| 2 | Gerekli malzemeler hazırlanır (enjektör, uygulanacak ilaç, antiseptik solüsyon, pamuk) | | |
| 3 | İşlem hastaya açıklanır | | |
| 4 | İlaç kontrol edilir | | |
| 5 | İlaç enjektöre çekilir, 0.2- 0.3 ml hava çekilerek hava kilidi oluşturulur ve enjektör ucu değiştirilir | | |
| 6 | Uygun ve doğru enjeksiyon bölgesi seçilir | | |
| 7 | Hastaya seçilen enjeksiyon bölgesine uygun pozisyon verilir. Hastanın mahremiyetinin korunmasına özen gösterilir, sadece enjeksiyon uygulama alanı açıkta bırakılır | | |
| 8 | Bölgedeki anatomik altyapılar değerlendirilerek iğnenin doğru giriş yeri saptanır | | |
| 9 | Enjeksiyon alanı antiseptik solüsyonla ıslatılmış pamuk tampon ile merkezden dışa doğru dairesel hareketlerle silinir. Antiseptik solüsyonun kuruması için 10 sn beklenir | | |
| 10 | İğnenin kılıfı iğneyi kontamine etmeden dikkatlice çıkarılır. | | |
| 11 | Enjektör aktif elin başparmağı ile işaret parmağı arasında kalem tutar gibi tutulur | | |
| 12 | Girişim bölgesindeki deri, aktif olmayan elin baş ve işaret parmakları ile yana doğru gerdirilir | | |
| 13 | Hastaya derin nefes alması söylenerek dikkati başka yöne çekilir ve kaslarının gevşemesi sağlanır | | |
| 14 | İğne 90° lik açı ile hızla ve düzgün bir şekilde doku içine batırılır | | |
| 15 | Aktif el ile enjektör sabit bir şekilde hareket ettirilmeden tutulur | | |
| 16 | Aktif olmayan el ile enjektörün pistonu geri çekilerek aspirasyon işlemi yapılır. Enjektörden kan gelirse iğne dokudan çıkarılır, iğne ucu değiştirilir ve işlem başka bir bölgede tekrarlanır | | |
| 17 | Hava gelirse önce ilaç, ardından enjektördeki hava doku içine, basınç oluşturmayacak hızda verilir | | |
| 18 | Kuru pamuk tampon iğnenin giriş bölgesi üzerine bastırılır ve iğne giriş açısı bozulmadan tek bir hareketle geri çekilir | | |
| 19 | Enjeksiyon bölgesine kanama durana kadar hafifçe basınç uygulanır | | |
| 20 | Atılabilir araç gereç uygun şekilde imha edilir, diğer araç gereçler kaldırılır. Eller yıkanır, Uygulama kaydedilir. | | |









KONU: Yara Pansumanu Uygulama Becerisi Değerlendirme Çizelgesi

AMAÇ: Yara pansumanı uygulama becerisi kazandırmak

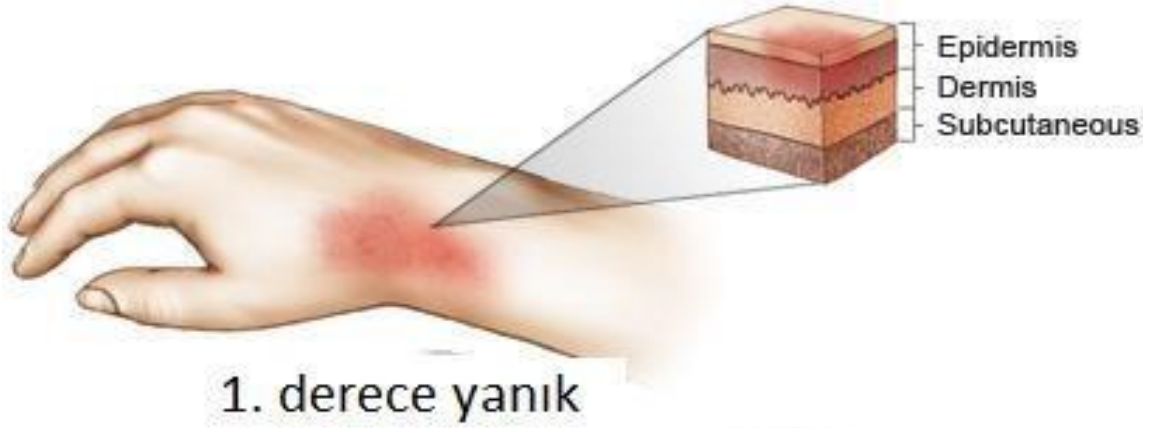
Değerlendirme Kriterleri: **0:** Yetersiz-geliştirmesi gerekir **1:** Yeterli

Adı Soyadı:

Numarası:

Sınıfı:

| Basamak No | Basamaklar | Değerlendirme | |
|------------|--|---------------|---|
| | | 0 | 1 |
| 1 | Gerekli malzemeleri hazırlama (steril gazlı bez, antiseptik solüsyon, eldiven, bandaj vb.) | | |
| 2 | Hastanın kimliğini doğrulama ve işlem hakkında bilgilendirme | | |
| 3 | Ellerini uygun şekilde yıkama ve steril eldiven giyme | | |
| 4 | Yaranın etrafındaki bölgeyi dikkatlice inceleme ve değerlendirme (şişlik, kızarıklık, akıntı vb.) | | |
| 5 | Yara çevresindeki cildi uygun antiseptik solüsyon ile temizleme | | |
| 6 | Eski pansuman varsa steril teknikle çıkarma ve yaranın durumunu gözlemlene | | |
| 7 | Yara bölgesini nazikçe temizleme, kontaminasyonu önlemek için temizliği merkezden dışa doğru yapma | | |
| 8 | Yaraya uygun antiseptik solüsyonu uygulama (doktorun talimatlarına uygun olarak) | | |
| 9 | Yaranın kuruması için bir süre bekleme veya temiz gazlı bezle nazikçe kurutma | | |
| 10 | Yara boyutuna uygun şekilde steril gazlı bez veya yara örtüsü yerleştirme | | |
| 11 | Gazlı bezi cilde zarar vermeden ve hareketi kısıtlamadan sabitleme | | |
| 12 | Bandaj veya flaster kullanarak pansumanı güvenli bir şekilde sabitleme | | |
| 13 | Pansumanın rahat olduğundan ve kan dolaşımını engellemediğinden emin olma | | |
| 14 | Yaranın pansuman sonrası durumu hakkında hastaya bilgi verme | | |
| 15 | Pansuman sırasında hasta ile etkili iletişim kurarak konforunu sağlama | | |
| 16 | Yaranın iyileşme sürecini hızlandıracak hijyen önlemlerini açıklama | | |
| 17 | Kullanılan malzemeleri uygun şekilde atma veya temizleme | | |
| 18 | Yara pansumanı sırasında aseptik tekniğe dikkat ederek enfeksiyon riskini önleme | | |
| 19 | Pansuman ile ilgili tüm gözlemleri ve işlemleri tıbbi kayıtlara eksiksiz bir şekilde geçme | | |
| 20 | Hastayı pansumanın değiştirilme süresi ve yara bakımı hakkında bilgilendirme | | |



KONU: Subkutan enjeksiyon Uygulama Becerisi Değerlendirme Çizelgesi

AMAÇ: Subkutan enjeksiyon uygulama becerisi kazandırmak

Değerlendirme Kriterleri: 0: Yetersiz-geliştirmesi gerekir 1: Yeterli

Adı Soyadı:

Numarası:

Sınıfı:

| Basamak No | Basamaklar | Değerlendirme | |
|------------|---|---------------|---|
| | | 0 | 1 |
| 1 | Eller yıkanır | | |
| 2 | Gerekli malzemeler hazırlanır (enjektör, uygulanacak ilaç, antiseptik solüsyon, pamuk) | | |
| 3 | İşlem hastaya açıklanır | | |
| 4 | İlaç kontrol edilir | | |
| 5 | İlaç enjektöre çekilir, 0.2- 0.3 ml hava çekilerek hava kilidi oluşturulur ve enjektör ucu değiştirilir | | |
| 6 | Uygun ve doğru enjeksiyon bölgesi seçilir | | |
| 7 | Hastaya seçilen enjeksiyon bölgesine uygun pozisyon verilir. Hastanın mahremiyetinin korunmasına özen gösterilir, sadece enjeksiyon uygulama alanı açıkta bırakılır | | |
| 8 | Bölgedeki anatomik altyapılar değerlendirilerek iğnenin doğru giriş yeri saptanır | | |
| 9 | Enjeksiyon alanı antiseptik solüsyonla ıslatılmış pamuk tampon ile merkezden dışa doğru dairesel hareketlerle silinir. Antiseptik solüsyonun kuruması için 10 sn beklenir | | |
| 10 | İğnenin kılıfı iğneyi kontamine etmeden dikkatlice çıkarılır | | |
| 11 | Enjektör, aktif elin başparmağı ile işaret parmağı arasında kalem tutar gibi tutulur | | |
| 12 | Enjeksiyon yapılacak bölge, aktif olmayan elin baş ve diğer parmakları ile çevresinden tutularak kaldırılır | | |
| 13 | İğne dokunun durumuna göre 45- 900 açıyla batırılır | | |
| 14 | İğne girince doku serbest bırakılır. | | |
| 15 | Aktif el ile enjektör sabit bir şekilde hareket ettirilmeden tutulur | | |
| 16 | Aktif olmayan el ile enjektörün pistonu geri çekilerek aspirasyon işlemi yapılır. (İnsülin ve heparin uygulamalarında aspirasyon / kan kontrolü doku hasarına neden olacağından yapılmamalıdır). Enjektörden kan gelirse iğne dokudan çıkarılır, iğne ucu değiştirilir ve işlem başka bir bölgede tekrarlanır | | |
| 17 | Hava gelirse önce ilaç, ardından enjektördeki hava doku içine, basınç oluşturmayacak hızda verilir | | |
| 18 | Kuru pamuk tampon iğnenin giriş bölgesi üzerine bastırılır ve iğne giriş açısı bozulmadan tek bir hareketle geri çekilir | | |
| 19 | Enjeksiyon bölgesine kanama durana kadar hafifçe basınç uygulanır | | |
| 20 | Atılabilir araç gereç uygun şekilde imha edilir, diğer araç gereçler kaldırılır. Eller tekrar yıkanır. Uygulama kaydedilir. | | |

KONU: Erişkin İleri Yaşam Desteği Becerisi Değerlendirme Çizelgesi

AMAÇ: Erişkin İleri Yaşam Desteği becerisi kazandırmak

Değerlendirme Kriterleri: **0:** Yetersiz-geliştirmesi gerekir **1:** Yeterli

Adı Soyadı:

Numarası:

Sınıfı:

| Basamak No | Basamaklar | Değerlendirme | |
|------------|---|---------------|---|
| | | 0 | 1 |
| 1 | Ortamın güvenliğini değerlendirme (kendi ve hastanın güvenliği) | | |
| 2 | Hastanın bilincini kontrol etme (seslenme ve omzuna hafifçe dokunarak) | | |
| 3 | Acil yardım çağırma (112/ambulans) talimatı verme | | |
| 4 | Havayolunu açma (baş-çene pozisyonu) | | |
| 5 | Normal solunum kontrolü (10 saniye içinde gözlemlene ve dinleme) | | |
| 6 | CPR başlatma kararını verme (solunum yoksa) | | |
| 7 | Uygun göğüs kompresyonu pozisyonunu alma | | |
| 8 | Doğru kompresyon derinliği (en az 5 cm, en fazla 6 cm) uygulama | | |
| 9 | Kompresyon hızını sağlama (dakikada 100-120 bası) | | |
| 10 | Kompresyon sonrası göğsün tam geri gelmesine izin verme | | |
| 11 | 30 kompresyondan sonra 2 kurtarıcı nefes verme | | |
| 12 | Kurtarıcı nefesleri doğru teknikle (hava kaçağını önleyerek) verme | | |
| 13 | Her nefesin 1 saniye süreyle verilmesi ve göğsün kalktığından emin olma | | |
| 14 | CPR sırasında kompresyonların kesintisiz ve sürekli olduğundan emin olma | | |
| 15 | Otomatik eksternal defibrilatör (AED) kullanımı talimatı (varsa) | | |
| 16 | AED elektrotlarını doğru şekilde yerleştirme | | |
| 17 | AED analiz yaparken kimsenin hastaya dokunmadığından emin olma | | |
| 18 | Şok gerektiğinde, “herkes çekilsin” komutunu verip şoku uygulama | | |
| 19 | Şok sonrası hemen CPR’ye devam etme (2 dakika boyunca) | | |
| 20 | Genel süreç boyunca hasta ve çevresindeki kişilerle etkili iletişim kurma | | |

KONU: Erişkin Hastada Yabancı Cisim Aspirasyonunda Karından İtme ve Heimlich Manevrası Becerisi Değerlendirme Çizelgesi

AMAÇ: Erişkin Hastada Yabancı Cisim Aspirasyonunda Karından İtme ve Heimlich Manevrası Becerisi kazandırmak

Değerlendirme Kriterleri: 0: Yetersiz-geliştirmesi gerekir 1: Yeterli

Adı Soyadı:

Numarası:

Sınıfı:

| Basamak No | Basamaklar | Değerlendirme | |
|------------|---|---------------|---|
| | | 0 | 1 |
| 1 | Ortamın güvenliğini değerlendirme (kendi ve hastanın güvenliği) | | |
| 2 | Hastanın bilincini ve hava yolu açıklığını gözlemleme (hastanın öksürüp öksümediğini kontrol etme) | | |
| 3 | Hastanın ciddi bir şekilde hava yolu tıkanıklığı belirtisi gösterip göstermediğini belirleme (konuşamama, nefes alamama, mavi dudaklar vs.) | | |
| 4 | Hastaya yardım edip etmeyeceğini sorma ve hastanın onayını alma (bilinçli hasta için) | | |
| 5 | Hastanın ayakta veya oturur pozisyonda olmasını sağlama | | |
| 6 | Hastanın arkasına geçip kollarını bel hizasında sarma | | |
| 7 | Bir elini yumruk yaparak baş parmağını içe gelecek şekilde karın üstüne, göbek deliği ile göğüs kemiği arasına yerleştirme | | |
| 8 | Diğer eliyle yumruğunu kavrama | | |
| 9 | Hızlı ve yukarı doğru itme hareketi uygulama (Heimlich manevrası) | | |
| 10 | Manevranın kuvvetli ve etkili şekilde yapıldığından emin olma | | |
| 11 | Hareketi, yabancı cisim çıkana veya hasta bilincini kaybedene kadar tekrarlama | | |
| 12 | Hastanın bilincini kaybetmesi durumunda dikkatlice yere yatırma | | |
| 13 | 112/ambulans çağırma veya çevredeki bir kişiye yardım çağırmasını söyleme | | |
| 14 | Hastanın bilinç kaybından sonra CPR başlatmak için uygun pozisyonu alma | | |
| 15 | Havayolu açıklığını sağlamak için baş-çene pozisyonu verme | | |
| 16 | Ağız içini hızlıca yabancı cisim açısından kontrol etme (gözle görülebilir ise dikkatli çıkarma) | | |
| 17 | Kompresyon uygulama (göğüs kompresyonları) başlatma | | |
| 18 | Her 30 kompresyonda iki kurtarıcı nefes vermeye geçme (solunumun etkili olup olmadığını kontrol etme) | | |
| 19 | CPR ve karından itme manevrasını nöbetleşe uygulamaya devam etme (eğer hasta bilinci kaybetmeden yardım gelmezse) | | |
| 20 | Genel sürecin sonunda hastanın stabilizasyonu ve ilk yardım desteği hakkında bilgi sağlama | | |

KONU: Hasta Monitörizasyonu ve EKG Çekimi Değerlendirme Çizelgesi

AMAÇ: Hasta Monitörizasyonu ve EKG Çekimi becerisi kazandırmak

Değerlendirme Kriterleri: **0:** Yetersiz-geliştirmesi gerekir **1:** Yeterli

Adı Soyadı:

Numarası:

Sınıfı:

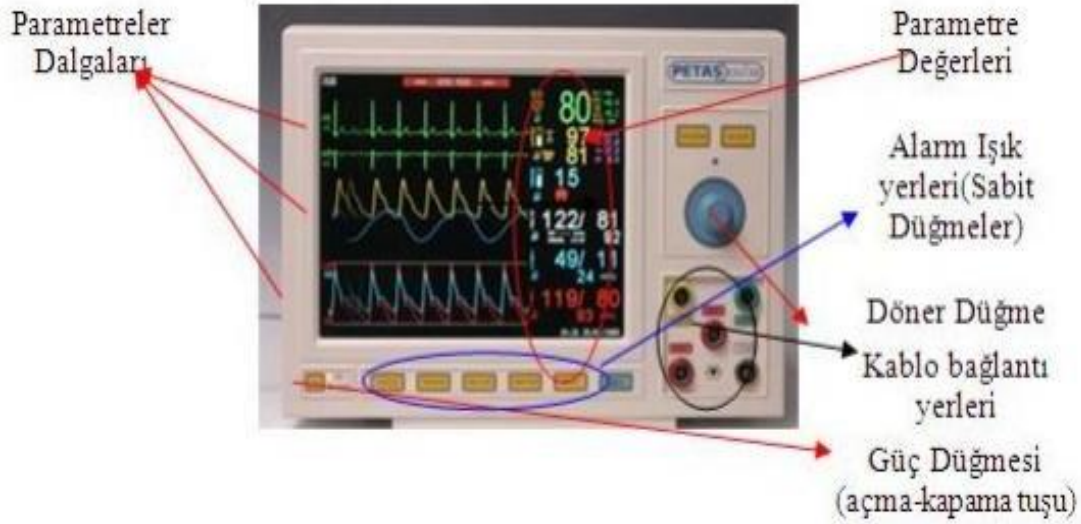
| Basamak No | Basamaklar | Değerlendirme | |
|------------|---|---------------|---|
| | | 0 | 1 |
| 1 | Ekipmanı ve gerekli malzemeleri hazırlama ve kontrol etme (monitör, elektrotlar, EKG cihazı vb.) | | |
| 2 | Hasta kimliğini doğrulama ve gerekli açıklamaları yaparak hastayı bilgilendirme | | |
| 3 | Hastanın mahremiyetini koruyacak şekilde hazırlık yapma (giysilerin uygun şekilde açılması) | | |
| 4 | Hastanın rahat bir pozisyonda (genellikle sırtüstü) yatmasını sağlama | | |
| 5 | Hastanın cildini uygun şekilde temizleme (alkollü mendil veya gazlı bezle) | | |
| 6 | Elektrotların yerleşim yerlerini belirleme (sağ ve sol kollar, sağ ve sol bacak, göğüs derivasyonları) | | |
| 7 | Elektrotları doğru yerleşim noktalarına yapıştırma (özellikle V1-V6 derivasyonları için) | | |
| 8 | EKG cihazının bağlantılarını kontrol etme ve kabloların düzgün bir şekilde bağlandığından emin olma | | |
| 9 | Monitör ve EKG cihazını çalıştırma ve hasta bilgilerini girme (ad, soyad, yaş vb.) | | |
| 10 | Doğru EKG ayarlarını seçme (kağıt hızı, kalibrasyon vb.) | | |
| 11 | EKG çekimi sırasında hastadan hareketsiz kalmasını isteme | | |
| 12 | EKG verilerini doğru ve eksiksiz kaydetme | | |
| 13 | Kayıt sırasında ortaya çıkabilecek artefaktları tanıma ve düzeltme | | |
| 14 | Monitörizasyon sırasında ritim takibini yapma ve anormallikleri tanıma | | |
| 15 | EKG kaydını analiz etme ve olağan dışı durumları belirleme (bradikardi, taşikardi, aritmiler vb.) | | |
| 16 | Monitör ekranında temel parametreleri (kalp hızı, oksijen saturasyonu vb.) gözlemlenme | | |
| 17 | Elektrotların yerleştirilmesinin ardından hastanın konforunu kontrol etme ve gerekli düzeltmeleri yapma | | |
| 18 | EKG çıktısını alarak hastaya veya tıbbi kayıtlara ekleme | | |
| 19 | Monitörizasyon sürecinde ortaya çıkan olası teknik sorunları tanıma ve çözme | | |
| 20 | Ekipmanı temizleme ve tekrar kullanıma hazır hale getirme, uygun şekilde depolama | | |

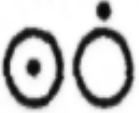


Fotoğraf 1.1: Hastabaşı monitörleri



Fotoğraf 1.2: Taşınabilir monitör



| | |
|---|---|
|  Güç | Monitörü açıp kapamak için kullanılan düğmedir. Bu düğmeye basınız. |
| Alarm Susturma | Aktif bir alarmı bir dakika süreyle susturmak için bu düğmeye basınız. |
| Kayıt | Manüel bir kayıt başlatmak için bu düğmeye basınız. Şayet hiçbir kaydedici bu cihaza bağlı değil ya da ilişkilendirilmiş değil ise kayıtlar bir olay olarak saklanır ve daha sonra görüntülenebilir, yazdırılabilir veya silinebilir. |
| Alarm Limitleri | Alarm limitleri tablosuna ulaşmak için bu düğmeye basınız. |
| NIBP Başla/Dur | Manüel NIBP ölçümüne başlamak ya da devam etmekte olan birini durdurmak için bu düğmeye basınız. |
| Tüm Alarmları Sustur | Tüm alarmları üç dakika süreyle susturmak için bu düğmeye basınız. |

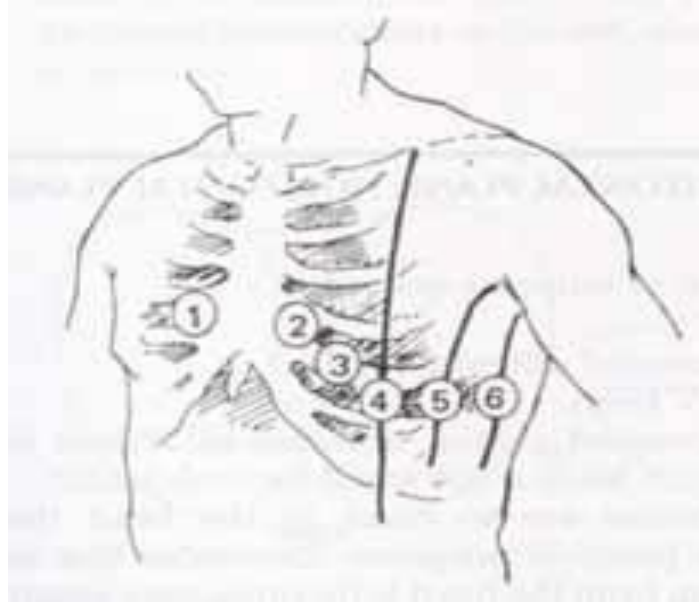
Tablo 12: Ön panel kumanda düğmeleri ve açıklamaları

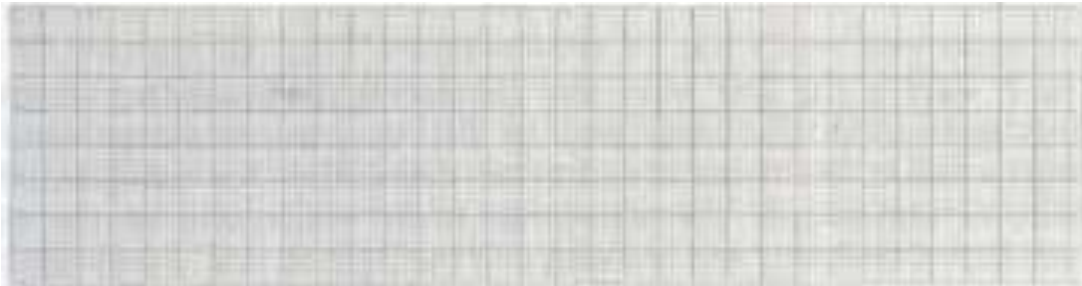
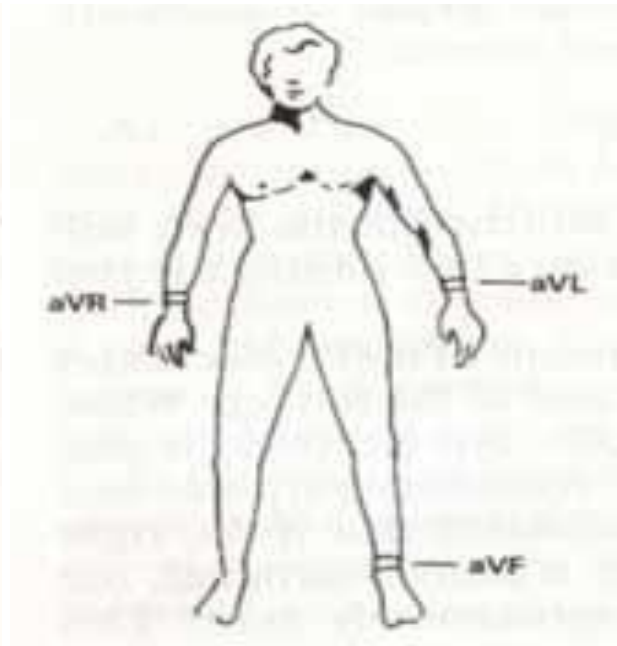
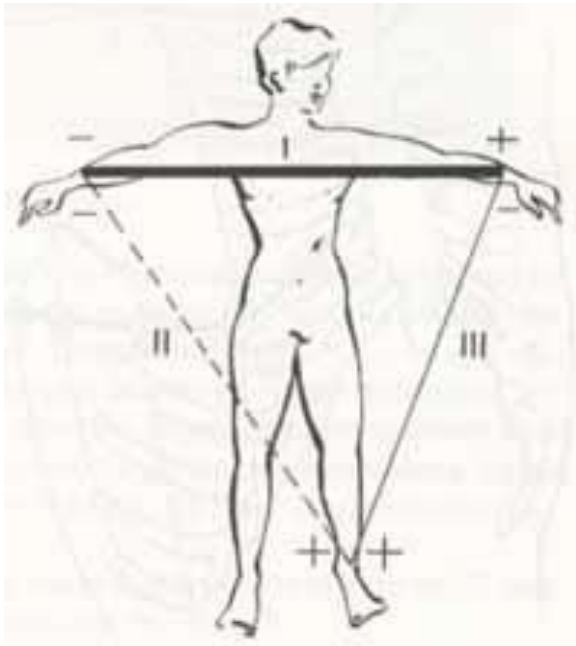
En çok izlenen parametre renkleri:

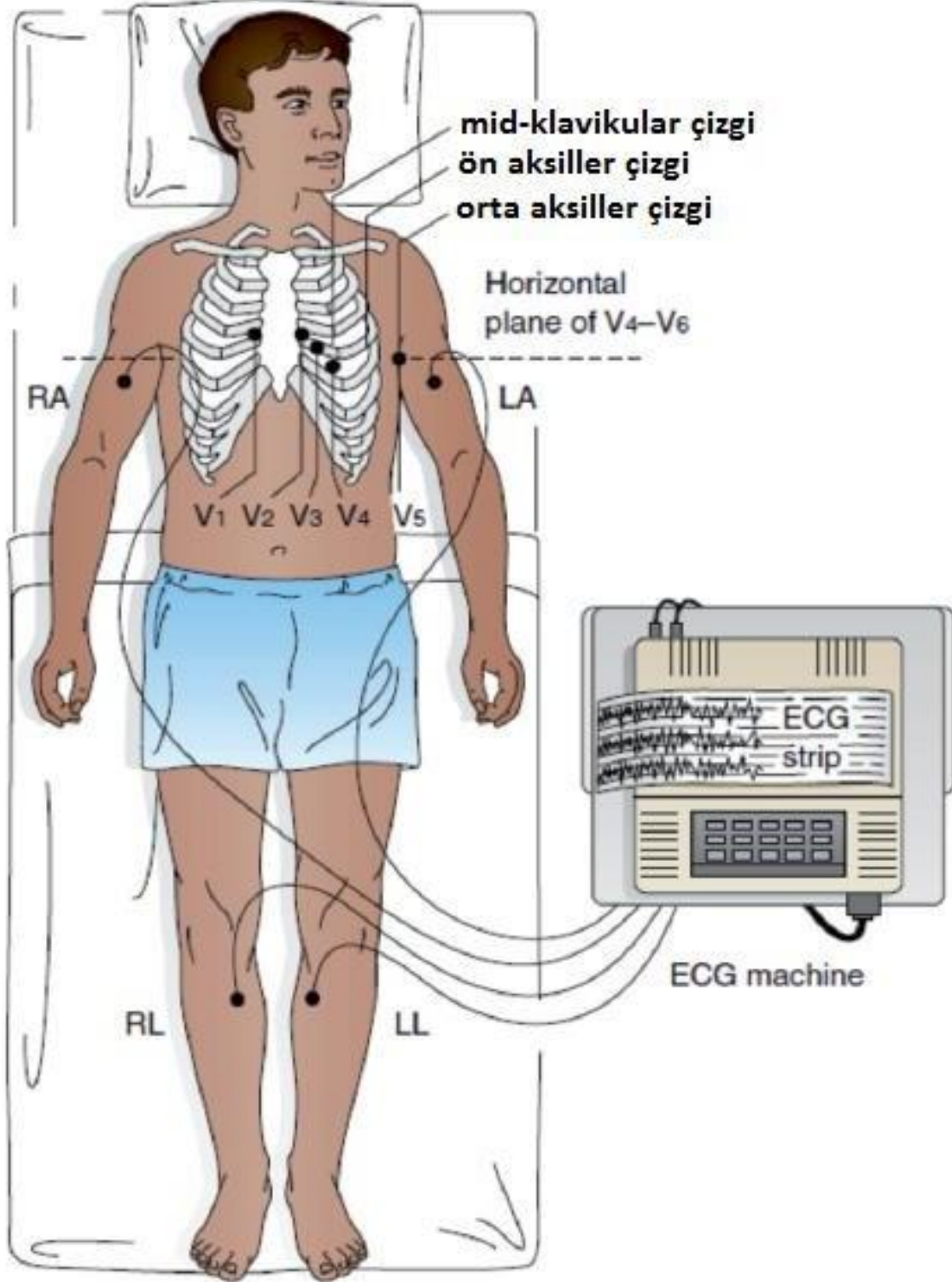
- **Kalp hızı (EKG): Yeşil**
- **SpO2: Beyaz**
- **Solunum: Mavi**
- **ETCO2: Sarı**
- **Arteriyal Basınç: Kırmızı**



Fotoğraf 1.4: Monitör gösterge renkleri







KONU: Glukometre ile kan şekeri ölçümü becerisi değerlendirme çizelgesi

AMAÇ: Glukometre ile kan şekeri ölçümü becerisi kazandırmak

Değerlendirme Kriterleri: **0:** Yetersiz-geliştirmesi gerekir **1:** Yeterli

Adı Soyadı:

Numarası:

Sınıfı:

| Basamak No | Basamaklar | Değerlendirme | |
|------------|---|---------------|---|
| | | 0 | 1 |
| 1 | Gerekli ekipmanı hazırlama (glukometre, test stripleri, lanset, alkol mendili vb.) | | |
| 2 | Hasta kimliğini doğrulama ve ölçüm yapılacağı hakkında bilgilendirme | | |
| 3 | Ellerini uygun şekilde yıkama veya dezenfekte etme | | |
| 4 | Hastanın ellerinin temiz ve kuru olduğundan emin olma | | |
| 5 | Test stripini glukometreye doğru şekilde yerleştirme | | |
| 6 | Lanseti sterilize etmek için yeni ve uygun bir uç kullanma | | |
| 7 | Hastanın parmak ucunu seçme ve ısıtarak kan dolaşımını artırma (gerekliyse) | | |
| 8 | Alkol mendili ile parmağı dezenfekte etme ve kurumasını bekleme | | |
| 9 | Lanset ile uygun noktadan (genellikle parmak yanından) kan alma | | |
| 10 | İlk kan damlasını silme ve ikinci kan damlasını ölçüm için kullanma | | |
| 11 | Kan damlasını test stripine dikkatlice yerleştirme | | |
| 12 | Glukometreyi çalıştırma ve kan şekeri ölçümünü başlatma | | |
| 13 | Sonuçların ekranda belirene kadar bekleme | | |
| 14 | Ölçüm sonuçlarını doğru bir şekilde okuma ve hastayı bilgilendirme | | |
| 15 | Ölçüm sonucunu kaydetme veya kayıtlara not etme | | |
| 16 | Hastanın kanaması durana kadar temiz bir pamukla parmağına bası uygulama | | |
| 17 | Glukometre ve diğer malzemelerin hijyenini sağlama (lanset ve stripleri uygun şekilde atma) | | |
| 18 | Ekipmanı tekrar kullanıma hazır hale getirme (glukometrenin temizlenmesi vb.) | | |
| 19 | Hastaya ölçüm sonrası önerilerde bulunma (eğer gerekli ise) | | |
| 20 | Ekipmanın çalışmasını ve bataryasını kontrol etme, gerektiğinde bataryayı değiştirme veya şarj etme | | |

Diyabet Tanı Kriterleri

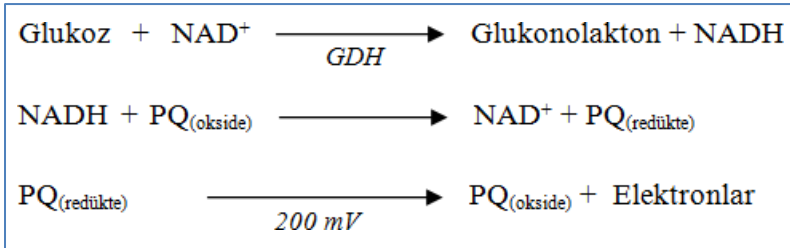
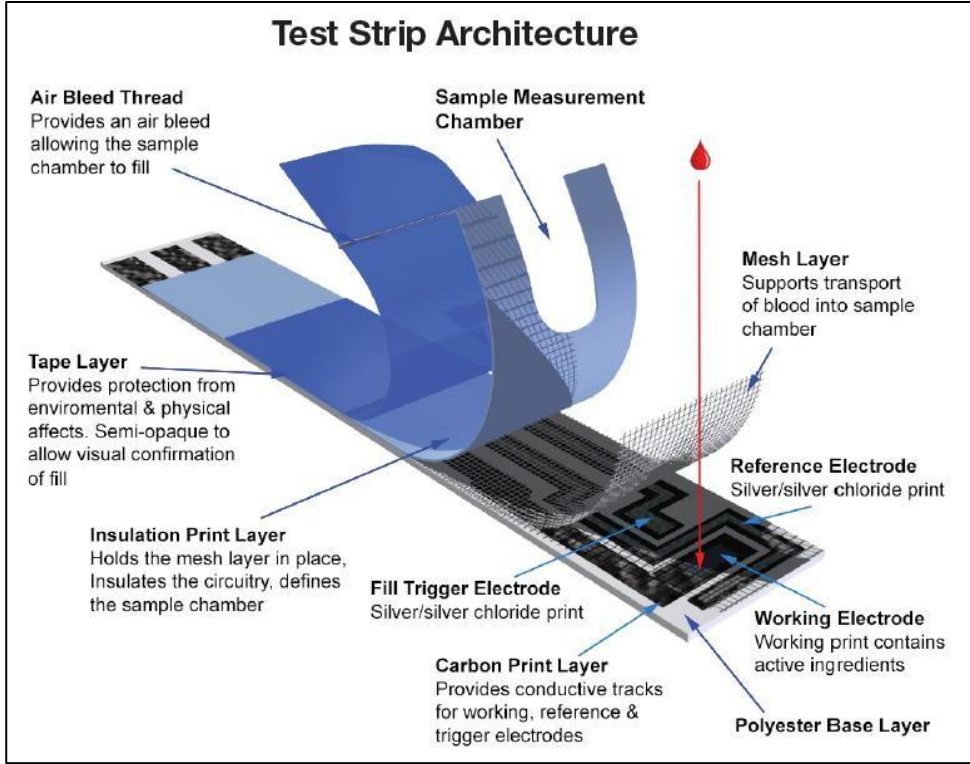
| | |
|--|-------------|
| Açlık Plazma Glukozu (APG) | >_126 mg/dl |
| Rastlantısal Plazma Glukozu+ diyabet semptomları | >_200 mg/dl |
| Oral Glukoz Tolerans Testi (OGTT)'nde 2. st plazma glukozu | >_200 mg/dl |
| HbA _{1c} | >_%6.5 |



Kod-çip



Glukoz stribi



Cihazda ölçümler sırasında bazı mesajlar görülebilir. Bunlar:

LO : (Düşük) Kan glukozunun 20 mg/dl' nin altında olabileceği anlamına gelir.

HI : (Yüksek) Kan glukozunun 500 mg/dl' nin üstünde olabileceği anlamına gelir.

E-3 : Bir test hatası olabileceği anlamına gelir.

E-4 : Kan glukozunun sistem tarafından okunamayacak kadar yüksek olduğu anlamına gelir.

KONU: Bebek ve Çocuk Hastada Temel Yaşam Desteği Uygulama Becerisi Değerlendirme Çizelgesi

AMAÇ: Bebek ve Çocuk Hastada Temel Yaşam Desteği Uygulama becerisi kazandırmak

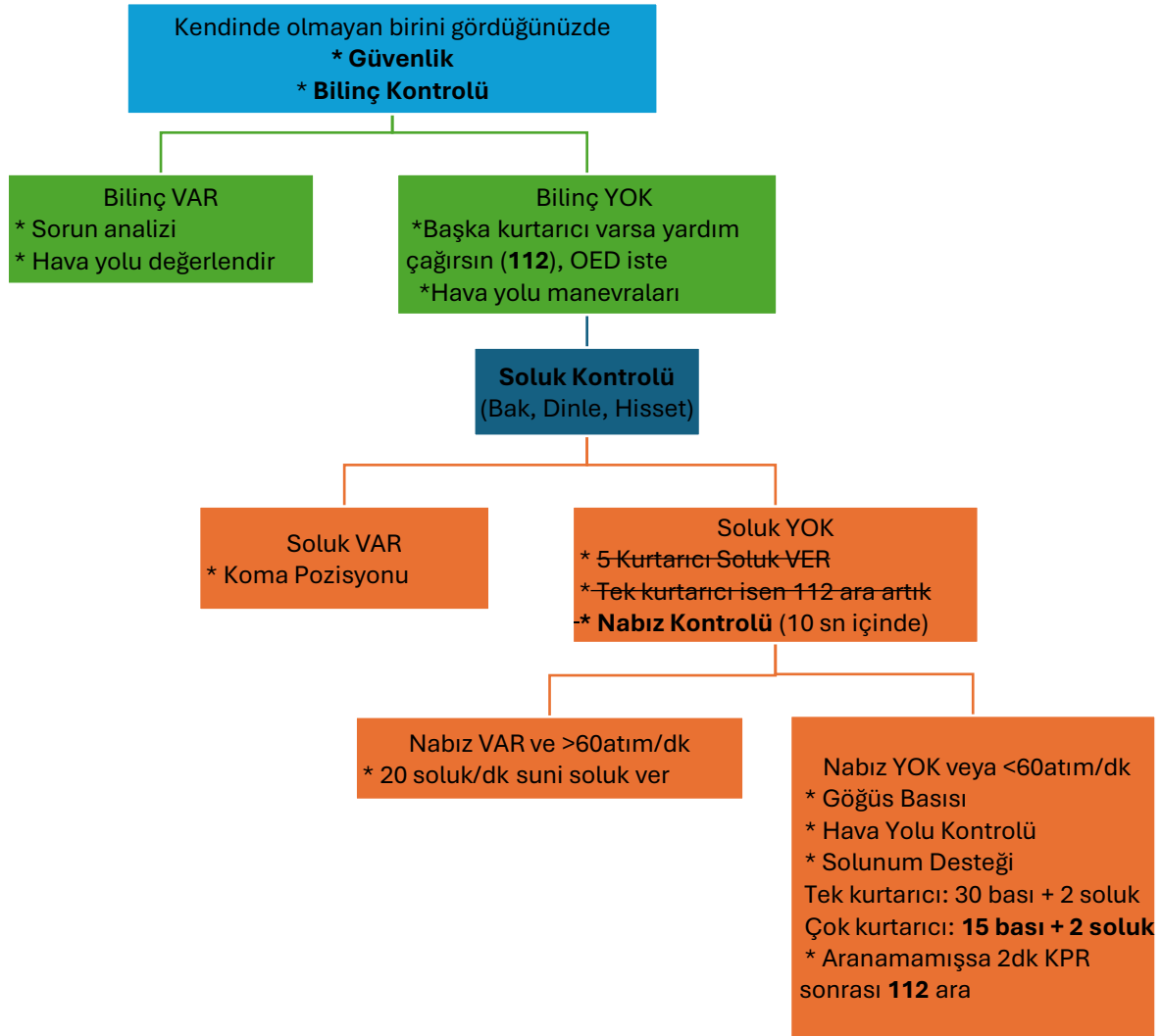
Değerlendirme Kriterleri: 0: Yetersiz-geliştirmesi gerekir 1: Yeterli

Adı Soyadı:

Numarası:

Sınıfı:

| Basamak No | Basamaklar | Değerlendirme | |
|------------|---|---------------|---|
| | | 0 | 1 |
| 1 | Ortamın güvenliğini değerlendirme (kendi ve hastanın güvenliği) | | |
| 2 | Hastanın bilincini kontrol etme (seslenerek ve hafifçe dokunarak yanıt almayı deneme) | | |
| 3 | Çocuğun/bebeğin tepki vermemesi durumunda yardım çağırma ve 112/ambulans çağırılması talimatı verme | | |
| 4 | Bebeği/çocuğu sırtüstü düz bir zemine yatırma | | |
| 5 | Havayolunu açmak için baş-çene pozisyonu verme (bebek için hafif, çocuk için normal baş-çene pozisyonu) | | |
| 6 | Havayolu açıklığını kontrol etme ve normal solunum olup olmadığını gözlemleme (gör, dinle, hisset) | | |
| 7 | Normal solunum yoksa temel yaşam desteği başlatma kararı verme | | |
| 8 | Bebekte iki parmakla, çocukta bir elle (gerekliyorsa iki elle) göğüs kompresyonu uygulama | | |
| 9 | Doğru kompresyon derinliğini sağlama (bebek için göğüs yüksekliğinin yaklaşık üçte biri, çocuk için 5 cm) | | |
| 10 | Kompresyon hızını sağlama (dakikada 100-120 kompresyon) | | |
| 11 | Kompresyonlar sırasında göğsün tam geri gelmesine izin verme | | |
| 12 | 30 kompresyondan sonra 2 kurtarıcı nefes vermeye geçme | | |
| 13 | Kurtarıcı nefeslerin etkili olup olmadığını kontrol etme (göğsün kalkıp kalkmadığını gözlemleme) | | |
| 14 | Nefesleri yavaş ve dikkatlice verme (1 saniyelik süreyle) | | |
| 15 | Kompresyon ve solunum döngüsünü kesintisiz şekilde sürdürme (30:2 oranında) | | |
| 16 | Olay yerinde bir AED varsa, çocuğa/bebeğe uygun elektrotları kullanma ve cihazı çalıştırma | | |
| 17 | AED'nin analiz yaparken kimsenin hastaya dokunmamasını sağlama | | |
| 18 | Şok önerildiğinde "herkes çekilsin" komutunu vererek şoku uygulama | | |
| 19 | Şok sonrasında hemen CPR'ye devam etme (2 dakika boyunca ya da profesyonel yardım gelene kadar) | | |
| 20 | Genel süreç boyunca doğru teknikleri uygularken etkili iletişim ve sakinliği koruma | | |





KONU: Bebek ve Çocuk Hastada Yabancı cisim aspirasyonunda karından itme ve heimlich manevrası Becerisi Değerlendirme Çizelgesi

AMAÇ: Bebek ve Çocuk Hastada Yabancı cisim aspirasyonunda karından itme ve heimlich manevrası Becerisi kazandırmak

Değerlendirme Kriterleri: 0: Yetersiz-geliştirmesi gerekir 1: Yeterli

Adı Soyadı:

Numarası:

Sınıfı:

| Basamak No | Basamaklar | Değerlendirme | |
|------------|--|---------------|---|
| | | 0 | 1 |
| 1 | Ortamın güvenliğini değerlendirme (kendi ve hastanın güvenliği) | | |
| 2 | Bebek/çocuğun bilincini kontrol etme (tepkisizlik ve sessizlik olup olmadığını gözlemlenme) | | |
| 3 | Hastanın hava yolunun kısmi veya tam tıkanıklığını belirleme (nefes alamama, ses çıkaramama, öksürmemeye gibi belirtiler) | | |
| 4 | Bilinci açık çocuk için yardım etme izni isteme | | |
| 5 | Bebek için sırtüstü pozisyon alma ve destekleyici konumda olma | | |
| 6 | Bebekte 5 sırt vuruşu uygulama (omuz bıçakları arasına kuvvetlice vurma) | | |
| 7 | Bebekte sırt vuruşlarının ardından bebeği yüzüstü çevirip 5 göğüs basısı yapma (iki parmakla, göğsün ortasına) | | |
| 8 | Çocukta, kişinin arkasına geçerek ve karından itme (Heimlich manevrası) pozisyonunu alma | | |
| 9 | Çocukta bir elini yumruk yapıp göbük deliği ile göğüs kemiği arasına yerleştirme ve diğer eliyle kavrama | | |
| 10 | Karından yukarı doğru hızlı ve kuvvetli itiş hareketleri uygulama | | |
| 11 | Manevranın etkili olup olmadığını değerlendirme ve gerekirse tekrar etme | | |
| 12 | Bebek veya çocuk bilincini kaybederse dikkatlice yere yatırma | | |
| 13 | 112/ambulans çağırma veya çevredeki bir kişiye yardım çağırmasını söyleme | | |
| 14 | Bebekte bilinç kaybından sonra ağız içini yabancı cisim açısından kontrol etme (gözle görülebilir bir cisim varsa çıkarma) | | |
| 15 | Havayolunu baş-çene pozisyonu vererek açma | | |
| 16 | Bebek veya çocuk için uygun CPR başlatma (30 kompresyon ve 2 nefes oranında) | | |
| 17 | Kompresyonların doğru derinlikte ve hızda olduğundan emin olma (bebekte göğsün üçte biri kadar, çocukta 5 cm derinlikte) | | |
| 18 | Verilen nefeslerin etkili olup olmadığını kontrol etme (göğsün kalkıp kalkmadığını gözlemlenme) | | |
| 19 | Hastanın bilincinin yerine gelmesini sağlamak için CPR'yi profesyonel yardım gelene kadar devam ettirme | | |
| 20 | Müdahale sonrası genel durumu değerlendirip hastayı stabilize etme ve gerekli yönlendirmelerde bulunma | | |

KONU: Strip ile İdrar Tetkiki Yapma Becerisi Değerlendirme Çizelgesi

AMAÇ: Strip ile İdrar Tetkiki Yapma Becerisi kazandırmak

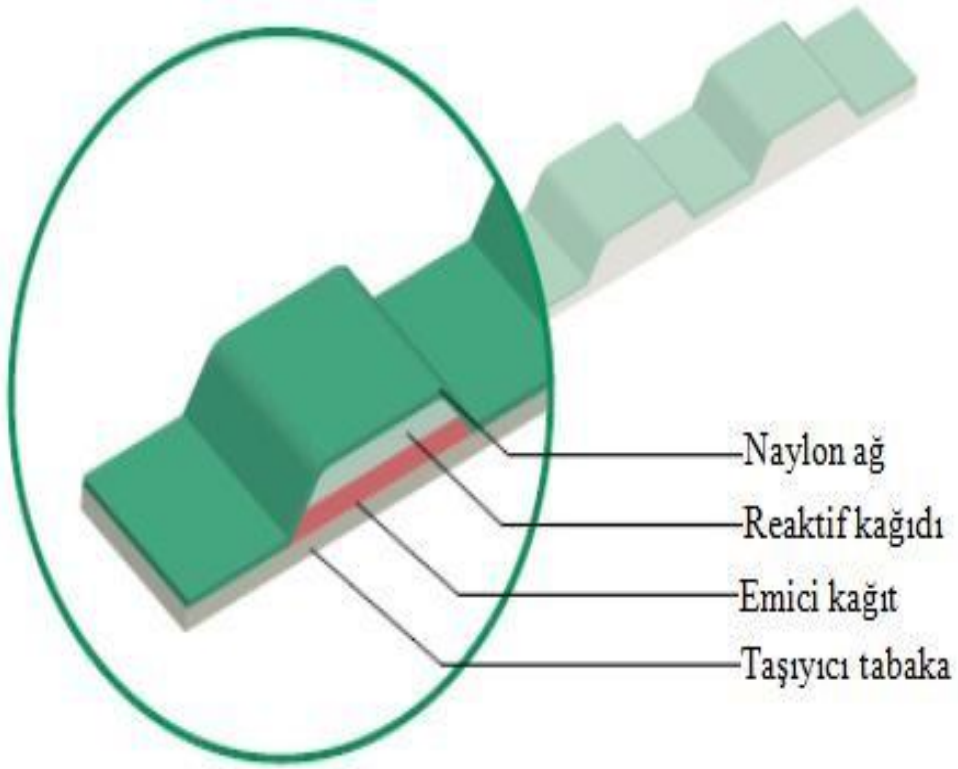
Değerlendirme Kriterleri: **0:** Yetersiz-geliştirmesi gerekir **1:** Yeterli

Adı Soyadı:

Numarası:

Sınıfı:

| Basamak No | Basamaklar | Değerlendirme | |
|------------|--|---------------|---|
| | | 0 | 1 |
| 1 | Gerekli ekipmanların hazırlanması (strip, temiz kap, eldiven vb.) | | |
| 2 | Hastanın kimliğini doğrulama ve işlem hakkında bilgilendirme | | |
| 3 | Ellerini uygun şekilde yıkama veya eldiven giyme | | |
| 4 | Hastanın idrar örneğinin temiz ve doğru bir şekilde alındığından emin olma | | |
| 5 | İdrar örneğini inceleme için uygun bir yüzeye yerleştirme | | |
| 6 | Stripi test için uygun şekilde hazırlama | | |
| 7 | Stripi idrar örneğine daldırma (stripi tamamen batırmadan kısa bir süre) | | |
| 8 | Stripin fazla idrarını sıyırarak örnekten çıkartma | | |
| 9 | Stripi uygun bir yüzeye koyarak belirtilen süre boyunca bekleme | | |
| 10 | Sonuçların okunması için zamanlayıcı kullanma (talimatlara uygun bekleme süresi) | | |
| 11 | Stripteki renk değişimlerini dikkatlice okuma ve referans tablosuyla karşılaştırma | | |
| 12 | Sonuçları doğru şekilde not etme ve raporlama | | |
| 13 | Stripi ve diğer kullanılan malzemeleri uygun şekilde imha etme | | |
| 14 | Ellerini tekrar yıkama veya eldivenleri çıkarıp atma | | |
| 15 | Hastayı bilgilendirme ve gerekli yönlendirmeleri yapma | | |
| 16 | Sonuçların doğruluğunu ve kaydedilmesini kontrol etme | | |
| 17 | İşlem sırasında hijyen ve sterilizasyon kurallarına uyma | | |
| 18 | Ekipmanın uygun çalıştığını ve testin geçerliliğini kontrol etme | | |
| 19 | Olası hataları fark etme ve gerektiğinde işlemi tekrarlama | | |
| 20 | Sonuçları tıbbi kayıtlara doğru ve eksiksiz aktarma | | |



Reagent Strips For Urinalysis

| | | | | | | | |
|--|-------|-----------|----------|-----------|----------|-----------------------------|-------|
| Bilirubin Bilirubine Bilir(rubina) | neg. | + | ++ | +++ | | | |
| Urobilinogen Urobillogene Urobilinogen(i)o | norm. | 2(35) | 4(70) | 8(140) | 12(200) | mg/dl(μmol/l) | |
| Keton(es) Keton(es)(es) Chetoni | neg. | trace | + | ++ | +++ | | |
| Blut/Blood/Bloed Sang(re) Sangue | neg. | +ca. 5-10 | ++ca.50 | +++ca.300 | ca. 5-10 | ca. 50 ca. 300 Ery/μl | |
| Protein Proteines Protein(e)(a) | neg. | trace | 1+ | 2+ | 3+ | ca. 30 mg/dl | |
| Nitrite Nitrit(i)(os) Nitrito | neg. | pos | pos | | | | |
| Leukozyten Leuk(c)ocytes Leucocit(i)(os) | neg. | ca. 25 | ca. 75 | ca. 500 | | Leuko/μl | |
| Glucose Glucosa Glucosio | norm. | 50(2.8) | 100(5.6) | 250(14) | 500(28) | ≥1000(56)mg/dl (mmol/l) | |
| Dichte/ Densidad Specific Gravity | 1.000 | 1.005 | 1.010 | 1.015 | 1.020 | 1.025 | 1.030 |
| pH | 5 | 6 | 6.5 | 7 | 8 | 9 | |

KONU: Çocuklarda büyüme grafiklerinin değerlendirilmesi ve kullanım alanları
Değerlendirme Çizelgesi

AMAÇ: Çocuklarda büyüme grafiklerinin değerlendirme becerisi kazandırmak

Değerlendirme Kriterleri: 0: Yetersiz-geliştirmesi gerekir 1: Yeterli

Adı Soyadı:

Numarası:

Sınıfı:

| Basamak No | Basamaklar | Değerlendirme | |
|------------|--|---------------|---|
| | | 0 | 1 |
| 1 | Büyüme grafiği ile ilgili gerekli ekipmanı ve materyalleri hazırlama | | |
| 2 | Çocuğun yaşını, cinsiyetini ve diğer demografik bilgilerini doğru bir şekilde belirleme | | |
| 3 | Boy, kilo ve baş çevresi gibi temel ölçümleri doğru bir şekilde yapma | | |
| 4 | Ölçümleri standart birimlerle kaydetme (cm, kg vb.) | | |
| 5 | Büyüme grafiğinin doğru yaş ve cinsiyete uygun olanını seçme | | |
| 6 | Çocuğun ölçümlerini doğru akslar üzerinde grafiğe yerleştirme | | |
| 7 | Ölçümlerin grafik üzerindeki yüzdelik dilimlerini belirleme | | |
| 8 | Büyüme eğrisinin çocuğun yaşına ve cinsiyetine göre normal aralıklarda olup olmadığını değerlendirme | | |
| 9 | Büyüme eğrisinde normalden sapmaların (persentil kaymaları) anlamını yorumlama | | |
| 10 | Uzun süreli büyüme takibi için birden fazla ölçümü grafik üzerinde izleme | | |
| 11 | Çocuğun beslenme durumu ve genel sağlığı ile büyüme eğrisini ilişkilendirme | | |
| 12 | Aile öyküsü ve genetik faktörlerin büyüme üzerindeki etkilerini göz önünde bulundurma | | |
| 13 | Büyüme eğrisinde görülen anormalliklerin olası tıbbi nedenlerini belirleme | | |
| 14 | Büyüme takibi sırasında ebeveynlerle doğru ve anlaşılır bir iletişim kurma | | |
| 15 | Eğrinin yaş, kilo ve boy oranlarına göre doğru bir analizini yapma | | |
| 16 | Çocukta büyüme geriliği veya hızlanması gibi potansiyel sorunları erken tanımlama | | |
| 17 | Gerektiğinde çocuğun sağlık geçmişine ve diğer laboratuvar sonuçlarına dayanarak yorum yapma | | |
| 18 | Özel durumlarda (örneğin prematüre bebekler) farklı büyüme grafiklerinin kullanımını bilme | | |
| 19 | Eğrinin değerlendirilmesi sonrası alınması gereken tıbbi veya diyetetik önlemleri önerme | | |
| 20 | Büyüme eğrisinin raporlanmasını ve tıbbi kayıtlara uygun şekilde aktarılmasını sağlama | | |

KONU: Pediatrik antropometrik ölçüm becerisi Değerlendirme Çizelgesi

AMAÇ: Pediatrik antropometrik ölçüm becerisi kazandırmak

Değerlendirme Kriterleri: **0:** Yetersiz-geliştirmesi gerekir **1:** Yeterli

Adı Soyadı:

Numarası:

Sınıfı:

| Basamak No | Basamaklar | Değerlendirme | |
|------------|--|---------------|---|
| | | 0 | 1 |
| 1 | Ölçüm için gerekli ekipmanı ve malzemeleri hazırlama (ölçüm cetveli, baskül, baş çevresi ölçer vb.) | | |
| 2 | Hastanın kimliğini doğrulama ve ölçüm hakkında bilgilendirme | | |
| 3 | Ölçümün yapılacağı alanı hijyenik ve güvenli hale getirme | | |
| 4 | Çocuğun uygun pozisyonda durmasını veya yatmasını sağlama | | |
| 5 | Boy ölçümü için çocuğun başını, omuzlarını, kalçalarını ve topuklarını düzgün hizalama | | |
| 6 | Boy ölçümünü doğru teknikle ve hassas bir şekilde gerçekleştirme | | |
| 7 | Vücut ağırlığını ölçmek için çocuğu basküle doğru şekilde yerleştirme | | |
| 8 | Kilo ölçümünü en az giysi ile ve hassas bir tartım cihazı kullanarak yapma | | |
| 9 | Baş çevresi ölçümünde başın en geniş kısmını (alın ve arka kafa kemiği) kapsayacak şekilde doğru pozisyonu belirleme | | |
| 10 | Baş çevresi ölçümünü uygun gerginlikte ve doğru seviyede yapma | | |
| 11 | Ölçüm değerlerini uygun birimlerle kaydetme (cm, kg vb.) | | |
| 12 | Ölçüm sırasında çocuğun konforunu ve güvenliğini sağlama | | |
| 13 | Ölçümleri standart büyüme çizelgeleri ile karşılaştırma | | |
| 14 | Çocuğun ölçüm sonuçlarını doğru bir şekilde büyüme grafiğine yerleştirme | | |
| 15 | Antropometrik ölçüm sonuçlarını yaşa ve cinsiyete göre yorumlama | | |
| 16 | Ölçüm sonuçlarını tıbbi kayıtlara doğru ve eksiksiz bir şekilde aktarma | | |
| 17 | Ölçüm sonuçlarında olası anormallikleri (örneğin, büyüme geriliği) tanıma ve raporlama | | |
| 18 | İkinci bir doğrulama için ölçümleri gerektiğinde tekrarlama | | |
| 19 | Ebeveyn veya bakım verenlere ölçüm sonuçlarını açıklama ve bilgilendirme | | |
| 20 | Ölçüm sonrası kullanılan ekipmanı temizleme ve tekrar kullanıma uygun hale getirme | | |