

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

Symbol kwalifikacji: **MED.02**

Numer zadania: **03**

Wersja arkusza: **SG**

Wypełnia zdający

Numer PESEL zdającego*

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

Miejsce na naklejkę z numerem
PESEL i z kodem ośrodka

Czas trwania egzaminu: **150** minut.

MED.02-03-24.01-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 5 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

Wykorzystując informacje z *Karty Pacjenta Poradni Stomatologicznej* przygotuj stanowisko pracy do piaskowania i polerowania zębów. Wanienki dezynfekcyjne na narzędzia duże i drobne oraz pojemniki na odpady medyczne są przygotowane na stanowisku pracy.

W celu wykonania zabiegu piaskowania podejdź z modelem zębowym do STANOWISKA POKAZU. Zabieg wykonaj niepodłączoną piaskarką i bez użycia piasku. Po zakończeniu zabiegu zdezynfekuj piaskarkę i pozostaw ją na STANOWISKU POKAZU. Zabieg polerowania zębów wykonaj na swoim stanowisku pracy.

UWAGA – *przygotowane stanowisko oraz gotowość do wykonania zabiegów piaskowania i polerowania zębów zasygnalizuj przez podniesienie ręki. Po uzyskaniu zgody i w obecności egzaminatora wykonaj czynności.*

Wykonanie zabiegu udokumentuj w *Karcie Pacjenta Poradni Stomatologicznej*.

Zapisz w odpowiednich formularzach *Przeciwwskazania do zabiegu piaskowania zębów* oraz *Zalecenia pozabiegowe*.

Wypełnij *Zlecenie na badanie biologicznej kontroli skuteczności procesu sterylizacji* dla narzędzi stomatologicznych w autoklawie parowym dla programu uniwersalnego.

W sporządzanej dokumentacji podpisuj się swoim numerem PESEL. Za datę przyjmij datę egzaminu.

Uporządkuj stanowisko pracy, posegreguj odpady medyczne, umieść narzędzia w odpowiednich pojemnikach, zdezynfekowaną kątnicę pozostaw na czystym stanowisku pracy.

Zadanie wykonaj zgodnie z procedurami zawodowymi, uwzględniając zasady bezpieczeństwa, higieny i ergonomii pracy.

Czas przeznaczony na wykonanie zadania wynosi 150 minut.

Ocenie podlegać będzie 6 rezultatów:

- przygotowane stanowisko pracy,
- Karta Pacjenta Poradni Stomatologicznej,
- Przeciwwskazania do zabiegu piaskowania zębów,
- Zalecenia pozabiegowe,
- Zlecenie na badanie biologicznej kontroli skuteczności procesu sterylizacji,
- uporządkowane stanowisko pracy

oraz

przebieg wykonania zabiegów piaskowania i polerowania zębów.

KARTA PACJENTA PORADNI STOMATOLOGICZNEJ																																																																																			
NAZWA I ADRES GABINETU STOMATOLOGICZNEGO		DENTAL SERVICE Prywatny Gabinet Stomatologiczny ul. Staropolska 53 30-499 Kraków																																																																																	
PACJENT Agnieszka Roj		DATA UR.: 19.05.1999 r. ADRES ZAMIESZKANIA: ul. B. Prusa 6, 30-117 Kraków																																																																																	
DATA	ZĄB	ROZPOZNANIE, WYKONANE ZABIEGI, ZLECENIA	PODPIS																																																																																
15.12.2023 r.	00 37- 47	<i>Badanie jamy ustnej. Pełne uzębienie stałe.</i> <table border="0"> <tr> <td colspan="8">W</td> <td colspan="8">W</td> </tr> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> <tr> <td>~</td><td>~</td><td>~</td><td>~</td><td>~</td><td>~</td><td>~</td><td>~</td> <td>~</td><td>~</td><td>~</td><td>~</td><td>~</td><td>~</td><td>~</td><td>~</td> </tr> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> <tr> <td>~</td><td>~</td><td>~</td><td>~</td><td>~</td><td>~</td><td>~</td><td>~</td> <td>~</td><td>~</td><td>~</td><td>~</td><td>~</td><td>~</td><td>~</td><td>~</td> </tr> </table> <i>W obrębie dolnego łuku zębowego liczne osady i przebarwienia egzogenne szkliva. Zlecam wykonanie piaskowania w dolnym łuku zębowym i wypolerowanie zębów pastą polerską Super Polish.</i>	W								W								8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	~	~	~	~	~	~	~	~	~	~	~	~	~	~	~	~	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	~	~	~	~	~	~	~	~	~	~	~	~	~	~	~	~	 <i>Lekarz dentysta</i> <i>Maria Czapla</i>
W								W																																																																											
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																																																																				
~	~	~	~	~	~	~	~	~	~	~	~	~	~	~	~																																																																				
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																																																																				
~	~	~	~	~	~	~	~	~	~	~	~	~	~	~	~																																																																				
.....			 Higienistka stomatologiczna																																																																																

PRZECIWWSKAZANIA DO ZABIEGU PIASKOWANIA ZĘBÓW
(co najmniej 5 przeciwwskazań)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ZALECENIA POZABIEGOWE
(co najmniej 4 zalecenia)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PARAMETRY TECHNICZNE AUTOKLAWU VACUKLAV 24 B +

Program	Temperatura (°C)	Ciśnienie (bar)	Czas sterylizacji (min)	Czas suszenia (min)
Program uniwersalny	134	2.1	5:30	20
Program szybki B	134	2.1	5:30	10
Program szybki S	134	2.1	3:30	5
Program ochronny	121	1.1	20:30	20
Program Prion	134	2.1	20:30	20
Model	Zasilanie/Moc	Rozmiar komory (mm)	Wymiary zewnętrzne (mm)	Pojemność komory
VACUKLAV 24 B +	230 V/2100 W	250 x 450	490 x 420 x 700	22,6 litrów
Data produkcji	2020			

Zlecenie na badanie biologicznej kontroli skuteczności procesu sterylizacji

1. Dane Zleceniodawcy (nazwa):

2. Miejsce użytkowania autoklawu (adres):

3. Cel badania: *

☐ okresowe badanie autoklawu

☐ przed włączeniem do eksploatacji

☐ po naprawie

☐ inny (wpisać powód badania):

4. Rodzaj prowadzonej działalności: gabinet stomatologiczny /ginekologiczny / kosmetyczny / tatuażu /
sterylizatornia / zmywalnia /inne: **

5. Rodzaj autoklawu – typ, nazwa:

6. Data sterylizacji:

7. PESEL osoby wykonującej sterylizację:

8. Parametry procesu sterylizacji: - temperatura°C - czas sterylizacji minuty

- ciśnienie ☐ atm ☐ bar ☐ kPa ☐ MPa*

9. Rodzaj sterylizowanego załadunku:

10. Rodzaj wskaźnika biologicznego: *

☐ Sporal A

☐ Sporal S

11. Rozmieszczenie wskaźników w komorze autoklawu: *

Biologiczny wskaźnik	góra	środek	dół	przód	tył
Nr 1					
Nr 2					

Data, podpis osoby obsługującej autoklaw:

* właściwe zaznaczyć „X”

** właściwe podkreślić