

Nazwa kwalifikacji: **Wykonywanie świadczeń stomatologicznych z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia jamy ustnej oraz współuczestniczenie w procesie leczenia**

Symbol kwalifikacji: **MED.02**

Numer zadania: **01**

Wersja arkusza: **SG**

Wypełnia zdający

Numer PESEL zdającego*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Miejsce na naklejkę z numerem
PESEL i z kodem ośrodka

Czas trwania egzaminu: **150** minut.

MED.02-01-24.01-SG

EGZAMIN ZAWODOWY

Rok 2024

CZĘŚĆ PRAKTYCZNA

**PODSTAWA PROGRAMOWA
2019**

Instrukcja dla zdającego

1. Na pierwszej stronie arkusza egzaminacyjnego wpisz w oznaczonym miejscu swój numer PESEL i naklej naklejkę z numerem PESEL i z kodem ośrodka.
2. Na **KARCIE OCENY** w oznaczonym miejscu przyklej naklejkę z numerem PESEL oraz wpisz:
 - swój numer PESEL*,
 - oznaczenie kwalifikacji,
 - numer zadania,
 - numer stanowiska.
3. **KARTĘ OCENY** przełącz zespołowi nadzorującemu.
4. Sprawdź, czy arkusz egzaminacyjny zawiera 9 stron i nie zawiera błędów. Ewentualny brak stron lub inne usterki zgłoś przez podniesienie ręki przewodniczącemu zespołu nadzorującego.
5. Zapoznaj się z treścią zadania oraz stanowiskiem egzaminacyjnym. Masz na to 10 minut. Czas ten nie jest wliczany do czasu trwania egzaminu.
6. Czas rozpoczęcia i zakończenia pracy zapisze w widocznym miejscu przewodniczący zespołu nadzorującego.
7. Wykonaj samodzielnie zadanie egzaminacyjne. Przestrzegaj zasad bezpieczeństwa i organizacji pracy.
8. Jeżeli w zadaniu egzaminacyjnym występuje polecenie „zgłoś gotowość do oceny przez podniesienie ręki”, to zastosuj się do polecenia i poczekaj na decyzję przewodniczącego zespołu nadzorującego.
9. Po zakończeniu wykonania zadania pozostaw rezultaty oraz arkusz egzaminacyjny na swoim stanowisku lub w miejscu wskazanym przez przewodniczącego zespołu nadzorującego.
10. Po uzyskaniu zgody zespołu nadzorującego możesz opuścić salę/miejsce przeprowadzania egzaminu.

Powodzenia!

* w przypadku braku numeru PESEL – seria i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość

Zadanie egzaminacyjne

Wykonaj zabieg usunięcia płytki nazębnej i lakierowania zębów na modelu zębowym z pełnym uzębieniem stałym.

Zgodnie z *Poleceniami lekarza dentysty*, informacjami zawartymi w *Ulotce informacyjnej lakieru fluorowego* oraz *Karcie pacjenta* przygotuj stanowisko pracy higienistki stomatologicznej do planowanych zabiegów.

Skompletuj niezbędne materiały, narzędzia, sprzęt oraz środki ochrony indywidualnej. Wanienki ze środkami dezynfekcyjnymi są przygotowane na stanowisku. Zamiast dmuchawki wodno-powietrznej użyj strzykawek z napisem WODA i POWIETRZE.

UWAGA – *Stanowisko przygotowane do pracy zgłoś przez podniesienie ręki. Po uzyskaniu zgody Przewodniczącego ZN i w obecności egzaminatora usuń płytkę nazębną i polakieruj zęby.*

Po wykonanych zabiegach umieść narzędzia w wanienkach dezynfekcyjnych, odczekaj wymagany czas ekspozycji, a następnie przygotuj je do sterylizacji. Zestaw diagnostyczny zapakuj w jeden pakiet, pozostałe narzędzia zapakuj pojedynczo.

UWAGA – *Gotowość do przygotowania narzędzi do sterylizacji zgłoś przez podniesienie ręki. Po uzyskaniu zgody Przewodniczącego ZN i w obecności egzaminatora wykonaj czynności. Gotowe pakiety pozostaw na stanowisku egzaminacyjnym do oceny.*

Uzupełnij Druk *Ocena ryzyka próchnicy i zalecenia dla pacjenta* na podstawie *Karty oceny ryzyka próchnicy* oraz *Planu obniżenia ryzyka i zatrzymania postępu próchnicy*.

Wypełnij *Kartę pacjenta*, ustal i zapisz *Zalecenia pozabiegowe dla pacjenta* oraz oblicz wskaźnik PUWp dla wszystkich zębów.

Wszystkie formularze do wypełnienia znajdują się w arkuszu egzaminacyjnym. Podpisuj się swoim numerem PESEL. Za datę zabiegu przyjmij datę egzaminu. Arkusz pozostaw na biurku do oceny.

Uporządkuj stanowisko pracy. Wszystkie materiały i narzędzia traktuj jako zakaźne.

Wykonując zadanie, przestrzegaj zasad ochrony środowiska, bezpieczeństwa, higieny i ergonomii pracy.

Czas przeznaczony na wykonanie zadania wynosi 150 minut.

Ocenie podlegać będzie 6 rezultatów:

- przygotowane stanowisko pracy,
- Druk *Ocena ryzyka próchnicy i zalecenia dla pacjenta*,
- Karta pacjenta,
- Zalecenia pozabiegowe dla pacjenta,
- wskaźnik PUWp,
- uporządkowane stanowisko pracy po zabiegu

oraz

przebieg usunięcia niezmineralizowanej płytki nazębnej, lakierowania zębów i przygotowania narzędzi do sterylizacji.

POLECENIA LEKARZA DENTYSTY

Proszę:

- ustalić i zapisać Ocenę ryzyka próchnicy i zalecenia dla pacjenta na podstawie Karty oceny ryzyka próchnicy oraz Planu obniżenia ryzyka i zatrzymania postępu próchnicy,
- obliczyć wskaźnik PUWp dla wszystkich zębów,
- usunąć niezmineralizowaną płytkę nazębną, a następnie zaaplikować lakier fluorowy w zakresie zębów 17-27,
- dokonać wpisu w Karcie pacjenta.

Ulotka informacyjna lakieru fluorowego

Opis produktu: Lakier jest szybkooschnącą substancją stomatologiczną, która charakteryzuje się dobrą adhezją do suchego szkliwa i zębiny. Dzięki temu możliwe jest bardzo dokładne uszczelnienie kanalików zębinowych na dłuższy czas. Lakier tworzy wodoodporną warstwę ochronną, która izoluje od wpływu czynników termicznych i chemicznych.

Wskazania:

- leczenie wszystkich typów nadwrażliwości zębiny,
- uszczelnianie brzegów ubytku po jego wypełnieniu, zwłaszcza, jeśli wcześniej zastosowano technikę wytrawiania.

Sposób użycia:

1. Przygotowanie:

- Oczyszczyć i dokładnie wysuszyć powietrzem leczone powierzchnie.
- Usunąć folię ochronną z opakowania typu SingleDose.
- Przygotować preparat do aplikacji wykonując aplikatorem ruchy okrężne.
- Nabrać aplikatorem preparat z pojemnika.

2. Aplikacja:

- Leczone powierzchnie pokryć cienką warstwą lakieru. **Uwaga:** zbyt grube warstwy ulegają łatwemu złuszczeniu.
- Pozostawić lakier na 10-20 sekund do wchłonięcia, a następnie osuszyć strumieniem powietrza.
- Po prawidłowo przeprowadzonej aplikacji i przy zachowaniu odpowiedniej higieny jamy ustnej (nie należy szczotkować zębów przez 12÷24 godzin po aplikacji) lakier utrzymuje się na leczonej powierzchni przez kilka dni. Po 4 godzinach pacjent może ponownie jeść.

Karta oceny ryzyka próchnicy

KARTA OCENY RYZYKA PRÓCHNICY			
Data badania: data egzaminu	Imię i nazwisko pacjenta: Adam Nawrocki	Wiek: 22	
CZYNNIKI WPLYWAJĄCE NA RYZYKO PRÓCHNICY		WYSTĘPUJE	
CZYNNIKI OCHRONNE	Stosowanie pasty z fluorem (1450 ppm) dwa razy dziennie	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Regularne profilaktyczne wizyty w gabinecie stomatologicznym	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Fluoryzacja endogenna (w uzasadnionych przypadkach)	<input type="checkbox"/>	
CZYNNIKI RYZYKA	Zaangażowanie i poziom świadomości oraz czynniki medyczne	Zmniejszenie ilości śliny powodowane chorobą, leczeniem lub wiekiem	<input type="checkbox"/>
		Wysokie spożycie cukrów (przekąski, napoje itp.)	<input type="checkbox"/>
		Utrudniony dostęp do lekarza dentysty	<input type="checkbox"/>
		Słaba współpraca z pacjentem	<input type="checkbox"/>
		Choroby współistniejące	<input type="checkbox"/>
		Wizyta spowodowana bólem	<input type="checkbox"/>
	Badanie stomatologiczne	Aktywne zmiany próchnicowe bądź nowe wypełnienia	<input checked="" type="checkbox"/>
		Wskaźnik PRS (P-obnażenie miazgi, R-zniszczenie korony, S-przetoka lub ropień)	<input type="checkbox"/>
		Słaba higiena jamy ustnej/akumulacja płytki nazębnej	<input checked="" type="checkbox"/>
		Masywne złogi płytki nazębnej (ocena współistniejących czynników sprzyjających akumulacji płytki, np. aparat ortodontyczny)	<input type="checkbox"/>
		Zmniejszone wydzielanie śliny	<input type="checkbox"/>
	Dodatkowo w przypadku dzieci	Pojenie dziecka napojami z zawartością cukrów (w tym mlekiem/gęstymi sokami) z użyciem butelki ze smoczkiem (często w ciągu dnia lub nocą)	<input type="checkbox"/>
		Nieregularne stosowanie past do zębów z zawartością fluoru min. 1000 ppm	<input type="checkbox"/>
		Erupcja zębów trzonowych	<input type="checkbox"/>
	Dodatkowo w przypadku osób w podeszłym wieku	Odślonięte powierzchnie korzeni	<input type="checkbox"/>
		Ograniczona zdolność do higieny jamy ustnej	<input type="checkbox"/>

Ogólna ocena ryzyka próchnicy u pacjenta:

NISKIE

- ⇒ występują czynniki ochronne
- ⇒ nie występuje żaden z czynników wysokiego ryzyka (czerwony)
- ⇒ pozostałe czynniki ryzyka nie występują łącznie

UMIARKOWANE

- ⇒ Występuje większość czynników ochronnych i pojedyncze czynniki wysokiego ryzyka (czerwone)

WYSOKIE

- ⇒ Występują czynniki wysokiego ryzyka (czerwone)
- ⇒ Pozostałe czynniki ryzyka występują w stopniu znacznym
- ⇒ Czynniki ochronne nie występują

Plan obniżenia ryzyka i zatrzymania postępu próchnicy

KARTA OCENY RYZYKA PRÓCHNICY				
ZALECENIA DLA PACJENTA	ZALECANE DLA RYZYKA			DO WYKONANIA
	NISKIE	UMIARKOWANE	WYSOKIE	
W gabinecie stomatologicznym				
uszczelnienie bruzd	●	●	●	<input type="checkbox"/>
zalecenia higieniczne		●	●	<input checked="" type="checkbox"/>
zalecenia dietetyczne		●	●	<input checked="" type="checkbox"/>
usunięcie złogów nazębnych	●	●	●	
lakier/żel/pianka		co 6 miesięcy ●	co 3 miesiące ●	<input checked="" type="checkbox"/>
ostateczne wypełnienia			●	<input checked="" type="checkbox"/>
remineralizacja aktywnych plam próchnicowych			●	<input checked="" type="checkbox"/>
czasowe zabezpieczenie aktywnych ubytków			●	<input type="checkbox"/>
wizyty kontrolne	co 6 miesięcy ●	co 3 miesiące ●	co 3 miesiące ●	<input checked="" type="checkbox"/>
W domu				
szczotkowanie co najmniej 2 razy dziennie	●	●	●	<input checked="" type="checkbox"/>
pasta do zębów 1000 (dzieci do 6 r. ż.) /1450 ppm F	●	●	●	<input type="checkbox"/>
pasta do zębów 5000 ppm F (od 16 r. ż.)			●	<input type="checkbox"/>
żel wysokofluorkowy		●	●	<input checked="" type="checkbox"/>
nić/taśma dentystyczna codziennie	●	●	●	<input checked="" type="checkbox"/>
modyfikacja diety		●	●	<input checked="" type="checkbox"/>
płukanka z fluorem		●	●	<input checked="" type="checkbox"/>

Druk Ocena ryzyka próchnicy i zalecenia dla pacjenta

Data badania:

Imię i nazwisko pacjenta:

Wiek:

Czynniki ochronne

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

Czynniki ryzyka

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

**Ogólna ocena ryzyka
próchnicy u pacjenta**

.....

**Zalecenia do wykonania
u pacjenta w gabinecie
stomatologicznym
(co najmniej trzy)**

1.
2.
3.

**Zalecenia do wykonania
przez pacjenta w domu
(co najmniej trzy)**

1.
2.
3.

KARTA PACJENTA

Imię, nazwisko pacjenta: **Adam Nawrocki**
Wiek: **22 lata**

 **Nazwa gabinetu: Gabinet Smile**
Adres: ul. Sosnowa 23
21-413 Poznań

Miejsce zamieszkania: **ul. Ceglana 2/3 21-413 Poznań**

Legenda:

- o - ząb niewyrzynięty
- k - korona protetyczna
- c - próchnica
- v - ząb lub korzeń do usunięcia
- - brak zęba
- ~ - kamień lub osad nazębny
- w - wypełnienie

- w	w c -
8 7 6 5 4 3 2 1	8 7 6 5 4 3 2 1
8 7 6 5 4 3 2 1	8 7 6 5 4 3 2 1
- c c	- c c

Data	Rozpoznanie	Zabiegi, leki, zalecenia	Podpis
21.12.2023 r.	<p>Wypełnienia ostateczne na powierzchniach okluzyjnych zębów 16, 26</p> <p>Próchnica na powierzchniach okluzyjnych i dystalnych zębów 27, 37, 36, 46, 47</p> <p>Braki zębowe: 18, 28, 38, 48</p>	<p>Badanie stomatologiczne jamy ustnej.</p> <p>Na podstawie wywiadu z pacjentem wypełniono Kartę oceny ryzyka próchnicy.</p> <p>Zlecenie dla higienistki stomatologicznej na kolejnej wizycie – usunięcie niezmineralizowanej płytki nazębnej i lakierowanie zębów w zakresie 17-27.</p>	<p style="text-align: center;">Lekarz dentysta <i>Beata Lipowska</i></p>
.....		<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p style="text-align: center;">Higienistka stomatologiczna</p> <p style="text-align: center;">.....</p>

ZALECENIA POZABIEGOWE DLA PACJENTA

1.

2.

Wskaźnik PUWp dla wszystkich zębów

1. Wartość liczbowa powierzchni zębów z **P**:

2. Wartość liczbowa powierzchni zębów **U**:

3. Wartość liczbowa powierzchni zębów z **W**:

Obliczona wartość wskaźnika **PUWp** wynosi: