


|  |  |                              |
|--|--|------------------------------|
| <br><b>ANTALYA BİLİM<br/>ÜNİVERSİTESİ</b> | <b>T.C.<br/>ANTALYA BİLİM ÜNİVERSİTESİ</b>   |                              |
|  | <b>SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ<br/>HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ KLİNİK UYGULAMA<br/>TEMELLİ AKRAN YÖNDERLİĞİ PROGRAMI<br/>KATILIM ONAY FORMU</b> | <b>Dok. No:</b>              |
|  |  | <b>İlk Yayın Tar.:</b> ..... |
|  |  | <b>Rev. No/Tar.:</b> 00/...  |
|  |  | <b>Sayfa:</b> 1/1            |

Değerli Öğrenciler,

Klinik Uygulama Temelli Akran Yönderliği uygulama programı kapsamında yürütülmesi planlanan faaliyetler, uygulamaya dair kurallar aşağıda belirtilmektedir. Gönüllülük esasına dayalı olarak yürütülen bu program kapsamında yer almak istemeniz durumunda ilgili metni okuyarak size ait kısmı eksiksiz biçimde doldurmanız beklenmektedir.

Klinik Uygulama Temelli Akran Yönderliği kapsamında uygulanması planlanan faaliyetler;

- Hasta ve hasta yakınları ile etkileşimin sağlanması,
- Kliniğin tanıtılması,
- Sağlık bakım ekibinin tanıtılması,
- Klinik kuralların aktarılması,
- Klinikteki sağlık ekibi üyeleri ile etkileşimin sağlanması,
- Hasta bakım sürecinde rehberlik sağlanması,
- Klinikte kullanılan bilgi sistemlerinin tanıtılması (*Elektronik sağlık kayıt sistemlerinin, dijital platformda oluşturulan bakım planlarının tanıtımı, vb.*)

Klinik Uygulama Temelli Akran Yönderliği uygulamasına yönelik kurallar;

- İlgili formların eksiksiz biçimde doldurulması
- Süreç esnasında olası/mevcut sorunların ilgili öğretim elemanına bildirilmesi
- Yönder ve danışan arasında maddi alışverişin olmaması
- Kişisel sınırlara saygı gösterilmesi
- Kişiyeye özel bilgilerin gizliliğine saygı duyulması
- Yönder ve danışan arasındaki ilişkinin sadece bu programın gereklilikleri ve kapsamı içinde sürdürülmesi
- Akran yönderliği uygulaması kapsamında planlanan toplantılara katılımın sağlanması

Yukarıda beyan edilen kuralları ve yönderlik programı kapsamında planlanan faaliyetleri okudum ve anladım. Bu kapsamda akran yönderliği uygulamasında yer almayı kabul ediyorum.

|  |                    |
|--|--------------------|
| <b>Yönder Öğrencinin Adı Soyadı:</b> .....           |                    |
| <b>Hastane/ Klinik:</b> .....                        |                    |
| <b>Tarih:</b> .....                                  | <b>İmza:</b> ..... |
| <b>Danışan Öğrencinin Adı Soyadı:</b> .....          |                    |
| <b>Hastane/ Klinik:</b> .....                        |                    |
| <b>Tarih:</b> .....                                  | <b>İmza:</b> ..... |
| <b>Yönder Sorumlu Öğretim Elemanının Adı Soyadı:</b> |                    |
| <b>Tarih:</b>  |                    |
| <b>İmza:</b>   |                    |