

Nazwa kwalifikacji: **Świadczenie usług medycznych w zakresie ortoptyki**  
Symbol kwalifikacji: **MED.04**  
Numer zadania: **01**  
Wersja arkusza: **SG**

Wypełnia zdający

Numer PESEL zdającego\*

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

Miejsce na naklejkę z numerem  
PESEL i z kodem ośrodka

Czas trwania egzaminu: 120 minut.

MED.04-01-25.01-SG

## EGZAMIN ZAWODOWY

Rok 2025

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. Sprawdź, czy arkusz egzaminacyjny zawiera 8 stron i nie zawiera błędów. Ewentualny brak stron lub inne usterki zgłoś przez podniesienie ręki przewodniczącemu zespołu nadzorującego.
4. Zapoznaj się z treścią zadania oraz stanowiskiem egzaminacyjnym. Masz na to 10 minut. Czas ten nie jest wliczany do czasu trwania egzaminu.
5. Czas rozpoczęcia i zakończenia pracy zapisze w widocznym miejscu przewodniczący zespołu nadzorującego.
6. Wykonaj samodzielnie zadanie egzaminacyjne. Przestrzegaj zasad bezpieczeństwa i organizacji pracy.
7. Po zakończeniu wykonania zadania pozostaw arkusz egzaminacyjny z rezultatami oraz KARTĘ OCENY na swoim stanowisku lub w miejscu wskazanym przez przewodniczącego zespołu nadzorującego.
8. 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

### Opis przypadku Adama Kulisa

Do gabinetu ortoptycznego zgłosili się rodzice z 7-letnim chłopcem. Dotychczas oceniano jego funkcjonowanie wzrokowe tylko w ramach badań przesiewowych. W wywiadzie rodzice podają, że dziecko okresowo przymyka powiekę oka lewego podczas obserwacji daleko położonych obiektów. Potwierdzają to również nauczyciele. Chłopiec wykazuje wolniejsze tempo pracy przy przepisywaniu tekstu z tablicy do zeszytu. Po badaniu refrakcji lekarz okulista zalecił stałe użytkowanie korekcji okularowej i przekazał skierowanie na ćwiczenia ortoptyczne. Wywiad rodzinny bez obciążeń.

Na podstawie opisu przypadku Adama Kulisa i informacji podanych w *Karcie badania pacjenta*, uzupełnij *Kartę badania pacjenta*, wpisując w miejsca zaznaczone kropkami i w puste pola brakujące dane. Wypełnij *Kartę planowanego leczenia*, planując proces leczenia zaburzeń zdiagnozowanych u dziecka.

Oba formularze do wypełnienia znajdują się w arkuszu egzaminacyjnym.

**Czas przeznaczony na wykonanie zadania wynosi 120 minut.**

**Ocenie podlegać będzie 6 rezultatów:**

- Karta badania pacjenta – rozpoznanie i wartości korekcji wad refrakcji,
- Karta badania pacjenta – podstawowe badania ortoptyczne,
- Karta badania pacjenta – badania ortoptyczne: kątów zeza, widzenia obuocznego i korespondencji siatkówkowej,
- Karta badania pacjenta – badania ortoptyczne: amplitudy i sprawności akomodacji,
- Karta planowanego leczenia – cele leczenia i zestaw ćwiczeń przeznaczonych do wykonania w gabinecie ortoptycznym,
- Karta planowanego leczenia – zestaw ćwiczeń zleconych do wykonywania w domu.

## KARTA BADANIA PACJENTA

**Imię i nazwisko:** Adam Kulis

**Wiek pacjenta:** 7 lat

**Rozpoznanie (co najmniej 5 elementów rozpoznania):**

.....

.....

.....

.....

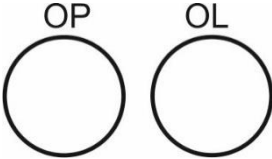
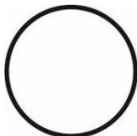
.....

**Wartości korekcji wady refrakcji:**

	SPH	CYL	AX	PRYZMAT/BAZA	PD [mm]
OP					
OL					

### Podstawowe badanie ortoptyczne

Lp.	Rodzaj badania/metoda	Wynik badania	Rodzaj sprzętu, aparatury i materiałów pomocniczych
1.	Badanie ostrości wzroku do dali w korekcji	Visus OP = ..... c.c. Visus OL = ..... c.c.	..... ..... ..... .....
2.	Badanie ostrości wzroku do bliży w korekcji	Sn OP = ..... c.c. Sn OL = ..... c.c.	..... ..... ..... .....
3.	Badanie fiksacji siatkówkowej	OP ..... OL .....	<i>Wpisz nazwę i stężenie zastosowanego środka</i> ..... .....
4.	Badanie wady refrakcji metodą skiaskopii	Sk OP -0,50 ax 180°/-1,00 ax 90° Sk OL -0,75 ax 180°/-1,00 ax 90° <i>Przedstaw wynik graficznie</i>	<i>Wpisz nazwę i stężenie zastosowanego środka</i> ..... ..... .....

5.	Badanie równowagi mięśniowej metodą ..... .....	CT (...) do dali c.c. CT (...) do bliży c.c.	..... ..... ..... .....
6.	Badanie orientacyjne ruchów oczu metodą .....	<div style="text-align: center;">  </div> <p>Ruchy oczu:          .....          .....          .....</p> <p>Oslabiona płynność ruchów wodzenia wzrokiem za fiksatorem</p>	..... ..... ..... .....
7.	Badanie konwergencji metodą ..... .....	Konwergencja.....  PBK= 6 cm	..... ..... ..... .....
<b>Badanie ortoptyczne: kątów zeza, widzenia obuocznego i korespondencji siatkówkowej</b>			
8.	Badanie kąta obiektywnego zeza na synoptoforze w korekcji metodą ..... ..... i z użyciem listwy pryzmatycznej metodą ..... .....W korekcji	Synoptofor: Kąt obiektywny = ..... c.c.  Listwa pryzmatyczna: kąt obiektywny do dali c.c. = ..... kąt obiektywny do bliży c.c. = .....	..... ..... ..... ..... ..... .....
9.	Badanie kąta subiektywnego na synoptoforze w korekcji	Kąt subiektywny = - 6° c.c.	..... ..... ..... .....
10.	Badanie korespondencji siatkówkowej na synoptoforze metodą ..... w korekcji	Korespondencja siatkówkowa - prawidłowa c.c. <i>Zapis graficzny wyniku</i>  	..... ..... ..... .....



14.	Badanie sprawności akomodacji z flipperem akomodacyjnym +/- 2,00 Dsph	SA OP = 6 ..... SA OL = 4 .....	..... ..... ..... .....
-----	---	------------------------------------	----------------------------------

*Uwaga. Uzupełnij miejsca zaznaczone kropkami i/lub puste pola w Karcie badania pacjenta*

### KARTA PLANOWANEGO LECZENIA

**Imię nazwisko:** Adam Kulis

**Wiek pacjenta:** 7 lat

**Cele leczenia** (zapisz co najmniej 5 celów):

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

#### Zestaw ćwiczeń przeznaczonych do wykonania w gabinecie ortoptycznym

Lp.	Cel ćwiczeń	Metoda leczenia/rodzaj ćwiczeń	Warunki ćwiczeń: • oświetlenie • odległość: dal/bliż • jednoocznie/obuocznie	Rodzaj sprzętu, aparatury, pomocy wzrokowych oraz materiałów pomocniczych
1.	..... .....	..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....	<i>Dopisz co najmniej 3 przykłady</i>  Karta z kropkami  ..... ..... ..... .....
2.	Poprawa zakresu fuzji	..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....	<i>Zapisz co najmniej 3 przykłady</i>  ..... ..... ..... .....

3.		<b>Ćwiczenia widzenia stereoskopowego</b>   	..... ..... ..... .....	<i>Zapisz co najmniej 3 przykłady</i>  ..... ..... ..... .....
4.		<i>Zapisz co najmniej 2 ćwiczenia:</i>  ..... ..... ..... .....		<i>Dopisz pomoce do co najmniej 2 metod ćwiczeń</i>  Flippery o mocy +2,00/-2,00 DS  ..... ..... ..... .....

**Łączny czas trwania ćwiczeń w gabinecie:**

w ciągu dnia ..... godz.

w ciągu tygodnia ..... godz.

## Zestaw ćwiczeń zleconych do wykonania w domu

Lp.	Cel ćwiczeń	Przykładowe ćwiczenia	Warunki ćwiczeń: <ul style="list-style-type: none"> <li>• oświetlenie</li> <li>• odległość: dal/bliz</li> <li>• jednocześnie/obuocznie</li> </ul>	Niezbędne pomoce do wykonania ćwiczeń
1.	<p>.....</p> <p>.....</p>		<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><i>Dopisz co najmniej 1</i> <i>rodzaj pomocy</i> Piłka Marsdena</p>
2.	<p>Poprawa koordynacji wzrokowo-ruchowej w obrębie motoryki małej i dużej</p>	<p><i>Zapisz co najmniej 4</i> <i>ćwiczenia</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

**Łączny czas trwania ćwiczeń w warunkach domowych:**

w ciągu dnia ..... godz.

w ciągu tygodnia..... godz.

