

 İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ  TS EN ISO 9001:2015	<b>T.C.</b> <b>İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ</b> <b>Sağlık Bilimleri Fakültesi</b>	
	<b>HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ KLİNİK UYGULAMA TEMELLİ AKRAN YÖNDERLİĞİ PROGRAMI KATILIM ONAY FORMU</b>	<b>Dok. No:</b> FR/241/52
		<b>İlk Yayın Tar.:</b> 18.05.2022
		<b>Rev. No/Tar.:</b> 00/...
		<b>Sayfa 1 / 1</b>

Değerli Öğrenciler,

Klinik uygulama temelli akran yönderliği programı kapsamında yürütülmesi planlanan faaliyetler, uygulamaya dair kurallar aşağıda belirtilmektedir. Gönüllülük esasına dayalı olarak yürütülen bu programda yer almak istemeniz durumunda ilgili metni okuyarak size ait kısmı eksiksiz biçimde doldurmanız beklenmektedir.

**Klinik uygulama temelli akran yönderliği programında uygulanması planlanan faaliyetler (Danışana yönelik);**

- a. Kliniğin tanıtılması,
- b. Klinik ekip ile etkileşimin sağlanması,
- c. Klinik kurallarının açıklanması,
- d. Klinikte kullanılan bilgi sistemlerinin tanıtılması (*Probel kullanımı*)
- e. Hasta ve hasta yakınları ile etkileşimin sağlanması,
- f. Hasta bakım sürecinde rehberlik sağlanması,

**Klinik uygulama temelli akran yönderliği programına yönelik kurallar;**

- 1) İlgili formların eksiksiz biçimde doldurulması
- 2) Süreç esnasında olası/mevcut sorunların ilgili öğretim elemanına bildirilmesi
- 3) Yönder ve danışan arasında maddi alışverişin olmaması
- 4) Kişisel sınırlara saygı gösterilmesi
- 5) Kişiye özel bilgilerin gizliliğine saygı duyulması
- 6) Yönder ve danışan arasındaki ilişkinin sadece bu programın gereklilikleri ve kapsamı içinde sürdürülmesi
- 7) Akran yönderliği programı kapsamında planlanan toplantılara katılımın sağlanması
- 8) Uygun biçimde geribildirim verilmesi ve alınması (*geribildirim alma ve verme yönergesi*)

Yukarıda beyan edilen kuralları ve yönderlik programı kapsamında planlanan faaliyetleri okudum ve anladım. Bu kapsamda klinik uygulama temelli akran yönderliği programında yer almayı **kabul ediyorum.**

Yönder Öğrencinin Adı Soyadı

İmza

Tarih

Klinik

Danışan Öğrencinin Adı Soyadı

İmza

Tarih

Klinik

Sorumlu Öğretim Elemanı Adı Soyadı

İmza

Tarih