



أعداد: أ.د. علي جمال أحمد الكاف.

د. عبد الله عبده الهاشمي

مراجعة: د. علي عبد الله اليحوي.

2019-2018م

PHARMACEUTICAL FIELD TRAINING – PROGRAM

جدول المحتويات

4	مقدمة عن التدريب الميداني:	4
4	المدونة الأخلاقية للصيادلة:	4
4	أهداف التدريب الميداني:	4
5	توزيع الساعات التدريبية على مراكز التدريب :	5
6	بيانات الطالب المتدرب :	6
7	آليات تصميم وتنفيذ التدريب الميداني:	7
8	توزيع الطلبة على مواقع التدريب	8
8	مسئوليات لجنة الإشراف الأكاديمي على التدريب	8
8	مسئوليات وضوابط الطلبة المتدربين:	8
8	مسئوليات المشرف الميداني في الجهة التدريبية	8
9	إجراءات تقييم الطلبة المتدربين ومعايير التقييم وطرقه	9
9	سياسات الغياب والانضباط:	9
9	إلغاء أو حرمان الطالب من التدريب الميداني:	9
10	إجراءات الإرشاد والدعم الأكاديمي	10
A-Field training in Community pharmacy		11
I. DATA OF THE FIELD OF TRAINING:-		11
II. OTC MEDICATIONS:-(Over The Counter Drugs)		12
A. OTC analgesics		12
B. OTC for GIT disorders		16
C. OTC for Respiratory disorders		25
D. OTC for Dermatologic disorders		33
E. OTC for Ear disorders (Ear drops/washe)		42
F. OTC for Eye disorders (Ear drops, ointments, creams, gels)		44
G. OTC for Vitamins & Minerals		46
III. PRESCRIPTION-ONLY MEDICATIONS (POMS)		49
OVERALL MARKS DISTRIBUTION		60

PHARMACEUTICAL FIELD TRAINING – PROGRAM

DRUG ARRANGEMENT IN THE PHARMACY.....	61
INVENTORY CONTROL.....	62
PATIENT COUNSELING	63
DRUG ARRANGEMENT IN THE PHARMACY.....	65
DRUG ARRANGEMENT IN THE PHARMACY.....	70
THE SYSTEMIC APPROACH IN DRUG DISPENSING	72
Appendix I COMPOUNDING PRACTICE - STERILE DOSAGE FORM	75
APPENDIX II.....	79
1.DRUG INFORMATION.....	79
2-DRUG INFORMATION.....	80
3-DRUG INFORMATION.....	81
4-DRUG INFORMATION.....	82
APPENDIX III MONITROING THE PRESCRIPTION ERRORS	83
APPENDIX IV Attendance sheet:.....	87
APPENDIX V Student Evaluation of Preceptor/Site.....	88
B- PHARMACEUTICAL INDUSTRY	89
DATA OF PHARMACEUTICAL INDUSTRY:-.....	90

PHARMACEUTICAL FIELD TRAINING – PROGRAM

مقدمة عن التدريب الميداني:

يعد التدريب الميداني للصيديلي ممارسة عملية وتجسيد للعلوم النظرية والتطبيقية التي تلاقها خلال فترة التحاقه بالبرنامج وإعداد ه مهنيًا لممارسة مهنة الصيدلة بكفاءة واقتدار، وإكسابه المهارات المهنية للمهنة ويتم التدريب الميداني بإشراف القسم وفق مجاميع تنفذ التدريب الميداني في صيدليات المجتمع وصيدليات المستشفيات الحكومية والأهلية وصيدليات وشركات الأدوية في نطاق سكن المتدرب.

ويعد التدريب الميداني حلقة مهمة لاستكمال متطلبات التخرج وضرورة أساسية لصقل مهارات الصيدلي ووقوفه على الواقع العملي لاكتشاف متطلباته وأخلاقيته والمشكلات العملية المختلفة واكتساب الحلول الناجعة لها وبإشراف وتقييم مباشر من القسم.

المدونة الأخلاقية للصيادلة:

الصيادلة هم الممارسون الصحيون لمهنة الصيدلة ويحملون رسالة إنسانية لمساعدة المرضى والأطباء في الاستفادة المثلى من الأدوية بأمانة ومهنية تتبلور فيها المهارات العلمية والأخلاقية

يجب على الصيدلاني أن يعمل وفق الموجهات الأخلاقية التالية:

- A. التطبيق العملي للعلم الصيدلاني بدقة وتمكن وعناية
- B. الأمانة المهنية والتواصل الفعال مع المرضى والأطباء والمؤسسات الصحية المختلفة.
- C. تقديم مصلحة المريض وجعلها فوق كل اعتبار.
- D. العدالة في توزيع الموارد الصحية على المحتاجين.
- E. الصيدلة مهنة ورسالة يؤديها الصيدلي لخدمة الفرد والمجتمع.
- F. احترام خصوصية وكرامة كل مريض.
- G. احترام القوانين الطبية النافذة والتصرف بنزاهة إزاء الاستخدام السلبي. للدواء والمستحضرات الطبية.
- H. احترام قيم وقدرات زملائه في القطاع الصحي والتعامل معهم بشفافية وأمانة.

أهداف التدريب الميداني:

يسعى التدريب الميداني لطلبة الصيدلة العامة لتحقيق الأهداف التالية:

PHARMACEUTICAL FIELD TRAINING – PROGRAM

- تنمية مهارات الطلبة في المجال العملي الصيدلاني.
- تطبيق المهارات النظرية التي تلقاها الطلبة وبلورتها في صورة عملية تطبيقية.
- تنمية الشعور بالمسؤولية لدى الطلبة أثناء ممارسة المهنة للصيدلة.
- تعزيز مهارات حل المشكلات والتواصل مع الآخرين بكفاءة ومهنية.
- إتاحة الفرصة للمؤسسات التي يتدرب فيها الطلبة لتقويم مخرجات البرنامج والمهارات المكتسبة.
- الاسهام في خدمة المجتمع في مجال الطوارئ والصحة العامة والتوعية الصحية.

توزيع الساعات التدريبية على مراكز التدريب :

ا- إجمالي الساعات التدريبية: = 384 ساعة تدريبية موزعة على اربعة اترام من التدريب.

- المرحلة الأولى: كما هو موضح في الجدول التالي :-

الرقم	المستوى الدراسي	عدد الساعات اليومية	عدد الأيام اسبوعيا	عدد الساعات بالاسبوع	عدد الساعات الشهرية	عدد الساعات لمدة 16 اسبوع
1	السنة الثانية- الترم الاول	3	2	6	24	96
2	السنة الثانية- الترم الثاني	3	2	6	24	96
3	السنة الثالثة- الترم الاول	3	2	6	24	96
4	السنة الثالثة - الترم الثاني	3	2	6	24	96

ب- المرحلة الثانية: التدريب الصيفي:

1- الزيارات السنوية لمصانع والشركات المنتجة للأدوية :

- إجمالي عدد ساعات التدريب الميدانية = 100 ساعة

2- التدريب في المستشفيات في الصيدلة السريرية:

- إجمالي الساعات 100 ساعة

PHARMACEUTICAL FIELD TRAINING – PROGRAM

بيانات الطالب المتدرب :

	اسم الطالب المتدرب :
	القسم :
	المستوى:
	الفصل الدراسي :
	المستوى :
	رقم الجوال :
	البريد الإلكتروني
	فصيلة الدم :
	تاريخ بدء التدريب :
	اسم مكان التدريب
	عنوان مكان التدريب
	تاريخ انتهاء التدريب :
في حالة حدوث أي طارئ يرجى الاتصال على :	
	الاسم :
	صلة القرابة :
	العنوان :
	رقم الهاتف :
	رقم الجوال :

آليات تصميم وتنفيذ التدريب الميداني

أولاً: تصميم الدليل التنفيذي للتدريب الميداني

تم تصميم الدليل التدريبي بناء على مرجعيات علمية وتجارب مختلفة من جامعات وكليات محلية وعربية وأجنبية وبلورتها في صورة إجرائية تطبيقية مع المقارنة بين مخرجات برامج التدريب تلك والاستفادة بشكل أساسي من التوجهات التدريبية المعاصرة والخبرات الأكاديمية والعلمية.

ثانياً: آليات التدريب الميداني

يتم تنفيذ التدريب الميداني لطلبة الصيدلة وفق الإجراءات التالية:

- تشكيل لجنة أكاديمية من مجلس القسم والكلية المشرفة على البرنامج تشرف على رسم سياسات التدريب وإجراءات تنفيذه.
- تقسيم الطلبة إلى مجاميع تدريبية وتعيين مشرفين لهم.
- إبلاغ الطلبة بالفترة الزمنية للتدريب وإبلاغهم بمكان التدريب والمشرفين وعدد الساعات التدريبية وإجراءات التقييم.
- التنسيق مع جهات تنفيذ التدريب الميداني وصياغة مبادئ تمثل جوانب الاتفاق القانوني بين الطرفين وتحديد أماكن التدريب وساعاته وأيامه.
- تعيين مشرف من قبل الجهة التي تم التعاقد معها لاستقبال الطلبة المتدربين.
- تنفيذ التدريب وتقييم المتدربين وفقاً لمعايير محددة من قبل المشرف المباشر من جهة التدريب ومتابعة مسؤول التدريب بالقسم.

ثالثاً: آلية احتساب التقييم التدريبي للطلبة :

يعتبر التدريب الميداني في صيدليات المجتمع ضمن الخطة الدراسية للطلاب /ة ويضم التدريب الميداني ضمن السجل الأكاديمي للطلاب /ة.

أما التدريب في المستشفيات ومصانع الأدوية ليس ضمن السجل الأكاديمي لطلاب /ة حيث تمنح الجهة التي تدرب فيها الطالب/ة إفادة خاصة باستكمال فترة التدريب مع سجل التقييم وفق المفردات الخاصة التي مارسها المتدرب /ة وبناء عليها تمنحه الكلية شهادة خاصة تسمى (شهادة اجتياز فترة التدريب الميداني الصيدلاني).

توزيع الطلبة على مواقع التدريب

يتم توزيع الطلبة على مواقع التدريب من خلال:

- تحديد أماكن التدريب التي تم اختيارها والتعاقد معها وإتاحة الفرصة للمتدرب/ة لاختيار المكان المناسب له وبحسب الأعداد المحددة من الجهة التي سيتم التدريب فيها.
- تحديد المشرف الخارجي والداخلي لكل مجموعة
- النزول الميداني من قبل المجموعة والمشرف إلى موقع التدريب وتسليم الكشوفات الخاصة بالمجموعات واستمارات التقييم وسجلات التوقيع بالحضور والانصراف للمتدربين.

مسئوليات لجنة الإشراف الأكاديمي على التدريب

يتم تشكيل لجان الإشراف الأكاديمي على المجاميع التدريبية من قبل رئيس دائرة العلوم الطبية وقسم الصيدلة وفقا للشروط التالية:

- ✓ يكون من حملة شهادة البكالوريوس او الدراسات العليا في تخصص الصيدلة.
- ✓ الخبرة العملية في الاشراف على التدريب الميداني.
- ✓ مساعدة الطلبة وتذليل الصعوبات التي قد تواجههم وتعزيز جوانب القصور ومعالجتها أولا بأول.
- ✓ عقد لقاءات دورية مع الطلبة اللذين يشرف عليهم.
- ✓ توزيع استمارات التقييم واستخدامها بشكل دقيق ومتابعة المشرف اليومي الميداني واستلام التقارير اليومية منه والاحتفاظ بها في ملفات خاصة.
- ✓ إجراء تحليل دوري لنتائج التقييم اليومي من قبل المشرف المقيم.

مسئوليات وضوابط الطلبة المتدربين:

- ✓ الالتزام بالزي الرسمي للصيدلي.
- ✓ توقيع الحضور والانصراف اليومي في السجل المخصص لذلك.
- ✓ الالتزام بحضور الفترة الزمنية المحددة للتدريب.
- ✓ احترام اللوائح والقوانين السارية في الجهة التي يتدرب فيها.
- ✓ الحفاظ على ممتلكات الجهة التي يتدرب فيها.

مسئوليات المشرف الميداني في الجهة التدريبية

- ✓ متابعة الحضور والانصراف للمتدرب/ة بشكل يومي.

PHARMACEUTICAL FIELD TRAINING – PROGRAM

- ✓ الإشراف المباشر على المتدربين من خلال الملاحظة الدقيقة.
- ✓ تعبئة استمارة التقييم.
- ✓ التواصل المستمر مع المشرف الأكاديمي وتزويده باستمارات المتابعة والتقييم بشكل أسبوعي وإيجاد الحلول للمشكلات الطارئة.
- ✓ تذليل الصعوبات التي تواجه المتدربين والرد على استفساراتهم.
- ✓ الإشراف على تدوير المتدربين في عدة مواضيع ومهام تدريبية.
- ✓ الاحتفاظ بالوثائق والسجلات الخاصة بالتدريب.

إجراءات تقييم الطلبة المتدربين ومعايير التقييم وطرقه

- يتم تقييم الطلبة المتدربين وفقا للاستمارة المعدة من الكلية والحرص على الدقة والأمانة في التقييم.
- إشعار المتدرب/ة بأنه يخضع لتقييم مستمر وفق معايير ومفردات تدريبية.
- توظيف الملاحظة الدقيقة للمتدرب/ة وتشجيعه للإنجاز.

سياسات الغياب والانضباط:

- يمنح الطالب درجة التقييم الميداني عند استكمال ساعات التدريب الميداني بشكل كامل.
- في حالة تغيب الطالب عن فترة التدريب لأكثر من 100 ساعة يحرم من الدرجة المستحقة على أن يستكمل فترة التدريب التي تغيب فيها في وقت لاحق مع ضرورة أن يكون الغياب مبررا.
- عند حصول ظرف طارئ يحول دون استكمال فترة التدريب يتم التنسيق مع دائرة العلوم الطبية لوضع الحلول العاجلة لاستمرار عملية التدريب.
- كل متدرب أدخل بعمله التدريب الموكل إليه يتحمل كافة النتائج المترتبة على تقصيره أو إهماله.

إلغاء أو حرمان الطالب من التدريب الميداني:

تلغى فترة التدريب الميداني للطلاب في الحالات التالية:

- إذا أبدى الطالب/ة المتدرب قصورا كبيرا ومنظورا في أثناء ممارسته للتدريب يؤثر بشكل مباشر على أدائه ينوه من قبل المشرف الميداني
- والمشرف الأكاديمي لتجاوز القصور وبذل الجهد الإضافي وفي حالة تعذر تحسن أدائه يوقف عن التدريب ويحال للكلية والقسم المشرف عليه.

PHARMACEUTICAL FIELD TRAINING – PROGRAM

- في حالة وجود شكاوى مستمرة عن سلوكه التدريبي ومهنيته ومخالفته لأنظمة ولوائح العمل في الجهة التي يتدرب فيها.
- إذا تكررت فترة غيابه وانقطع عن التدريب دون عذر مقبول.

إجراءات الإرشاد والدعم الأكاديمي

- تنفيذ لقاءات دورية مع الطلبة المتدربين.
- الرد على اتصالات وتسؤلات الطلبة فيما يتعلق بالتدريب.
- حل المشكلات التي قد يواجهها المتدربون/ ات وتقديم الدعم المناسب لهم.
- تنفيذ لقاءات التغذية الراجعة.

PHARMACEUTICAL FIELD TRAINING – PROGRAM

مجالات التدريب الميداني:

A-Field training in Community pharmacy

I. DATA OF THE FIELD OF TRAINING:-

Details of the Community pharmacy where the training has been accomplished.

Name of pharmacy:

.....

Address of pharmacy:

City:.....

Telephone:.....Email:.....

.....

Pharmacy Principle:..... Mobile:

.....

PHARMACEUTICAL FIELD TRAINING – PROGRAM

II. OTC MEDICATIONS:-(Over The Counter Drugs)

A. OTC analgesics

Task 1: Complete the following table of OTC analgesics with different generic names

M.OA: Inhibit prostaglandins synthesis

(i) Tablet or capsule OTC analgesics					
Generic name	Trade name, Manuf. Company, country		Strength & dosage form	adult Dose (e.g. 1 x3)	Black box or Contraindications
	Original	other			
1 Paracetamol	Panadol GSK, UK	Amol Shefaco, YEM	500 mg tab.	1x3	Hypersensitivity Sever active liver diseases
2.....					
3.....					
4.....					
5.....					
6.....					
7.....					
8.....					
9.....					
10.....					

PHARMACEUTICAL FIELD TRAINING – PROGRAM

(ii) I.M. adult OTC analgesic

1.....	..... .....	..... .....	..... .....	.....	..... .....
2.....	..... .....	..... .....	..... .....	.....	..... .....
3.....	..... .....	..... .....	..... .....	.....	..... .....

(iii) I.V. adult OTC analgesic

1.....	..... .....	..... .....	..... .....	.....	..... .....
2.....	..... .....	..... .....	..... .....	.....	..... .....
3.....	..... .....	..... .....	..... .....	.....	..... .....

(iv) Adult rectal OTC analgesic

Generic name	Trade name, Manuf. Company, country		Strength & dosage form	adult Dose (e.g. 1 x3)	Black box or Contraindications
	Original	other			
1 diclofenac Na	Voltarene Novartis, SWZ	Declophen Pharco, EGY	100 mg Suppose.	1x1	CVS (M.I), GITR (PU), hypersensitivity
2.....	..... .....	..... .....	..... .....	.....	..... .....
3.....	..... .....	..... .....	..... .....	.....	..... .....

(v) Oral pediatric OTC analgesic

1.....	..... .....	..... .....	..... .....	.....	..... .....
2.....	..... .....	..... .....	..... .....	.....	..... .....

PHARMACEUTICAL FIELD TRAINING – PROGRAM

(vii) injectable pediatric OTC analgesic					
1.....	..... .....	..... .....	..... .....	.....	..... ..... .....
2.....	..... .....	..... .....	..... .....	.....	..... ..... .....
(viii) Topical OTC analgesic					
1.....	..... .....	..... .....	..... .....	.....	..... ..... .....
2.....	..... .....	..... .....	..... .....	.....	..... ..... .....
3.....	..... .....	..... .....	..... .....	.....	..... ..... .....
4.....	..... .....	..... .....	..... .....	.....	..... ..... .....
5.....	..... .....	..... .....	..... .....	.....	..... ..... .....
6.....	..... .....	..... .....	..... .....	.....	..... ..... .....

PHARMACEUTICAL FIELD TRAINING – PROGRAM

Task 2: Select OTC analgesics Specific group of patients (Write TWO different generic names, if any)

Pediatric (Child)	Peptic ulcer	Pregnant women	Lactating breastfeeding women	Renal failure or Hemodialysis	Hepatic failure	CVS (M.I)	Old People (Geriatric)
1..... age	1.....	1.....	1.....	1- Dose Adjustment ----- -----	1.....	1.....	1..... Dose Adjustment ----- -----
2..... age	2.....	2.....	2.....	2..... Dose Adjustment ----- -----	2.....	2.....	2..... Dose Adjustment ----- -----

Task 3: OTC analgesics; Answer the question.(As Answer 1)

1. What is the generic name & Trade Name of paracetamol in USA?

Acetaminophen (panadol)[®]

2. Are NSAIDs contraindicated in bronchial asthma or should be used cautiously?

.....

3. Can Aspirin be used for children who have fever? Why?

.....

4. Other than paracetamol, which is better OTC analgesic for a lactating woman?

5. In children, at what age diclofenac sodium can be used for children?

.....

6. For a patient with severe toothache, what do you recommend? Why?

7. (paracetamol - ketoprofen - paracetamol
+caffeine)
because.....

8. Is Solpadeine[®] an OTC analgesic? Why?

9. A patient comes to the pharmacy suffering from myalgia. What do you recommend?

PHARMACEUTICAL FIELD TRAINING – PROGRAM

10. What is the best OTC analgesic for renal colic e.g. due to renal stone?

B. OTC for GIT disorders

Task 4: Complete the following table of GIT OTC with different generic names.

(i) Neutralizing antacids for simple hyperacidity					
M.O.A: Acid Neutralization.					
Generic name	Trade name, Manuf. Company, country		Strength & dosage form	Adult dose e.g. (1x3)	Contraindications
	Original	other			
1-sodium bicarbonate					
2-Aluminum hydroxide + magnesium hydroxide					
3-Aluminum hydroxide + magnesium hydroxide + simethicone					
4- antacid + sodium alginate					
(ii) Oral H2 blockers for gastritis and gastro esophageal reflux (GERD)					
M.O.A:					
1.....					
2.....					
(iii) Injectable H2 blockers for gastritis and gastro esophageal reflux (GERD)					
1.....					
(iv) Oral Proton pump inhibitors (PPIs) for Peptic ulcer and GERD					
1.....					

PHARMACEUTICAL FIELD TRAINING – PROGRAM

2.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....
3.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....
4.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....
5.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....

(v) Injectable Proton pump inhibitors (PPIs) for Peptic ulcer and GERD

1.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....
2.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....
3.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....
4.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....

(vi) Oral adult Antiemetic antihistamine (used as Anti-motion sickness)

M.O.A:

1.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....
2.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....
3.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....
4.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....

PHARMACEUTICAL FIELD TRAINING – PROGRAM

(vi) Oral adult Antiemetic antihistamine (used as Anti-motion sickness;

M.O.A:

Generic name	Trade name, Manuf. Company, country		Strength & dosage form	Adult dose e.g. (1x3)	Contraindications
	Original	other			
1 Dimenhydrinate	Dramamine	Dizinil Julphar, UAE	50 mg Tab	1 x 30 min. before trip Then 1 x 3	Hypersensitivity, asthma, neonates, nursing women
2.....	.....	.....	.....	.....	.....

(vii) Oral adult Antiemetic (for vomiting not due to motion sickness) : dopamine antagonists M.O.A:

1.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.....	.....	.....	.....	.....	.....

(viii) Oral adult Antiemetic (for vomiting not due to motion sickness): serotonin antagonists M.O.A:

1.....					
--------	-------	-------	-------	-------	-------

(ix) Pediatric antiemetic

1.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.....	.....	.....	.....	.....	.....

(x) Injectable antiemetic

1.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.....	.....	.....	.....	.....	.....

(xi) Antispasmodics (Spasmolytics) for colic of GIT and urinary system 1: Anticholinergics M.O.A.:

PHARMACEUTICAL FIELD TRAINING – PROGRAM

1.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....
2.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....
3.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....

(xii) Antispasmodics (Spasmolytics) for colic of GIT and urinary system 1: Non-Anticholinergics M.O.A.:

1.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....
2.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....
3.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....

((xiii) Antispasmodic + digestive enzyme

M.O.A:

Generic name	Trade name, Manuf. Company, country		Strength & dosage form	Adult dose e.g. (1x3)	Contraindications
	Original	other			
1.....					
2.....					

(xiv) Antispasmodics + analgesics

M.O.A:

1.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....
2.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....

(xv) Antidiarrheal: symptomatic relief of diarrhea: Opiates M.O.A:

.....

1.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....
2.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....

(xvi) Antidiarrheal: symptomatic relief of diarrhea: Adsorbent

M.O.A:

1.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....
2.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....
3.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....

(xvii) Laxatives: for constipation : Purgatives

1.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....
2.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....
3.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....
4.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....

(xviii) Laxatives: for constipation : osmotic agents

M.OA.:

1.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....
2.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....
3.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....
4.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....

(i) Laxatives: for constipation : stool softener

M.O.A.:

1.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....
2.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....

((xix) Antispasmodic + digestive enzyme

M.O.A:

Generic name	Trade name, Manuf. Company, country		Strength & dosage form	Adult dose e.g. (1x3)	Contraindications
	Original	other			
1.....					

(xx) OTC for hemorrhoids : Topical

M.O.A:

1.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....
2.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....
3.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....

(xxi) OTC for hemorrhoids: oral

M.O.A:

1.....					
--------	----------------	----------------	----------------	----------------	-------------------------

Task 5: OTC for GIT answer the questions

1. Is (Gaviscon®) or (Gaviscon advance ®) safe or both safe in pregnancy ? why ?

.....

2. Medications containing sodium bicarbonate can cause 2 serious adverse effects. What are these effects?

.....

3. A patient comes to the pharmacy and tell you that he had been suffering from heart burn (epigastric pain) for more than 15 days . What groups you recommend for that patient, a neutralizing antacid, H₂ blocker or PPI ? Why?

.....

4. What are the main differences between drugs of PPIs ?

.....

5. Is (Domperidone) approved by FDA ?

.....

6. Cortigen-B6 ® is approved neither in USA nor in Europe. What is the problem of this medication?

.....

Is (metronidazole) an antidiarrheal? Is it OTC?

7. (Regulate®) is a chocolate chewable tablets used for constipation. What is the generic name of this product? Is it a (medication) or (a poison)?

.....

8. What are the drugs in (Epirax®) ? What type of disease it is used for? Is it OTC? Why? Give another medication that can be used as alternative for that Epirax?

.....

9. Drotaverine (Nospa)® is a very commonly prescribed antispasmodic in Yemen but considered illegal in USA and Europe. Why?

10. Enumerate 4 laxatives that can cause severe intestinal colic

.....

PHARMACEUTICAL FIELD TRAINING – PROGRAM

Task 6: GIT OTC for Specific group of patients (Write generic names)

OTC for GIT	Pediatric (Child)	Pregnant women	Lactating (breastfeeding) women	Renal failure	Hepatic failure	CVS disease	Old people (Geriatric)
Neutralizing Antacid	 age .....	.....	.....	..... Dose adjustment -----	.....	.....	..... Dose adjustment -----
H2 blockers	 age .....	.....	.....	..... Dose adjustment -----	.....	.....	..... Dose adjustment -----
PPIs	 age .....	.....	.....	..... Dose adjustment -----	.....	.....	..... Dose adjustment -----
Antiemetic	 age .....	.....	.....	..... Dose adjustment -----	.....	.....	..... Dose adjustment -----
Anti-motion sickness	 age .....	.....	.....	..... Dose adjustment -----	.....	.....	..... Dose adjustment -----
Antisapsmodic	 age .....	.....	.....	..... Dose adjustment -----	.....	.....	..... Dose adjustment -----
Antidiarrheal	 age .....	.....	.....	..... Dose adjustment -----	.....	.....	..... Dose adjustment -----
Laxative	 age .....	.....	.....	..... Dose adjustment -----	.....	.....	..... Dose adjustment -----

C. OTC for Respiratory disorders

Task 7: Complete the following table of respiratory OTC with different generic names

(i) OTC for sore throat: Lozenges

M.O.A:

Generic name	Trade name, Manuf. Company, country		Strength & dosage form	Adult dose e.g. (1x3)	Contraindications
	Original	other			
1.....					
2.....					

(ii) OTC for sore throat: buccal spray

M.O.A:

1.....					
--------	-------	-------	-------	-------	-------

(iii) OTC for sore throat: Gargles

M.O.A:

1.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.....	.....	.....	.....	.....	.....
3.....	.....	.....	.....	.....	.....

(iv) Antihistamine 1 : sedative oral

M.O.A:

1.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.....	.....	.....	.....	.....	.....

(v) Antihistamine 1 : Non-sedative ; oral

1.....					
2.....					
3.....					
4.....					

(vi) Injectable antihistamine 1

1.....					
--------	-------	-------	-------	-------	-------

(vii) Nasal decongestant: Topical (nasal drop or nasal spray) M.O.A:

.....

1.....					
2.....					

(viii) Nasal decongestant +_ antihistamine 1t: Topical (nasal drop or nasal spray)

1.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.....	.....	.....	.....	.....	.....
3.....	.....	.....	.....	.....	.....

PHARMACEUTICAL FIELD TRAINING – PROGRAM

(ix) Nasal decongestant + antihistamine 1 ; oral

Generic name	Trade name, Manuf. Company, country		Strength & dosage form	Adult dose e.g. (1x3)	Contraindications
	Original	other			
1.....					
2.....					
3.....					

(x) antihistamine 1 + analgesic ; oral

1.....					
--------	----------------	----------------	----------------	----------------	-------------------------

(xi) antihistamine 1 + analgesic + nasal decongestant ; oral

1.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....
2.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....
3.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....

PHARMACEUTICAL FIELD TRAINING – PROGRAM

(xii) Pediatric antihistamine 1 + nasal decongestant

1.....					
--------	----------------	----------------	----------------	----------------	-------------------------

(xiii) Pediatric antihistamine 1 + nasal decongestant

1.....					
--------	----------------	----------------	----------------	----------------	-------------------------

(xiv) Medications for wet cough; Mucolytic plain

M.O.A:

1.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....
2.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....

(xv) Medications for wet cough; Expectorants + bronchodilators

M.O.A:

1.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....
2.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....

PHARMACEUTICAL FIELD TRAINING – PROGRAM

(xvi) Medications for wet cough ; Expectorants + bronchodilators + antihistamine 1

1.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....
2.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....

(xvii) Medications for wet cough ; Herbal

1.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....
2.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....

(xviii) Antitussives (for dry cough) ; containing codeine

M.O.A:

Generic name	Trade name, Manuf. Company, country		Strength & dosage form	Adult dose e.g. (1x3)	Contraindications
	Original	other			
1.....					
2.....					

(xix) Antitussives (for dry cough); opioids

M.O.A:

1.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....
2.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....
3.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....

(xx) Antitussives (for dry cough); antihistamine 1 M.O.A:

.....

1.....					
2.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....

(xxi) Pediatric medications for wet cough

1.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....
2.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....

(xxii) Pediatric medications for wet cough

1.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....
2.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....

Task8: Answer the questions

1. Mention two medications for cough that are Elixirs? Are they safe for pregnant or children?

.....

2. A patient has (sneezing) + (nasal redness)+ (rhinorrhea; flu) . Recommend one appropriate OTC medication (One trade name + generic names) for that patient

.....

3. Some pharmacists recommend Vitamin C with medications of cold. Is that correct ? why?

.....

4. A medication containing (dextromethorphan) + (Guaifenesin). Is it indicated for dry cough, wet cough, or both?

5. Why are oral nasal decongestants not recommended in patient having a CVS disease?

.....

6. What are the drugs for dry cough and wet cough that are not approved by FDA?

.....

PHARMACEUTICAL FIELD TRAINING – PROGRAM

Task 9: Respiratory OTC for Specific group of patients (Write generic names)

OTC for GIT	Pediatric (Child)	Pregnant women	Lactating (breastfeeding) women	Renal failure	Hepatic failure	CVS disease	Old people (Geriatric)
Sore throat	 age .....	.....	.....	..... Dose adjustment .....	.....	.....	Dose adjustment -----
Antihistamine	 age .....	.....	.....	..... Dose adjustment .....	.....	.....	Dose adjustment -----
Nasal decongestant	 age .....	.....	.....	..... Dose adjustment .....	.....	.....	Dose adjustment -----
Anticough	 age .....	.....	.....	..... Dose adjustment .....	.....	.....	Dose adjustment -----
Expectorant	 age .....	.....	.....	..... Dose adjustment .....	.....	.....	Dose adjustment -----
Mucolytic	 age .....	.....	.....	..... Dose adjustment .....	.....	.....	Dose adjustment -----
For cough + bronchodilator	 age .....	.....	.....	..... Dose adjustment .....	.....	.....	Dose adjustment -----

D. OTC for Dermatologic disorders

Task 10: Complete the following table of TOPICAL dermatologic OTC with different generic names

(i) Topical corticosteroids (PLAIN) for eczema (allergic dermatitis)

M.O.A:

Generic name	Trade name, Manuf. Company, country		Strength & dosage form	Adult dose e.g. (1x3)	Contraindications
	Original	other			
1.....					
2.....					
3.....					
4.....					

(ii) Topical antibacterial (PLAIN) for topical bacterial infections

M.O.A:

1.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....
2.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....
3.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....

(iii) Topical antifungal (PLAIN) for topical fungal infections

M.O.A:

1.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....
2.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....
3.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....

(iv) Topical corticosteroid + antibacterial

1.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....
2.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....

(v) Topical corticosteroid + antifungal

1.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....
2.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....

(vi) Topical corticosteroid + antifungal + antibacterial

1.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....
2.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....

(vii) Topical preparations for Burn (other than corticosteroids and antibacterial)

M.O.A:

Generic name	Trade name, Manuf. Company, country		Strength & dosage form	Adult dose e.g. (1x3)	Contraindications
	Original	other			
1.....					
2.....					
3.....					

(viii) Topical preparations for Scabies

M.O.A:

1.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....
2.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....

(ix) Topical preparations for Acne (other than antibacterial) M.O.A:

.....

1.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....
2.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....

OTC for Ear disorders (Ear drops/washes)**(x) Topical preparations for Warts**

1.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....
2.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....

(xi) Medicated Soaps

1.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....
2.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....

(xii) Antiseptics /disinfectants solutions

1.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....
2.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....
3.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....

E. OTC for Ear disorders (Ear drops/washe)

Task 11: Complete the following table of TOPICAL Otic OTC with different generic names

((i) Ear drop antibacterial (plain)					
Generic name	Trade name, Manuf. Company, country		Strength & dosage form	Adult dose e.g. (1x3)	Contraindications
	Original	other			
1.....					
2.....					
3.....					
((ii) Ear drop antifungal (plain)					
1.....					
2.....					
3.....					
4.....					

(iii) Ear drop : corticosteroid +_antibacterial

1.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....
2.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....
3.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....

(iv) Ear wash

1.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....
2.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....

F. OTC for Eye disorders (Ear drops, ointments, creams, gels)

Task 12: Complete the following table of TOPICAL Ophthalmic OTC with different generic names

(i) Ophthalmic preparations; antibacterial (plain)					
Generic name	Trade name, Manuf. Company, country		Strength & dosage form	Adult dose e.g. (1x3)	Contraindications
	Original	other			
1.....					
2.....					
3.....					
(ii) Ophthalmic preparations; corticosteroid (plain)					
1.....					
2.....					
3.....					
4.....					

(iii) Ophthalmic preparations; corticosteroid + antibacterial (plain)

1.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....
2.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....
3.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....

(iv) Ophthalmic preparations; for dryness of Eye

1.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....
2.....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....

PHARMACEUTICAL FIELD TRAINING – PROGRAM

G. OTC for Vitamins & Minerals

(i) Single Plain Vitamins ; (No Minerals)

Generic name	Trade name, Manuf. Company, country		Strength & dosage form	Adult dose e.g. (1x3)	Contraindications
	Original	other			
1 Vitamin C Oral					
2 Vitamin C injection					
3 Vitamin A oral					
4 Vitamin E oral					
5 Vitamin D oral					
6 Vitamin D injection					
7 Vitamin B12 Oral					
8 vitamin B12 injection					

(ii) Combination of vitamins (no minerals)

1 Vitamin A + E Oral	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....
2 Vitamin B1 +B6 + B12 Oral	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....
3 Vitamin B1 +B6 + B12 Injection	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....
4 Vitamin B complex Oral	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....
5 Vitamin B complex Injection	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....
6 Multivitamins oral	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....

PHARMACEUTICAL FIELD TRAINING – PROGRAM

(iii) Minerals Plain (No vitamins)

Generic name	Trade name, Manuf. Company, country		Strength & dosage form	Adult dose e.g. (1x3)	Contraindications
	Original	other			
1 Calcium salts Oral					
2 Calcium salts injection					

(iv) Minerals with few vitamins

1 Vitamin C + Calcium oral	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....
2 Vitamin C + calcium injection	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....
3 Vitamin A + zinc	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... ..... .....

(v) Multivitamins + minerals

Multivitamins + minerals					
--------------------------	----------------	----------------	----------------	----------------	-------------------------

(vi) Royal jelly ± vitamins

Royal jelly ± vitamins					
------------------------	----------------	----------------	----------------	----------------	-------------------------

(vii) Ginseng ± vitamins

Ginseng ± vitamins					
--------------------	----------------	----------------	----------------	----------------	-------------------------

(viii) Ginseng + Royal jelly ± vitamins

(ix) Anti anemic preparations (Folic acid plain)

Generic name	Trade name, Manuf. Company, country		Strength & dosage form	Adult dose e.g. (1x3)	Contraindications
	Original	other			
Folic acid oral					
Folic acid injectable					

PHARMACEUTICAL FIELD TRAINING – PROGRAM

(x) Anti anemic preparations (iron plain)					
1 iron oral	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....
2 Iron injectable	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....
(xi) Anti anemic preparations (iron + folic acid)					
Iron + folic acid	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....
					
					
Iron + folic acid + vitamin C	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....	..... .....
					

Task 14: Nutrient OTC for Specific group of patients (Write generic name)

OTC for GIT	Pediatric (Child)	Pregnant women	Lactating (breastfeeding) women	Renal failure	Hepatic failure	CVS disease	Old people (Geriatric)
Vitamin A	 age .....	.....	.....	..... Dose adjustment .....	.....	.....	Dose adjustment -----
Vitamin D	 age .....	.....	.....	..... Dose adjustment .....	.....	.....	Dose adjustment -----
Ginseng	 age .....	.....	.....	..... Dose adjustment .....	.....	.....	Dose adjustment -----

III. PRESCRIPTION-ONLY MEDICATIONS (POMs)

Task 15: Complete the following tables of POMs for CNS diseases

1. Narcotic analgesics				
Generic name	Trade name	Strength/ dosage form	adult Dose (e.g. 1 x3)	Manuf. Company, country
1.....				
2.....				
3.....				
2. Antidepressants				
1.....				
2.....				
3.....				
4.....				
5.....				
3. Antipsychotics				
1.....				
2.....				
3.....				

PHARMACEUTICAL FIELD TRAINING – PROGRAM

4. Antidepressants + antipsychotics

1.....	.....	.....	.....	.....
2.....	.....	.....	.....	.....
3.....	.....	.....	.....	.....

5. Sedatives / hypnotics

1.....	.....	.....	.....	.....
2.....	.....	.....	.....	.....
3.....	.....	.....	.....	.....
4.....	.....	.....	.....	.....

6. Antiepileptic

1.....	.....	.....	.....	.....
2.....	.....	.....	.....	.....
3.....	.....	.....	.....	.....

Task 16: Complete the following tables of POMs for CVS diseases

1. Diuretics

Generic name	Trade name	Strength/ dosage form	adult Dose (e.g. 1 x3)	Manuf. Company, country
1-Hydrochlorothiazide				
2- amiodarone				
3- furosemide				
4 -Toresemide				

2. Antihypertensive				
(i) Centrally acting				
Methyldopa	.....	.....	.....	.....
(ii) Alpha-blockers				
1 Prazosin	.....	.....	.....	.....
2 Doxazosin	.....	.....	.....	.....
(iii) Beta blockers				
1 Propranolol	.....	.....	.....	.....
2 Atenolol	.....	.....	.....	.....
3 metoprolol	.....	.....	.....	.....
4 Bisoprolol	.....	.....	.....	.....
5 Carvidolol	.....	.....	.....	.....
(iv) ACE inhibitors				
1.....	.....	.....	.....	.....
2.....	.....	.....	.....	.....
3.....	.....	.....	.....	.....
(v) Angiotensin II blockers				
1.....	.....	.....	.....	.....
2.....	.....	.....	.....	.....
(vi) Direct vasodilators				
1 hydralazine	.....	.....	.....	.....
3. Antihypertensive + diuretics				
1.....	.....	.....	.....	.....
2.....	.....	.....	.....	.....
3.....	.....	.....	.....	.....

4. Antiarrhythmic drugs				
1.....	.....	.....	.....	.....
5. Calcium channel blockers (Antihypertensive, antiarrhythmic, antianginals)				
1..Nifedipine	.....	.....	.....	.....
2 Amlodipine	.....	.....	.....	.....
3 Dilitiazem	.....	.....	.....	.....
4 verapamil	.....	.....	.....	.....
6. Cardiac stimulants for CHF and cardiac arrest				
(i) Digitalis				
Generic name	Trade name	Strength/ dosage form	adult Dose (e.g. 1 x3)	Manuf. Company, country
1 Digoxin	.....	.....	.....	.....
(ii) Sympathomimetic and dopaminergic agonists				
Adrenaline	.....	.....	.....	.....
Dopamine	.....	.....	.....	.....
Dobutamine	.....	.....	.....	.....
7. Antianginals (Coronary vasodilators)				
1 Nitroglycerin	.....	.....	.....	.....
2 Isosobide	.....	.....	.....	.....

Task 17: Answer the following questions

Q1. Which of the CVS drugs are available as injection?

.....

Q2. Mention three CVS diseases in which amlodipine can be used?

.....

Q3. For pregnant women, which of the above enumerate the CVS drugs that can be used safely?

.....

Q4. Mention other drugs used as prophylactic for angina?-----

Task 18: Complete the following tables of POMs for Blood disorder

1. Anti-hemorrhagic (Hemostatic)				
Generic name	Trade name	Strength/ dosage form	adult Dose (e.g. 1 x3)	Manuf. Company, country
1				
2				
2. Oral Anticoagulants				
1				
2				
3				
3. Injectable anticoagulants				
1				
2				
3				

Task 19: Complete the following tables of POMs for Bronchial asthma

1. Acute asthma				
Generic name	Trade name	Strength/ dosage form	adult Dose (e.g. 1 x3)	Manuf. Company, country
1				
2				
2. Prophylaxis of asthma				
1				
2				

PHARMACEUTICAL FIELD TRAINING – PROGRAM

Task 20: Complete the following tables of POMs for Bacterial infections

SYSTEMIC ANTIBACTERIALS				
(i) Sulfonamides +anti folate				
Generic name	Trade name	Strength/ dosage form	adult Dose (e.g. 1 x3)	Manuf. Company, country
1 sulfamethoxazole + trimethoprim				
2				
(ii) Fluroquinolones				
1 Ciprofloxacin				
2 Norfloxacin				
3 Ofloxacin				
4 Levofloxacin				
5 Lomefloxacin				
(iii) Glycopeptides				
1 -Vancomycin				
(vi) Metronidazole : anaerobic e.g. clostridium , anaerobic GIT , H. pylori, bacterial vaginosis (also are used for amoeba, giardia and trichomonas)				
1-Metronidazole				
2 -Tinidazole				
3 -Scendiazole				
(iv) Semisynthetic antibiotics				
BETALACTAM (Penicillin, cephalosporin , carpenems)				
Penicillin narrow spectrum				
1 Crystalline Pen. (Pen. G)				
2 Procaine Pen.				
3 benzathin Pen.				

PHARMACEUTICAL FIELD TRAINING – PROGRAM

4 Phenoxyethyl Pen. (Pen. V)	.....	.....	.....	.....
• Penicillins (broad spectrum)				
1 Ampicillin	.....	.....	.....	.....
2 Amoxicillin	.....	.....	.....	.....
• Penicillins (Broad + resistant to betalactmase)				
1 Ampicillin + cloxacillin	.....	.....	.....	.....
2 Amoxicillin + flucloxacillin	.....	.....	.....	.....
• Penicillins (Extended-spectrum resistant to betalactmase)				
1 amoxicillin + clavulenic acid	.....	.....	.....	.....
Piperacillin + tazobactam	.....	.....	.....	.....
Ampicillin + sulbactam	.....	.....	.....	.....
• Cephalosporins (1st generation)				
Cefadroxyl	.....	.....	.....	.....
Cefazoline	.....	.....	.....	.....
Cefradine	.....	.....	.....	.....
Cefalexin	.....	.....	.....	.....
• Cephalosporins (2nd generation)				
Cefuroxime	.....	.....	.....	.....
Cefprozil	.....	.....	.....	.....
Cefaclor	.....	.....	.....	.....
• Cephalosporins (3rd generation)				
Cefpodoxime	.....	.....	.....	.....
Cefixime	.....	.....	.....	.....
Ceftriaxone	.....	.....	.....	.....
Cefotaxime	.....	.....	.....	.....

PHARMACEUTICAL FIELD TRAINING – PROGRAM

Ceftazidime	.....	.....	.....	.....
<u>MACROLIDES</u>				
Erythromycin	.....	.....	.....	.....
Clarithromycin	.....	.....	.....	.....
Azithromycin	.....	.....	.....	.....
Roxithromycin	.....	.....	.....	.....
Spiramycin	.....	.....	.....	.....
<u>AMINOGLYCOSIDES</u>				
Gentamicin	.....	.....	.....	.....
Amikacin	.....	.....	.....	.....
Tobramycin	.....	.....	.....	.....
<u>LINCOSAMIDES</u>				
Lincomycin	.....	.....	.....	.....
Clindamycin	.....	.....	.....	.....
<u>TETRACYCLINS</u>				
Tetracyclin	.....	.....	.....	.....
Doxycyclin	.....	.....	.....	.....

PHARMACEUTICAL FIELD TRAINING – PROGRAM

Task 21: Complete the following table about properties of antibiotics

	Put ✓		Put ✓		
Antibacterials	G +ve	G -ve	Bactericidal	Bacteriostatic	Main indications
Sulfonamides +	☐	☐	☐	☐	
Fluroquinolones	☐	☐	☐	☐	
Vancomycin	☐	☐	☐	☐	
Narrow Pn	☐	☐	☐	☐	
Broad Pn	☐	☐	☐	☐	
Broad + resistant Pn	☐	☐	☐	☐	
Extended- resistant Pn	☐	☐	☐	☐	
1 st cephalosporins	☐	☐	☐	☐	
2 nd cephalosporins	☐	☐	☐	☐	
3 rd cephalosporons	☐	☐	☐	☐	
Aminoglycoside	☐	☐	☐	☐	
Macrolides	☐	☐	☐	☐	
Lincosamides	☐	☐	☐	☐	
Tetracyclins	☐	☐	☐	☐	

Task 22: Complete the following tables of POMs for Other infections

2.SYSTEMIC ANTIFUNGALS				
Generic name	Trade name	Strength/ dosage form	adult Dose (e.g. 1 x3)	Manuf. Company, country
Fluconazole				
Itraconazole				
Ketoconazole				
3. SYSTEMIC ANTIVIRALS.				
Acyclovir				
.....				
.....				
.....				
.....				
4.SYSTEMIC ANTIAMOEBIAS, ANTIGIARDIALS, ANTITRICHOMONALS				
.....				
.....				
.....				
.....				
5.SYSTEMIC ANTI-TB				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				

PHARMACEUTICAL FIELD TRAINING – PROGRAM

6. SYSTEMIC LEPROTIC				
.....				
.....				
7. SYSTEMIC ANTI-TOXOPLASMOSIS				
.....				
.....				
8. ANTHELMINTICS (COMMON WORMS)				
.....				
.....				
.....				
9. ANTI-TEANIA				
.....				
.....				
.....				
10. ANTI-BILHARIZIALS (ANTISCHISTOSOMA)				
.....				
.....				
.....				

PHARMACEUTICAL FIELD TRAINING – PROGRAM

OVERALL MARKS DISTRIBUTION

TASKS/ASSIGNMENT	Total
Overall preceptor evaluation (attendance – behavior- ...)	25 *
Overall department of pharmacy supervisor evaluation (attendance –Behavior- ...)	25 *
Portfolio evaluation (each student must submit his filled portfolio at the final day of training at the department of Pharmacy – Amran community college)	40 *
Interview by training unit members (at the final day of training at the department of Pharmacy – Amran community college))	10 *
GRAND TOTAL	100 *
* The student must pass 60 % in each of the evaluation items to pass this training course	

PHARMACEUTICAL FIELD TRAINING – PROGRAM

Pharmacy name (1): **Date:**

DRUG ARRANGEMENT IN THE PHARMACY

This Pharmacy uses the following system for arranging drugs: For solid dosage forms:

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

For liquid dosage forms:

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

For topical dosage forms

.....
.....

For cosmetics

.....
.....

For products requiring special storage temperature

.....
.....

Signature of the preceptor

PHARMACEUTICAL FIELD TRAINING – PROGRAM

Pharmacy name (1): **Date:**

INVENTORY CONTROL

(Calculate the quantity of drugs to be ordered with the help of pharmacist preceptor)

No.	Drug Name (Molecule Name)	Average monthly consumption (in units)	Stock in hand (in units)	Quantity of drugs to be ordered (in units)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

General notes:

.....
.....

Signature of the preceptor

.....
.....

PHARMACEUTICAL FIELD TRAINING – PROGRAM

Pharmacy name (1): **Date:**

PATIENT COUNSELING

Patient details:

Name:	..... ..	Age:	.....	Sex:	.....
Present Complaints/Diagnosis:		..... ..			

Details of medications and counseling on drugs dispensed

Drug name	Dose	Route	Frequency	Before/After food

Non-drug therapy counseling (✓ the appropriate Yes or No and write the details)

Counseling done	Yes	No	Recommendations
Diet			
Exercise			
Others (Smoking, disease etc.)			

General notes:
.....

Signature of the preceptor

PHARMACEUTICAL FIELD TRAINING – PROGRAM

Pharmacy Name: **Date:**

MEDICATION ORDER REVIEW (Chronic illness i.e. DM, Cardiovascular disease, Asthma etc.)

Patient details:

Name:	..... ..	Age:	.....	Sex:	.....
Present Complaints/Diagnosis:		..... ..			

Name of the prescriber:

Prescription details

Drug name	Dose	Route	Freq.	Indication (use)	Duration

Medication review	Yes	No	Details & Recommendations
Is the patient allergic to any medication?			
Any contraindications observed.			
Any prescription error observed.			

General notes:

.....

.Signature of the preceptor

PHARMACEUTICAL FIELD TRAINING – PROGRAM

Pharmacy name (2): **Date:**

DRUG ARRANGEMENT IN THE PHARMACY

This Pharmacy uses the following system for arranging drugs: For solid dosage forms:

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

For liquid dosage forms:

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

For topical dosage forms

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

For cosmetics

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

For products requiring special storage temperature

.....

Signature of the preceptor

PHARMACEUTICAL FIELD TRAINING – PROGRAM

Pharmacy name: **Date:**

INVENTORY CONTROL (Calculate the quantity of drugs to be ordered with the help of pharmacist preceptor)

No.	Drug Name (Molecule Name)	Average monthly consumption (in units)	Stock in hand (in units)	Quantity of drugs to be ordered (in units)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

General notes:

.....

.....

.....

Signature of the preceptor

PHARMACEUTICAL FIELD TRAINING – PROGRAM

Pharmacy name (2): Date:

THE SYSTEMIC APPROACH IN DRUG DISPENSING

What was the first thing that the pharmacist preceptor said to the patient?

.....
.....

What were the steps/procedure that the pharmacist preceptor did after receiving the prescription? (Write them in the exact order)

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

What were the drugs dispensed in this prescription by the pharmacist preceptor?

	Trade name	Dosage form	Regimen	Indications
1				
2				
3				
4				
5				

Signature of the preceptor

PHARMACEUTICAL FIELD TRAINING – PROGRAM

Pharmacy name (2): **Date:**

PATIENT COUNSELING

Patient details:

Name:	..... ..	Age:	.....	Sex:	.....
Present Complaints/Diagnosis:		.....			

Details of medications and counseling on drugs dispensed

Drug name	Dose	Route	Frequency	Before/After food

Non-drug therapy counseling (✓ the appropriate Yes or No and write the details)

Counseling done	Yes	No	Recommendations
Diet			
Exercise			
Others (Smoking, disease etc.)			

General notes:

.....

Signature of the preceptor

PHARMACEUTICAL FIELD TRAINING – PROGRAM

Pharmacy name (2): **Date:**

MEDICATION ORDER REVIEW (Chronic illness i.e. DM, Cardiovascular disease, Asthma etc.)

Patient details:

Name:	..... ..	Age:	.....	Sex:	.....
Present Complaints/Diagnosis:		..... ..			

Name of the prescriber:

Prescription details

Drug name	Dose	Route	Freq.	Indication (use)	Duration

Medication review	Yes	No	Details & Recommendations
Is the patient allergic to any medication?			
Any contraindications observed?			
Any prescription error observed?			

General notes:

.....

Signature of the preceptor

PHARMACEUTICAL FIELD TRAINING – PROGRAM

Pharmacy name (3): **Date:**

DRUG ARRANGEMENT IN THE PHARMACY

This Pharmacy uses the following system for arranging drugs: For solid dosage forms:

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

For liquid dosage forms:

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

For topical dosage forms

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

For cosmetics

.....
.....

For products requiring special storage temperature

.....

Signature of the preceptor

PHARMACEUTICAL FIELD TRAINING – PROGRAM

Specialty Pharmacy (3): **Date:**

INVENTORY CONTROL (Calculate the quantity of drugs to be ordered with the help of pharmacist preceptor)

No.	Drug Name (Molecule Name)	Average monthly consumption (in units)	Stock in hand (in units)	Quantity of drugs to be ordered (in units)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

General notes:

.....

.....

.....

Signature of the preceptor

PHARMACEUTICAL FIELD TRAINING – PROGRAM

Specialty Pharmacy (3): **Date:**

THE SYSTEMIC APPROACH IN DRUG DISPENSING

What was the first thing that the pharmacist preceptor said to the patient?

.....
.....

What were the steps/procedure that the pharmacist preceptor did after receiving the prescription? (Write them in the exact order)

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

What were the drugs dispensed in this prescription by the pharmacist preceptor?

	Trade name	Dosage form	Regimen	Indications
1				
2				
3				
4				
5				

Signature of the preceptor

PHARMACEUTICAL FIELD TRAINING – PROGRAM

Pharmacy name (3): **Date:**

PATIENT COUNSELING

Patient details:

Name:	..... ..	Age:	.....	Sex:	.....
Present Complaints/Diagnosis:		.....			

Details of medications and counseling on drugs dispensed

Drug name	Dose	Route	Frequency	Before/After food

Non-drug therapy counseling (✓ the appropriate Yes or No and write the details)

Counseling done	Yes	No	Recommendations
Diet			
Exercise			
Others (Smoking, disease etc.)			

General notes:

.....

Signature of the preceptor

PHARMACEUTICAL FIELD TRAINING – PROGRAM

Pharmacy name (3): **Date:**

MEDICATION ORDER REVIEW (Chronic illness i.e. DM, Cardiovascular disease, Asthma etc.)

Patient details:

Name:	..... ..	Age:	.....	Sex:	.....
Present Complaints/Diagnosis:		..... ..			

Name of the prescriber:

Prescription details

Drug name	Dose	Route	Freq.	Indication (use)	Duration

Medication review	Yes	No	Details & Recommendations
Is the patient allergic to any medication?			
Any contraindications observed.			
Any prescription error observed.			

General notes:

.....

.....

Signature of the preceptor

PHARMACEUTICAL FIELD TRAINING – PROGRAM

Appendix I COMPOUNDING PRACTICE - STERILE DOSAGE FORM

Patient details:

Name:	Age: ____ Years	Sex: Male/Female
Present Complaints/Diagnosis:		
Prescription number:		

Compounding details:

Name of the dosage form:	
Name of the drug:	
Quantity of drug compounded:	
Procedure (Briefly):	
Calculation:	
Date of preparation:	Date of expiry:
Reference book:	

Signature of the preceptor.....

PHARMACEUTICAL FIELD TRAINING – PROGRAM

COMPOUNDING PRACTICE - NON-STERILE DOSAGE FORM

Patient details:

Name:	Age: ____ Years	Sex: Male/Female
Present Complaints/Diagnosis:		
Prescription number:		

Compounding details:

Name of the dosage form:	
Name of the drug:	
Quantity of drug compounded:	
Procedure (Briefly):	
Calculation:	
Date of preparation:	Date of expiry:
Reference book:	

Signature of the preceptor-----

PHARMACEUTICAL FIELD TRAINING – PROGRAM

COMPOUNDING PRACTICE - STERILE DOSAGE FORM

Patient details:

Name:	Age: ____ Years	Sex: Male/Female
Present Complaints/Diagnosis:		
Prescription number:		

Compounding details:

Name of the dosage form:	
Name of the drug:	
Quantity of drug compounded:	
Procedure (Briefly):	
Calculation:	
Date of preparation:	Date of expiry:
Reference book:	

Signature of the preceptor.....

Name:	Age: ____ Years	Sex: Male/Female
Present Complaints/Diagnosis:		
Prescription number:		

Name of the dosage form:	
Name of the drug:	
Quantity of drug compounded:	
Procedure (Briefly):	
Calculation:	
Date of preparation:	Date of expiry:
Reference book:	

APPENDIX II

1. DRUG INFORMATION

(ANY ONE-SOILD DOSAGE FORM – TABLET)

Name of the Drug (molecule name not brand name) - - - - -

1. Indication (Use) _____

2. Adult dose _____

3. Mechanism of action (briefly) _____

4. Other dosage form(s) available for this drug _____

5. Route of Administration(s) _____

6. Adverse effects (Any TWO) _____

7. Contraindications (Any TWO) _____

8. Drug interactions (Any TWO) _____

9. Pregnancy warnings _____

10. Breast feeding warning _____

Signature of the preceptor-----

2-DRUG INFORMATION

(ANY ONE-SOILD DOSAGE FORM – TABLET)

Name of the Drug (molecule name not brand name)-----

1. Indication (Use) _____

2. Adult dose _____

3. Mechanism of action (briefly) _____

4. Other dosage form(s) available for this drug _____

5. Route of Administration(s) _____

6. Adverse effects (Any TWO) _____

7. Contraindications (Any TWO) _____

8. Drug interactions (Any TWO) _____

9. Pregnancy warnings _____

10. Breast feeding warning _____

Signature of the preceptor-----

3-DRUG INFORMATION

(ANY ONE-SOILD DOSAGE FORM – CAPSULE)

Name of the Drug (molecule name not brand name) -----

1. Indication (Use) _____

2. Adult dose _____

3. Mechanism of action (briefly) _____

4. Other dosage form(s) available for this drug _____

5. Route of Administration(s) _____

6. Adverse effects (Any TWO) _____

7. Contraindications (Any TWO) _____

8. Drug interactions (Any TWO) _____

9. Pregnancy warnings _____

10. Breast feeding warning _____

Signature of the preceptor-----

4-DRUG INFORMATION

(ANY ONE SOLID DOSAGE FORM – CAPSULE)

Name of the Drug (molecule name not brand name) -----

1. Indication (Use) _____

2. Adult dose _____

3. Mechanism of action (briefly) _____

4. Other dosage form(s) available for this drug _____

5. Route of Administration(s) _____

6. Adverse effects (Any TWO) _____

7. Contraindications (Any TWO) _____

8. Drug interactions (Any TWO) _____

9. Pregnancy warnings _____

10. Breast feeding warning _____

Signature of the preceptor-----

PHARMACEUTICAL FIELD TRAINING – PROGRAM

APPENDIX III MONITORING THE PRESCRIPTION ERRORS

Prescription 1

Drug Name	Dosage forms	Dose	Route	Frequency	Details of prescription error (IF ANY) (Name, dose, route, frequency etc.)	Correction needed

Prescription 2

Drug Name	Dosage forms	Dose	Route	Frequency	Details of prescription error (IF ANY) (Name, dose, route, frequency etc.)	Correction needed

Signature of the preceptor-----

PHARMACEUTICAL FIELD TRAINING – PROGRAM

Prescription 3

Drug Name	Dosage forms	Dose	Route	Frequency	Details of prescription error (IF ANY) (Name, dose, route, frequency etc.)	Correction needed

Prescription 4

Drug Name	Dosage forms	Dose	Route	Frequency	Details of prescription error (IF ANY) (Name, dose, route, frequency etc.)	Correction needed

Signature of the preceptor-----

PHARMACEUTICAL FIELD TRAINING – PROGRAM

Prescription 5

Drug Name	Dosage forms	Dose	Route	Frequency	Details of prescription error (IF ANY) (Name, dose, route, frequency etc.)	Correction needed

Prescription 6

Drug Name	Dosage forms	Dose	Route	Frequency	Details of prescription error (IF ANY) (Name, dose, route, frequency etc.)	Correction needed

Signature of the preceptor-----

PHARMACEUTICAL FIELD TRAINING – PROGRAM

Prescription 7

Drug Name	Dosage forms	Dose	Route	Frequency	Details of prescription error (IF ANY) (Name, dose, route, frequency etc.)	Correction needed

Prescription 8

Drug Name	Dosage forms	Dose	Route	Frequency	Details of prescription error (IF ANY) (Name, dose, route, frequency etc.)	Correction needed

Signature of the preceptor-----

PHARMACEUTICAL FIELD TRAINING – PROGRAM

APPENDIX IV Attendance sheet:

Student name/No.:

Preceptor name:

Day	Date	Attendance time		Preceptor signature
		Start	End	
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

General notes:

.....

.....

Student signature:

Preceptor signature:

Training supervisor signature:

APPENDIX V Student Evaluation of Preceptor/Site

Your responses are important to us. Please use the following checklist to evaluate your preceptor and site. Please complete all sections. Written comments are encouraged and required if you give a **Sometimes** or **Never** rating. All comments are to be written in a professional and constructive manner.

U – Usually **S** – Sometimes **N** – Never Tick (✓) the appropriate **Ratings:** **A** – Always

box for your rating.

A	U	S	N	CRITERIA (S)
				Interest - My preceptor took an active interest in me and my learning experience. My preceptor spent quality time with me throughout the experience and was available for me when I sought help or advice.
				Communication - My preceptor openly and honestly communicated with me throughout the experience regarding expectations, policies, procedures and responsibilities. He provided me with constructive criticism and did so in a supportive, non-demeaning manner. He or she recognized me for jobs well done.
				Enthusiasm - My preceptor demonstrated genuine enthusiasm for the pharmacy profession. He was current on new trends and directions for pharmacy. He motivated me to do my best and encouraged me in my professional growth.
				Professionalism - My preceptor exhibited professionalism in all interactions including those with myself, other colleagues, and patients. He practiced within ethical boundaries and demonstrated honesty and integrity in all actions. To the best of my understanding, the site was in compliance with all pharmacy laws and regulations.
				Teaching - My preceptor had the knowledge to teach me the necessary skills pertinent to the site. He guided me when necessary, but also allowed me to make decisions based upon my level of knowledge. My preceptor instructed me in all aspects of the site as they related to the established goals and objectives. He was sufficiently organized and prepared to instruct me and provided me with meaningful activities and/or assignments.
				Training and Resources - The site provided adequate space for training as well as resources and reference material. I felt that there was an appropriate level and quantity of training activities, and that the training was consistent with rotation objectives.

Date: _____ Signature: _____ Student name: _____

B- PHARMACEUTICAL INDUSTRY

م	اسم المصنع	عنوانه - تلفونه	أسماء الشركات العالمية المرخصة بإنتاج يمني.	أهم الأصناف
١	الشركة اليمنية للأدوية	.....	.....	1..... 2..... 3..... 4..... 5.....
٢	سبأ فارما	.....	.....	1..... 2..... 3..... 4..... 5.....
٣	شفاكو لصناعة الأدوية.	.....	.....	1..... 2..... 3..... 4..... 5.....
٤	العالمية لصناعة الأدوية.	.....	.....	1..... 2..... 3..... 4..... 5.....
٥	اليمنية المصرية	.....	.....	1..... 2..... 3..... 4..... 5.....

DATA OF PHARMACEUTICAL INDUSTRY:-

Details of the Yemen industries

Industry where the training has been accomplished.

Name of the industry:

Departments where the training was practiced

- **Premises:**

.....

.....

.....

.....

- **Production line**

.....

.....

.....

.....

Solid dosage form section

.....

.....

.....

.....

Liquid dosage form

.....

.....

.....

.....

Semisolid dosage form

.....

.....

.....

.....

Packaging process

.....

.....

.....

.....

Quality control department

.....

.....

.....

.....

Quality assurance department

.....

.....

.....

.....

PHARMACEUTICAL FIELD TRAINING – PROGRAM

Store:

Type of store

.....

.....

.....

.....

Difference between stores

.....

.....

.....

.....

Storage condition

.....

.....

.....

.....

Traffic light

.....

.....

Research and development (R&D)

.....

.....

.....

.....

SOP

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

GMP

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

Documentation

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

Stability process

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