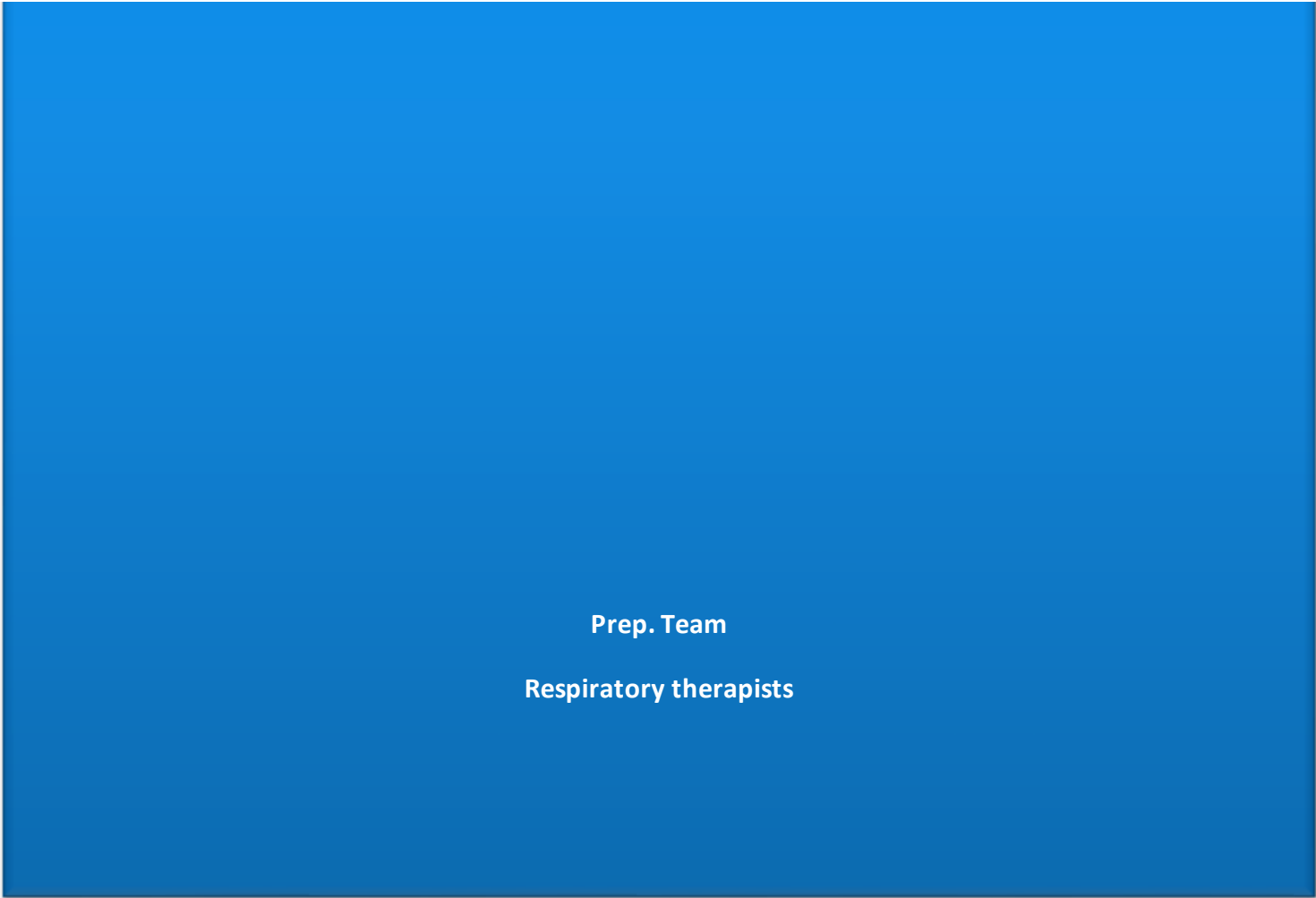


LOG BOOK
for training of 2nd level of Respiratory Care
first semester
2026-2027



Prep. Team
Respiratory therapists

Notes to the student

- The logbook is considered as one of the basic requirement for the R T training course.
- It should be complete within the period of training in the rotation plan.
- It should be reviewed by tutor at the end of the week.

إرشادات استخدام كراسة التدريب العمل

يطلب من الطالب الاحتفاظ بتسجيل المهارات التي تم عملها ووضع نوع المهارة والتجارب والأنشطة التي تم العمل بها وتقييم مستوى مشاركة الطالب فيها كالتالي :

1. شاهد: الطالب: شاهد عمل المهارة دون أي مشاركة.
2. شارك: تم عمل المهارة من قبل الطالب بمساعدة المدرب.
3. نفذ: تم عمل المهارة بدون مساعدة تحت إشراف المدرب.

التعليمات:

- التعليمات تتم بواسطة مدرب التدريب العملي ثم التوقيع في نفس اليوم الذي تم فيه التدريب
- التسجيل الشهري يتم فقط بواسطة المشرف العام للتدريب العملي في الموقع التدريبي.
- الطالب مسنولاً عن هذه الكراسة ويجب إحضارها عند طلبها
- التسجيل في هذه الكراسة يجب أن تتم بواسطة الطالب.
- غير مسموح لأي طالب بالتسجيل نيابة عن طالب آخر
- الطالب الذي لا يتقيد بما جاء أعلاه يعرض نفسه للعقاب من مشرف التدريب العملي أو القسم التابع له.
- المحافظة على هذا السجل وتدوين كل ما يتعلق بالتدريب العملي فيه أولاً بأول.
- عدم إحداث أي كشط أو تعديل في بيانات السجل.
- استيفاء جميع توقيعات المدربين كلاباً يخصه.
- ارتداء الملابس الخاصة بالحقل التدريبي أثناء التدريب والالتزام بقواعد السلامة والوقاية.
- اصطحاب البطاقة الطلابية وتعليقها أثناء التدريب.
- يمنع الانتقال من قسم إلى آخر إلا بتوجيه من المشرف العام.
- تواجدك في مواقع التدريب هو للتدريب فقط وعليه فأنت ممنوع من القيام بأي نشاط آخر غير التدريب.
- في حال لم يوقع الطالب على حضور وانصراف يحسب غياب حتى في حال تواجده في التدريب والتوقيع على الحافظة وقت الحضور والانصراف في الوقت المحدد
- درجة اكتمال وتعبئة الكراسة 30 درجة
- المطلوب دراسة حالة وتعبئتها كل اسبوع
- احترام قوانين ولوائح التدريب التابعة لمكان النزول الميداني
- احترام موانيق حقوق المرضى وواجباتهم

DEPARTMENTS OF TRAINING

[illegible]

R C STUDENT PRACTICAL SIKILLS

- 1) The interview and medical history
- 2) Cardiopulmonary symptoms
- 3) 3-Vital signs
- 4) 4-Fundamentals of physical examination
- 5) 5-Neurologic assessment
- 6) 6-Clinical laboratory studies
- 7) 7-ABG
- 8) 8-CHEST IMAGING Indications for the Chest Radiograph Examination, Radiographic Views
- 9) 9-Evaluation of the Chest Radiograph, Clinical and Radiographic Findings in Lung Diseases, Post-procedural Chest Radiograph Evaluation, Chest Computed Tomography, Chest Magnetic Resonance Imaging, Chest Ultrasound,
- 10) 1-Work place safety
- 11) 2- Vital signs, weight and Height
- 12) 3-Basic Life Support
- 13) 4-Medical injection
- 14) 5-types of injection

- 15) 6-injection Techniqu
- 16) 7-positioning Lifting and transferring patient and residents
- 17) 1-Orientation to the respiratory lab. Handwashing Hand Sanitation Surgical Scrub
- 18) 2-Vital signs
- 19) 3-Chest Examination
- 20) 4-Barrier Precautions/Personal Protective Equipment-PPE
- 21) 5-Handling and Disposal of Infectious Equipment and Waste Preparation of Equipment for Disinfection/
- 22) 6-Sterilization by Autoclave, Ethylene Oxide, Activated Glutaraldehyde, or Pasteurization
- 23) 7-Monitoring Infection Control Procedures Laboratory Report Procedural Competency Evaluation Sterilization and Disinfection
- 24) 8-Monitoring Infection Control Procedures Laboratory Report Procedural Competency Evaluation Sterilization and Disinfection
- 25) 1-Manufacture, Storage, and Transport of Medical Gases
- 26) 2-Administering Medical Gases
- 27) 3-Airway Management Devices and Advanced Cardiac Life Support
- 28) 4-Lung Expansion Therapy and Airway Clearance Device
- 29) 5-Assessment of Pulmonary & Cardiovascular Function
- 30) 6- Blood Gas Monitoring and MV
- 31) 7-Humidity and Aerosol Therapy
- 32) 5- MEDICL Pharmacology
- 33) 6-Injection control process
- 34) 7-First Aid MANAGERMENTS

الأسبوع الأول

- أيام التدريب

- التاريخ من: / / الى / /

- مكان التدريب

- قسم التدريب

اسم مشرف التدريب:

Patient Name: Date: \ \ 2023
Ward: Sheet NO Bed No: : Room No:

ASSESSMENT:

A- History

personal History:

- ❖ Patient's Name: - Age: Address.....
- ❖ Marital status : single married divorce
- ❖ Habits: Smoker Chewing Qat other
- ❖ Educational Level:
- ❖ DOA .../.../2023

Patient History:

☒ Chief of Complains:

.....
.....
.....

☒ History of present illness

.....
.....
.....

Past History:

☒ Medical history:

D.M () HTN () IHD () CHD ()
HBV () HCV () T.B () HIV ()
HAV () Convulsion () Malaria () Arthritis ()
GIT diseases () Mental diseases () Blood disorder () Thyroid
disorder () Previous hospitalization ()

☒ Surgical history:

Appendectomy () Thyroidectomy ()
Previous () Blood transfusion ()

☒ Allergic history

Nutritive substances () Drug sensitivity ()

Any reaction ()

B- Physical Examination:

Systems review

General appearance and functional abilities

Clinical Examination: _____

Clinical: _____ Chest: _____ Heart: _____

B.P: _____ Pulse: _____ Temp: _____

General Condition: _____

Premedication: _____

Supervisor Signature: _____ Date: _____

FLOWUP LIST OF RESPIRATORY SKILLS

PLACE OF TRAINING

DEPARTMENT

تاريخ الانتهاء / / 20م

تاريخ البدء. / / 20م

اسم المدرب /

no	Skill	Observation	Assistant	Remarks	Evaluation	Sign student	Sign tutor
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

FLOWUP LIST OF RESPIRATORY EQUIPMENTS & INSTEROMENTS

NO	Equipment Name	skill	SKILLS steps	LEVEL OF SKILL EVALUATION			
				1	2	3	5
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

TRENER NAME \

SIGNATURE \

TERMINOLOGY LIST

PLACE OF TRAINING \

DEPARTMENT \

N o	Terminology	Meaning	Sign student	Sign tutor	Notes
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					

ملخص الاستفادة في الأسبوع

عدد الحالات التي تم التدريب عليها خلال الأسبوع الأول ()

تشخيص الحالات التي تم التدريب عليها

.....-

.....-

.....-

تقنيات التنفسية التي تم التدريب عليها

.....-

.....-

.....-

أسماء ادوية التنفسية التي تم الاستفادة منها في الأسبوع الأول:

Druge name	Dose	Rout of administration	Uses of drug

أسماء الأدوات التي تم مواجهتها أثناء التدريب في الأسبوع الثاني:

.....-

.....-

.....-

.....التوقيع

.....اسم المشرف

الأسبوع الثاني

- أيام التدريب

- التاريخ من: / / الى / /

- مكان التدريب

- قسم التدريب

اسم مشرف التدريب:

Patient Name: Date: \ \ 2023
Ward: Sheet NO Bed No: : Room No:

ASSESSMENT:

A- History

personal History:

- ❖ Patient's Name: - Age: Address.....
- ❖ Marital status : single married divorce
- ❖ Habits: Smoker Chewing Qat other
- ❖ Educational Level:
- ❖ DOA .../.../2023

Patient History:

☒ Chief of Complains:

.....
.....
.....

☒ History of present illness

.....
.....
.....

Past History:

☒ Medical history:

D.M () HTN () IHD () CHD ()
HBV () HCV () T.B () HIV ()
HAV () Convulsion () Malaria () Arthritis ()
GIT diseases () Mental diseases () Blood disorder () Thyroid
disorder () Previous hospitalization ()

☒ Surgical history:

Appendectomy () Thyroidectomy ()
Previous () Blood transfusion ()

☒ Allergic history

Nutritive substances () Drug sensitivity ()

Any reaction ()

B- Physical Examination:

Systems review

General appearance and functional abilities

Clinical Examination: _____

Clinical: _____ Chest: _____ Heart: _____

B.P: _____ Pulse: _____ Temp: _____

General Condition: _____

Premedication: _____

Supervisor Signature: _____ Date: _____

FLOWUP LIST OF RESPIRATORY SKILLS

PLACE OF TRAINING

DEPARTMENT

تاريخ الانتهاء / / 20م

تاريخ البدء. / / 20م

اسم المدرب /

no	Skill	Observation	Assistant	Remarks	Evaluation	Sign student	Sign tutor
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

FLOWUP LIST OF RESPIRATORY EQUIPMENTS & INSTEROMENTS

NO	Equipment Name	skill	SKILLS steps	LEVEL OF SKILL EVALUATION			
				1	2	3	5
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

TRENER NAME \

SIGNATURE \

TERMINOLOGY LIST

PLACE OF TRAINING \

DEPARTMENT \

N o	Terminology	Meaning	Sign student	Sign tutor	Notes
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					

ملخص الاستفادة في الأسبوع

عدد الحالات التي تم التدريب عليها خلال الأسبوع الأول ()

تشخيص الحالات التي تم التدريب عليها

.....-

.....-

.....-

تقنيات التنفسية التي تم التدريب عليها

.....-

.....-

.....-

أسماء ادوية التنفسية التي تم الاستفادة منها في الأسبوع الأول:

Druge name	Dose	Rout of administration	Uses of drug

أسماء الأدوات التي تم مواجهتها أثناء التدريب في الأسبوع الثاني:

.....-

.....-

.....-

.....التوقيع

.....اسم المشرف

الأسبوع الثالث

- أيام التدريب

- التاريخ من: / / الى / /

- مكان التدريب

- قسم التدريب

اسم مشرف التدريب:

Patient Name: Date: \ \ 2023
Ward: Sheet NO Bed No: : Room No:

ASSESSMENT:

A- History

personal History:

- ❖ Patient's Name: - Age: Address.....
- ❖ Marital status : single married divorce
- ❖ Habits: Smoker Chewing Qat other
- ❖ Educational Level:
- ❖ DOA .../.../2023

Patient History:

☒ Chief of Complains:

.....
.....
.....

☒ History of present illness

.....
.....
.....

Past History:

☒ Medical history:

D.M () HTN () IHD () CHD ()
HBV () HCV () T.B () HIV ()
HAV () Convulsion () Malaria () Arthritis ()
GIT diseases () Mental diseases () Blood disorder () Thyroid
disorder () Previous hospitalization ()

☒ Surgical history:

Appendectomy () Thyroidectomy ()
Previous () Blood transfusion ()

☒ Allergic history

Nutritive substances () Drug sensitivity ()

Any reaction ()

B- Physical Examination:

Systems review

General appearance and functional abilities

Clinical Examination: _____

Clinical: _____ Chest: _____ Heart: _____

B.P: _____ Pulse: _____ Temp: _____

General Condition: _____

Premedication: _____

Supervisor Signature: _____ Date: _____

FLOWUP LIST OF RESPIRATORY SKILLS

PLACE OF TRAINING

DEPARTMENT

تاريخ الانتهاء / / 20م

تاريخ البدء. / / 20م

اسم المدرب /

no	Skill	Observation	Assistant	Remarks	Evaluation	Sign student	Sign tutor
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

FLOWUP LIST OF RESPIRATORY EQUIPMENTS & INSTEROMENTS

NO	Equipment Name	skill	SKILLS steps	LEVEL OF SKILL EVALUATION			
				1	2	3	5
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

TRENER NAME \

SIGNATURE \

TERMINOLOGY LIST

PLACE OF TRAINING \

DEPARTMENT \

N o	Terminology	Meaning	Sign student	Sign tutor	Notes
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					

ملخص الاستفادة في الأسبوع

عدد الحالات التي تم التدريب عليها خلال الأسبوع الأول ()

تشخيص الحالات التي تم التدريب عليها

.....-

.....-

.....-

تقنيات التنفسية التي تم التدريب عليها

.....-

.....-

.....-

أسماء ادوية التنفسية التي تم الاستفادة منها في الأسبوع الأول:

Druge name	Dose	Rout of administration	Uses of drug

أسماء الأدوات التي تم مواجهتها أثناء التدريب في الأسبوع الثاني:

.....-

.....-

.....-

.....التوقيع

.....اسم المشرف

الأسبوع الأول

- أيام التدريب

- التاريخ من: / / الى / /

- مكان التدريب

- قسم التدريب

اسم مشرف التدريب:

Patient Name: Date: \ \ 2023
Ward: Sheet NO Bed No: : Room No:

ASSESSMENT:

A- History

personal History:

- ❖ Patient's Name: - Age: Address.....
- ❖ Marital status : single married divorce
- ❖ Habits: Smoker Chewing Qat other
- ❖ Educational Level:
- ❖ DOA .../.../2023

Patient History:

☒ Chief of Complains:

.....
.....
.....

☒ History of present illness

.....
.....
.....

Past History:

☒ Medical history:

D.M () HTN () IHD () CHD ()
HBV () HCV () T.B () HIV ()
HAV () Convulsion () Malaria () Arthritis ()
GIT diseases () Mental diseases () Blood disorder () Thyroid
disorder () Previous hospitalization ()

☒ Surgical history:

Appendectomy () Thyroidectomy ()
Previous () Blood transfusion ()

☒ Allergic history

Nutritive substances () Drug sensitivity ()
Any reaction ()

B- Physical Examination:

Systems review

General appearance and functional abilities

Clinical Examination: _____

Clinical: _____ Chest: _____ Heart: _____

B.P: _____ Pulse: _____ Temp: _____

General Condition: _____

Premedication: _____

Supervisor Signature: _____ Date: _____

FLOWUP LIST OF RESPIRATORY SKILLS

PLACE OF TRAINING

DEPARTMENT

تاريخ الانتهاء / / 20م

تاريخ البدء. / / 20م

اسم المدرب /

no	Skill	Observation	Assistant	Remarks	Evaluation	Sign student	Sign tutor
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

FLOWUP LIST OF RESPIRATORY EQUIPMENTS & INSTEROMENTS

NO	Equipment Name	skill	SKILLS steps	LEVEL OF SKILL EVALUATION			
				1	2	3	5
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

TRENER NAME \

SIGNATURE \

TERMINOLOGY LIST

PLACE OF TRAINING \

DEPARTMENT \

N o	Terminology	Meaning	Sign student	Sign tutor	Notes
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					

ملخص الاستفادة في الأسبوع

عدد الحالات التي تم التدريب عليها خلال الأسبوع الأول ()

تشخيص الحالات التي تم التدريب عليها

.....-

.....-

.....-

تقنيات التنفسية التي تم التدريب عليها

.....-

.....-

.....-

أسماء ادوية التنفسية التي تم الاستفادة منها في الأسبوع الأول:

Druge name	Dose	Rout of administration	Uses of drug

أسماء الأدوات التي تم مواجهتها أثناء التدريب في الأسبوع الثاني:

.....-

.....-

.....-

.....التوقيع

.....اسم المشرف

الأسبوع الأول

- أيام التدريب

- التاريخ من: / / الى / /

- مكان التدريب

- قسم التدريب

اسم مشرف التدريب:

Patient Name: Date: \ \ 2023
Ward: Sheet NO Bed No: : Room No:

ASSESSMENT:

A- History

personal History:

- ❖ Patient's Name: - Age: Address.....
- ❖ Marital status : single married divorce
- ❖ Habits: Smoker Chewing Qat other
- ❖ Educational Level:
- ❖ DOA .../.../2023

Patient History:

☒ Chief of Complains:

.....
.....
.....

☒ History of present illness

.....
.....
.....

Past History:

☒ Medical history:

D.M () HTN () IHD () CHD ()
HBV () HCV () T.B () HIV ()
HAV () Convulsion () Malaria () Arthritis ()
GIT diseases () Mental diseases () Blood disorder () Thyroid
disorder () Previous hospitalization ()

☒ Surgical history:

Appendectomy () Thyroidectomy ()
Previous () Blood transfusion ()

☒ Allergic history

Nutritive substances () Drug sensitivity ()

Any reaction ()

B- Physical Examination:

Systems review

General appearance and functional abilities

Clinical Examination: _____

Clinical: _____ Chest: _____ Heart: _____

B.P: _____ Pulse: _____ Temp: _____

General Condition: _____

Premedication: _____

Supervisor Signature: _____ Date: _____

FLOWUP LIST OF RESPIRATORY SKILLS

PLACE OF TRAINING

DEPARTMENT

تاريخ الانتهاء / / 20م

تاريخ البدء. / / 20م

اسم المدرب /

no	Skill	Observation	Assistant	Remarks	Evaluation	Sign student	Sign tutor
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

FLOWUP LIST OF RESPIRATORY EQUIPMENTS & INSTEROMENTS

NO	Equipment Name	skill	SKILLS steps	LEVEL OF SKILL EVALUATION			
				1	2	3	5
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

TRENER NAME \

SIGNATURE \

TERMINOLOGY LIST

PLACE OF TRAINING \

DEPARTMENT \

N o	Terminology	Meaning	Sign student	Sign tutor	Notes
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					

ملخص الاستفادة في الأسبوع

عدد الحالات التي تم التدريب عليها خلال الأسبوع الأول ()

تشخيص الحالات التي تم التدريب عليها

.....-

.....-

.....-

تقنيات التنفسية التي تم التدريب عليها

.....-

.....-

.....-

أسماء ادوية التنفسية التي تم الاستفادة منها في الأسبوع الأول:

Druge name	Dose	Rout of administration	Uses of drug

أسماء الأدوات التي تم مواجهتها أثناء التدريب في الأسبوع الثاني:

.....-

.....-

.....-

.....التوقيع

.....اسم المشرف

الأسبوع الرابع

- أيام التدريب

- التاريخ من: / / الى / /

- مكان التدريب

- قسم التدريب

اسم مشرف التدريب:

Patient Name: Date: \ \ 2023
Ward: Sheet NO Bed No: : Room No:

ASSESSMENT:

A- History

personal History:

- ❖ Patient's Name: - Age: Address.....
- ❖ Marital status : single married divorce
- ❖ Habits: Smoker Chewing Qat other
- ❖ Educational Level:
- ❖ DOA .../.../2023

Patient History:

☒ Chief of Complains:

.....
.....
.....

☒ History of present illness

.....
.....
.....

Past History:

☒ Medical history:

D.M () HTN () IHD () CHD ()
HBV () HCV () T.B () HIV ()
HAV () Convulsion () Malaria () Arthritis ()
GIT diseases () Mental diseases () Blood disorder () Thyroid
disorder () Previous hospitalization ()

☒ Surgical history:

Appendectomy () Thyroidectomy ()
Previous () Blood transfusion ()

☒ Allergic history

Nutritive substances () Drug sensitivity ()
Any reaction ()

B- Physical Examination:

Systems review

General appearance and functional abilities

Clinical Examination: _____

Clinical: _____ Chest: _____ Heart: _____

B.P: _____ Pulse: _____ Temp: _____

General Condition: _____

Premedication: _____

Supervisor Signature: _____ Date: _____

FLOWUP LIST OF RESPIRATORY SKILLS

PLACE OF TRAINING

DEPARTMENT

تاريخ الانتهاء / / 20م

تاريخ البدء. / / 20م

اسم المدرب /

no	Skill	Observation	Assistant	Remarks	Evaluation	Sign student	Sign tutor
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

FLOWUP LIST OF RESPIRATORY EQUIPMENTS & INSTEROMENTS

NO	Equipment Name	skill	SKILLS steps	LEVEL OF SKILL EVALUATION			
				1	2	3	5
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

TRENER NAME \

SIGNATURE \

TERMINOLOGY LIST

PLACE OF TRAINING \

DEPARTMENT \

N o	Terminology	Meaning	Sign student	Sign tutor	Notes
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					

ملخص الاستفادة في الأسبوع

عدد الحالات التي تم التدريب عليها خلال الأسبوع الأول ()

تشخيص الحالات التي تم التدريب عليها

.....-

.....-

.....-

تقنيات التنفسية التي تم التدريب عليها

.....-

.....-

.....-

أسماء ادوية التنفسية التي تم الاستفادة منها في الأسبوع الأول:

Druge name	Dose	Rout of administration	Uses of drug

أسماء الأدوات التي تم مواجهتها أثناء التدريب في الأسبوع الثاني:

.....-

.....-

.....-

.....التوقيع

.....اسم المشرف

الأسبوع الخامس

- أيام التدريب

- التاريخ من: / / الى / /

- مكان التدريب

- قسم التدريب

اسم مشرف التدريب:

Patient Name: Date: \ \ 2023
Ward: Sheet NO Bed No: : Room No:

ASSESSMENT:

A- History

personal History:

- ❖ Patient's Name: - Age: Address.....
- ❖ Marital status : single married divorce
- ❖ Habits: Smoker Chewing Qat other
- ❖ Educational Level:
- ❖ DOA .../.../2023

Patient History:

☒ Chief of Complains:

.....
.....
.....

☒ History of present illness

.....
.....
.....

Past History:

☒ Medical history:

D.M () HTN () IHD () CHD ()
HBV () HCV () T.B () HIV ()
HAV () Convulsion () Malaria () Arthritis ()
GIT diseases () Mental diseases () Blood disorder () Thyroid
disorder () Previous hospitalization ()

☒ Surgical history:

Appendectomy () Thyroidectomy ()
Previous () Blood transfusion ()

☒ Allergic history

Nutritive substances () Drug sensitivity ()

Any reaction ()

B- Physical Examination:

Systems review

General appearance and functional abilities

Clinical Examination: _____

Clinical: _____ Chest: _____ Heart: _____

B.P: _____ Pulse: _____ Temp: _____

General Condition: _____

Premedication: _____

Supervisor Signature: _____ Date: _____

FLOWUP LIST OF RESPIRATORY SKILLS

PLACE OF TRAINING

DEPARTMENT

تاريخ الانتهاء / / 20م

تاريخ البدء. / / 20م

اسم المدرب /

no	Skill	Observation	Assistant	Remarks	Evaluation	Sign student	Sign tutor
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

FLOWUP LIST OF RESPIRATORY EQUIPMENTS & INSTEROMENTS

NO	Equipment Name	skill	SKILLS steps	LEVEL OF SKILL EVALUATION			
				1	2	3	5
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

TRENER NAME \

SIGNATURE \

TERMINOLOGY LIST

PLACE OF TRAINING \

DEPARTMENT \

N o	Terminology	Meaning	Sign student	Sign tutor	Notes
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					

ملخص الاستفادة في الأسبوع

عدد الحالات التي تم التدريب عليها خلال الأسبوع الأول ()

تشخيص الحالات التي تم التدريب عليها

.....-

.....-

.....-

تقنيات التنفسية التي تم التدريب عليها

.....-

.....-

.....-

أسماء ادوية التنفسية التي تم الاستفادة منها في الأسبوع الأول:

Druge name	Dose	Rout of administration	Uses of drug

أسماء الأدوات التي تم مواجهتها أثناء التدريب في الأسبوع الثاني:

.....-

.....-

.....-

.....التوقيع

.....اسم المشرف

الأسبوع السادس

- أيام التدريب

- التاريخ من: / / الى / /

- مكان التدريب

- قسم التدريب

اسم مشرف التدريب:

Patient Name: Date: \ \ 2023
Ward: Sheet NO Bed No: : Room No:

ASSESSMENT:

A- History personal History:

- ❖ Patient's Name: - Age: Address.....
- ❖ Marital status : single married divorce
- ❖ Habits: Smoker Chewing Qat other
- ❖ Educational Level:
- ❖ DOA .../.../2023

Patient History:

☒ Chief of Complaints:

.....
.....
.....

☒ History of present illness

.....
.....
.....

Past History:

☒ Medical history:

D.M () HTN () IHD () CHD ()
HBV () HCV () T.B () HIV ()
HAV () Convulsion () Malaria () Arthritis ()
GIT diseases () Mental diseases () Blood disorder () Thyroid
disorder () Previous hospitalization ()

☒ Surgical history:

Appendectomy () Thyroidectomy ()
Previous () Blood transfusion ()

☒ Allergic history

Nutritive substances () Drug sensitivity ()
Any reaction ()

B- Physical Examination:

Systems review

General appearance and functional abilities

Clinical Examination: _____

Clinical: _____ Chest: _____ Heart: _____

B.P: _____ Pulse: _____ Temp: _____

General Condition: _____

Premedication: _____

Supervisor Signature: _____ Date: _____

FLOWUP LIST OF RESPIRATORY SKILLS

PLACE OF TRAINING

DEPARTMENT

تاريخ الانتهاء / / 20م

تاريخ البدء. / / 20م

اسم المدرب /

no	Skill	Observation	Assistant	Remarks	Evaluation	Sign student	Sign tutor
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

FLOWUP LIST OF RESPIRATORY EQUIPMENTS & INSTEROMENTS

NO	Equipment Name	skill	SKILLS steps	LEVEL OF SKILL EVALUATION			
				1	2	3	5
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

TRENER NAME \

SIGNATURE \

TERMINOLOGY LIST

PLACE OF TRAINING \

DEPARTMENT \

N o	Terminology	Meaning	Sign student	Sign tutor	Notes
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					

ملخص الاستفادة في الأسبوع

عدد الحالات التي تم التدريب عليها خلال الأسبوع الأول ()

تشخيص الحالات التي تم التدريب عليها

.....-

.....-

.....-

تقنيات التنفسية التي تم التدريب عليها

.....-

.....-

.....-

أسماء ادوية التنفسية التي تم الاستفادة منها في الأسبوع الأول:

Druge name	Dose	Rout of administration	Uses of drug

أسماء الأدوات التي تم مواجهتها أثناء التدريب في الأسبوع الثاني:

.....-

.....-

.....-

.....التوقيع

.....اسم المشرف

الأسبوع السابع

- أيام التدريب

- التاريخ من: / / الى / /

- مكان التدريب

- قسم التدريب

اسم مشرف التدريب:

Patient Name: Date: \ \ 2023
Ward: Sheet NO Bed No: : Room No:

ASSESSMENT:

A- History personal History:

- ❖ Patient's Name: - Age: Address.....
- ❖ Marital status : single married divorce
- ❖ Habits: Smoker Chewing Qat other
- ❖ Educational Level:
- ❖ DOA .../.../2023

Patient History:

☒ Chief of Complaints:

.....
.....
.....

☒ History of present illness

.....
.....
.....

Past History:

☒ Medical history:

D.M () HTN () IHD () CHD ()
HBV () HCV () T.B () HIV ()
HAV () Convulsion () Malaria () Arthritis ()
GIT diseases () Mental diseases () Blood disorder () Thyroid
disorder () Previous hospitalization ()

☒ Surgical history:

Appendectomy () Thyroidectomy ()
Previous () Blood transfusion ()

☒ Allergic history

Nutritive substances () Drug sensitivity ()
Any reaction ()

B- Physical Examination:

Systems review

General appearance and functional abilities

Clinical Examination: _____

Clinical: _____ Chest: _____ Heart: _____

B.P: _____ Pulse: _____ Temp: _____

General Condition: _____

Premedication: _____

Supervisor Signature: _____ Date: _____

FLOWUP LIST OF RESPIRATORY SKILLS

PLACE OF TRAINING

DEPARTMENT

تاريخ الانتهاء / / 20م

تاريخ البدء. / / 20م

اسم المدرب /

no	Skill	Observation	Assistant	Remarks	Evaluation	Sign student	Sign tutor
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

FLOWUP LIST OF RESPIRATORY EQUIPMENTS & INSTEROMENTS

NO	Equipment Name	skill	SKILLS steps	LEVEL OF SKILL EVALUATION			
				1	2	3	5
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

TRENER NAME \

SIGNATURE \

TERMINOLOGY LIST

PLACE OF TRAINING \

DEPARTMENT \

N o	Terminology	Meaning	Sign student	Sign tutor	Notes
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					

ملخص الاستفادة في الأسبوع

عدد الحالات التي تم التدريب عليها خلال الأسبوع الأول ()

تشخيص الحالات التي تم التدريب عليها

.....-

.....-

.....-

تقنيات التنفسية التي تم التدريب عليها

.....-

.....-

.....-

أسماء ادوية التنفسية التي تم الاستفادة منها في الأسبوع الأول:

Druge name	Dose	Rout of administration	Uses of drug

أسماء الأدوات التي تم مواجهتها أثناء التدريب في الأسبوع الثاني:

.....-

.....-

.....-

.....التوقيع

.....اسم المشرف

الأسبوع الثامن

- أيام التدريب

- التاريخ من: / / الى / /

- مكان التدريب

- قسم التدريب

اسم مشرف التدريب:

Patient Name: Date: \ \ 2023
Ward: Sheet NO Bed No: : Room No:

ASSESSMENT:

A- History

personal History:

- ❖ Patient's Name: - Age: Address.....
- ❖ Marital status : single married divorce
- ❖ Habits: Smoker Chewing Qat other
- ❖ Educational Level:
- ❖ DOA .../.../2023

Patient History:

☒ Chief of Complains:

.....
.....
.....

☒ History of present illness

.....
.....
.....

Past History:

☒ Medical history:

D.M () HTN () IHD () CHD ()
HBV () HCV () T.B () HIV ()
HAV () Convulsion () Malaria () Arthritis ()
GIT diseases () Mental diseases () Blood disorder () Thyroid
disorder () Previous hospitalization ()

☒ Surgical history:

Appendectomy () Thyroidectomy ()
Previous () Blood transfusion ()

☒ Allergic history

Nutritive substances () Drug sensitivity ()

Any reaction ()

B- Physical Examination:

Systems review

General appearance and functional abilities

Clinical Examination: _____

Clinical: _____ Chest: _____ Heart: _____

B.P: _____ Pulse: _____ Temp: _____

General Condition: _____

Premedication: _____

Supervisor Signature: _____ Date: _____

FLOWUP LIST OF RESPIRATORY SKILLS

PLACE OF TRAINING

DEPARTMENT

تاريخ الانتهاء / / 20م

تاريخ البدء. / / 20م

اسم المدرب /

no	Skill	Observation	Assistant	Remarks	Evaluation	Sign student	Sign tutor
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

FLOWUP LIST OF RESPIRATORY EQUIPMENTS & INSTEROMENTS

NO	Equipment Name	skill	SKILLS steps	LEVEL OF SKILL EVALUATION			
				1	2	3	5
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

TRENER NAME \

SIGNATURE \

TERMINOLOGY LIST

PLACE OF TRAINING \

DEPARTMENT \

N o	Terminology	Meaning	Sign student	Sign tutor	Notes
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					

ملخص الاستفادة في الأسبوع

عدد الحالات التي تم التدريب عليها خلال الأسبوع الأول ()

تشخيص الحالات التي تم التدريب عليها

.....-

.....-

.....-

تقنيات التنفسية التي تم التدريب عليها

.....-

.....-

.....-

أسماء ادوية التنفسية التي تم الاستفادة منها في الأسبوع الأول:

Druge name	Dose	Rout of administration	Uses of drug

أسماء الأدوات التي تم مواجهتها أثناء التدريب في الأسبوع الثاني:

.....-

.....-

.....-

.....التوقيع

.....اسم المشرف

الأسبوع الثامن

- أيام التدريب

- التاريخ من: / / الى / /

- مكان التدريب

- قسم التدريب

اسم مشرف التدريب:

Patient Name: Date: \ \ 2023
Ward: Sheet NO Bed No: : Room No:

ASSESSMENT:

A- History personal History:

- ❖ Patient's Name: - Age: Address.....
- ❖ Marital status : single married divorce
- ❖ Habits: Smoker Chewing Qat other
- ❖ Educational Level:
- ❖ DOA .../.../2023

Patient History:

☒ Chief of Complaints:

.....
.....
.....

☒ History of present illness

.....
.....
.....

Past History:

☒ Medical history:

D.M () HTN () IHD () CHD ()
HBV () HCV () T.B () HIV ()
HAV () Convulsion () Malaria () Arthritis ()
GIT diseases () Mental diseases () Blood disorder () Thyroid
disorder () Previous hospitalization ()

☒ Surgical history:

Appendectomy () Thyroidectomy ()
Previous () Blood transfusion ()

☒ Allergic history

Nutritive substances () Drug sensitivity ()
Any reaction ()

B- Physical Examination:

Systems review

General appearance and functional abilities

Clinical Examination: _____

Clinical: _____ Chest: _____ Heart: _____

B.P: _____ Pulse: _____ Temp: _____

General Condition: _____

Premedication: _____

Supervisor Signature: _____ Date: _____

FLOWUP LIST OF RESPIRATORY SKILLS

PLACE OF TRAINING

DEPARTMENT

تاريخ الانتهاء / / 20م

تاريخ البدء. / / 20م

اسم المدرب /

no	Skill	Observation	Assistant	Remarks	Evaluation	Sign student	Sign tutor
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

FLOWUP LIST OF RESPIRATORY EQUIPMENTS & INSTEROMENTS

NO	Equipment Name	skill	SKILLS steps	LEVEL OF SKILL EVALUATION			
				1	2	3	5
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

TRENER NAME \

SIGNATURE \

TERMINOLOGY LIST

PLACE OF TRAINING \

DEPARTMENT \

N o	Terminology	Meaning	Sign student	Sign tutor	Notes
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					

ملخص الاستفادة في الأسبوع

عدد الحالات التي تم التدريب عليها خلال الأسبوع الأول ()

تشخيص الحالات التي تم التدريب عليها

.....-

.....-

.....-

تقنيات التنفسية التي تم التدريب عليها

.....-

.....-

.....-

أسماء ادوية التنفسية التي تم الاستفادة منها في الأسبوع الأول:

Druge name	Dose	Rout of administration	Uses of drug

أسماء الأدوات التي تم مواجهتها أثناء التدريب في الأسبوع الثاني:

.....-

.....-

.....-

.....التوقيع

.....اسم المشرف

الأسبوع التاسع

- أيام التدريب

- التاريخ من: / / الى / /

- مكان التدريب

- قسم التدريب

اسم مشرف التدريب:

Patient Name: Date: \ \ 2023
Ward: Sheet NO Bed No: : Room No:

ASSESSMENT:

A- History

personal History:

- ❖ Patient's Name: - Age: Address.....
- ❖ Marital status : single married divorce
- ❖ Habits: Smoker Chewing Qat other
- ❖ Educational Level:
- ❖ DOA .../.../2023

Patient History:

☒ Chief of Complains:

.....
.....
.....

☒ History of present illness

.....
.....
.....

Past History:

☒ Medical history:

D.M () HTN () IHD () CHD ()
HBV () HCV () T.B () HIV ()
HAV () Convulsion () Malaria () Arthritis ()
GIT diseases () Mental diseases () Blood disorder () Thyroid
disorder () Previous hospitalization ()

☒ Surgical history:

Appendectomy () Thyroidectomy ()
Previous () Blood transfusion ()

☒ Allergic history

Nutritive substances () Drug sensitivity ()
Any reaction ()

B- Physical Examination:

Systems review

General appearance and functional abilities

Clinical Examination: _____

Clinical: _____ Chest: _____ Heart: _____

B.P: _____ Pulse: _____ Temp: _____

General Condition: _____

Premedication: _____

Supervisor Signature: _____ Date: _____

FLOWUP LIST OF RESPIRATORY SKILLS

PLACE OF TRAINING

DEPARTMENT

تاريخ الانتهاء / / 20م

تاريخ البدء. / / 20م

اسم المدرب /

no	Skill	Observation	Assistant	Remarks	Evaluation	Sign student	Sign tutor
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

FLOWUP LIST OF RESPIRATORY EQUIPMENTS & INSTEROMENTS

NO	Equipment Name	skill	SKILLS steps	LEVEL OF SKILL EVALUATION			
				1	2	3	5
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

TRENER NAME \

SIGNATURE \

TERMINOLOGY LIST

PLACE OF TRAINING \

DEPARTMENT \

N o	Terminology	Meaning	Sign student	Sign tutor	Notes
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					

ملخص الاستفادة في الأسبوع

عدد الحالات التي تم التدريب عليها خلال الأسبوع الأول ()

تشخيص الحالات التي تم التدريب عليها

.....-

.....-

.....-

تقنيات التنفسية التي تم التدريب عليها

.....-

.....-

.....-

أسماء ادوية التنفسية التي تم الاستفادة منها في الأسبوع الأول:

Druge name	Dose	Rout of administration	Uses of drug

أسماء الأدوات التي تم مواجهتها أثناء التدريب في الأسبوع الثاني:

.....-

.....-

.....-

.....التوقيع

.....اسم المشرف

الأسبوع العاشر

- أيام التدريب

- التاريخ من: / / الى / /

- مكان التدريب

- قسم التدريب

اسم مشرف التدريب:

Patient Name: Date: \ \ 2023
Ward: Sheet NO Bed No: : Room No:

ASSESSMENT:

A- History

personal History:

- ❖ Patient's Name: - Age: Address.....
- ❖ Marital status : single married divorce
- ❖ Habits: Smoker Chewing Qat other
- ❖ Educational Level:
- ❖ DOA .../.../2023

Patient History:

☒ Chief of Complains:

.....
.....
.....

☒ History of present illness

.....
.....
.....

Past History:

☒ Medical history:

D.M () HTN () IHD () CHD ()
HBV () HCV () T.B () HIV ()
HAV () Convulsion () Malaria () Arthritis ()
GIT diseases () Mental diseases () Blood disorder () Thyroid
disorder () Previous hospitalization ()

☒ Surgical history:

Appendectomy () Thyroidectomy ()
Previous () Blood transfusion ()

☒ Allergic history

Nutritive substances () Drug sensitivity ()

Any reaction ()

B- Physical Examination:

Systems review

General appearance and functional abilities

Clinical Examination: _____

Clinical: _____ Chest: _____ Heart: _____

B.P: _____ Pulse: _____ Temp: _____

General Condition: _____

Premedication: _____

Supervisor Signature: _____ Date: _____

FLOWUP LIST OF RESPIRATORY SKILLS

PLACE OF TRAINING

DEPARTMENT

تاريخ الانتهاء / / 20م

تاريخ البدء. / / 20م

اسم المدرب /

no	Skill	Observation	Assistant	Remarks	Evaluation	Sign student	Sign tutor
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

FLOWUP LIST OF RESPIRATORY EQUIPMENTS & INSTEROMENTS

NO	Equipment Name	skill	SKILLS steps	LEVEL OF SKILL EVALUATION			
				1	2	3	5
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

TRENER NAME \

SIGNATURE \

TERMINOLOGY LIST

PLACE OF TRAINING \

DEPARTMENT \

N o	Terminology	Meaning	Sign student	Sign tutor	Notes
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					

ملخص الاستفادة في الأسبوع

عدد الحالات التي تم التدريب عليها خلال الأسبوع الأول ()

تشخيص الحالات التي تم التدريب عليها

.....-

.....-

.....-

تقنيات التنفسية التي تم التدريب عليها

.....-

.....-

.....-

أسماء ادوية التنفسية التي تم الاستفادة منها في الأسبوع الأول:

Druge name	Dose	Rout of administration	Uses of drug

أسماء الأدوات التي تم مواجهتها أثناء التدريب في الأسبوع الثاني:

.....-

.....-

.....-

.....التوقيع

.....اسم المشرف

مُر السلوك َّات لشهر /

يجب عدم تمزيق او شطب هذه الورقة حيث سيتم تسليمها للكنترول وارشفتها كأثبات نيل الطالب/ه على درجته/ها المستحقة ويجب تسليم اللوق بوك قبل اختبار نهائي نزول ميداني بأسبوع

العلامات السلوكية الإنسانية :

نوع التعامل	سيئ	ضعيف	متوسط	جيد	جيد جداً	ممتاز
الالتزام بالزي والمظهر						
التعامل مع الزملاء						
التعامل مع العاملين والموظفين						
التعامل مع المنسق						
التعامل مع المشرف						
التعامل مع المرضى						

التحصيل العلمي واعمال الفصل والتدريب العلمي

اسم الطالب	
المستوى	
التخصص	
مكان التدريب	

معايير التقييم	الانضباط المظهر العام والسلوكيات	المهارات السريرية	سيناريو دراسة الحالة	اجمالي درجة اللوق بوك
	5	10	30	30
درجة الطالب				

يعتمد عميد الكلية

مدير ادارة التدريب السريري

المشرف:

التوقيع:

التوقيع:

التوقيع:

الختم:

الختم

LOG BOOK
for training of 2nd level of Respiratory Care
first semester
2026-2027



Prep. Team

Respiratory therapists