

نام بیمارستان:										
فعالیت انجام شده										نحوه عملکرد فعالیت ✓
جلسه	شماره	درخواست رادیوگرافی	FFD	Kvp	s و mA یا mAs	شرح حال بیمار: (جنس، سن، علت مراجعه)	مشاهده	مشارکت در انجام	انجام مستقل	نایید مربی
جلسه اول : تاریخ	۱									
	۲									
	۳									
	۴									
	۵									
جلسه دوم : تاریخ	۱									
	۲									
	۳									
	۴									
	۵									

نام بیمارستان:									
فعالیت انجام شده					نحوه عملکرد فعالیت ✓				
جلسه	شماره	درخواست رادیوگرافی	FFD	Kv	s و mA یا mAs	شرح حال بیمار: (سن، جنس، علت مراجعه)	مشاهده	مشارکت در انجام	انجام مستقل
جلسه سوم : تاریخ	۱								
	۲								
	۳								
	۴								
	۵								
جلسه چهارم : تاریخ	۱								
	۲								
	۳								
	۴								
	۵								

نام بیمارستان:										
فعالیت انجام شده					نحوه عملکرد فعالیت ✓					
جلسه	شماره	درخواست رادیوگرافی	FFD	Kv	s و mA یا mAs	شرح حال بیمار: (سن، جنس، علت مراجعه)	مشاهده	مشارکت در انجام	انجام مستقل	نایید مربی
جلسه پنجم: تاریخ	۱									
	۲									
	۳									
	۴									
	۵									
جلسه ششم: تاریخ	۱									
	۲									
	۳									
	۴									
	۵									

نام بیمارستان:										
فعالیت انجام شده					نحوه عملکرد فعالیت ✓					
جلسه	شماره	درخواست رادیوگرافی	FFD	Kv	S و mA یا mAs	شرح حال بیمار: (سن، جنس، علت مراجعه)	مشاهده	مشارکت در انجام	انجام مستقل	نایید مربی
جلسه هفتم : تاریخ	۱									
	۲									
	۳									
	۴									
	۵									
جلسه هشتم : تاریخ	۱									
	۲									
	۳									
	۴									
	۵									

نام بیمارستان:		فعالیت انجام شده							نحوه عملکرد فعالیت ✓		
جلسه	شماره	درخواست رادیوگرافی	FFD	Kv	mA و S یا mAs	شرح حال بیمار: (سن، جنس، علت مراجعه)	مشاهده	مشارکت در انجام	انجام مستقل	تایید مرئی	
جلسه نهم : تاریخ	۱										
	۲										
	۳										
	۴										
	۵										
جلسه دهم : تاریخ	۱										
	۲										
	۳										
	۴										
	۵										

نحوه عملکرد فعالیت ✓				فعالیت انجام شده					نام بیمارستان:	
تایید مرئی	انجام مستقل	مشارکت در انجام	مشاهده	شرح حال بیمار: (سن، جنس، علت مراجعه)	mA و S یا mAs	Kv	FFD	درخواست رادیوگرافی	شماره	جلسه
									۱	جلسه یازدهم : تاریخ
									۲	
									۳	
									۴	
									۵	
									۱	جلسه دوازدهم : تاریخ
									۲	
									۳	
									۴	
									۵	

نام بیمارستان:		فعالیت انجام شده						نحوه عملکرد فعالیت ✓		
جلسه	شماره	درخواست رادیوگرافی	FFD	Kv	mA و S یا mAs	شرح حال بیمار: (سن، جنس، علت مراجعه)	مشاهده	مشارکت در انجام	انجام مستقل	تایید مرئی
جلسه سیزدهم: تاریخ	۱									
	۲									
	۳									
	۴									
	۵									
جلسه چهاردهم: تاریخ	۱									
	۲									
	۳									
	۴									
	۵									