

Nazwa kwalifikacji: **Świadczenie usług medyczno-pielęgniacyjnych i opiekuńczych osobie chorej i niesamodzielnej**

Symbol kwalifikacji: **MED.14**

Numer zadania: **02**

Wersja arkusza: **SG**

Wypełnia zdający

Numer PESEL zdającego*

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

Miejsce na naklejkę z numerem
PESEL i z kodem ośrodka

Czas trwania egzaminu: **120** minut.

MED.14-02-24.06-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 6 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

Po zapoznaniu się z informacjami o pacjencie przygotuj zestaw do wykonania opatrunku na ranie czystej bez użycia pęsety.

Gotowość do przygotowania zestawu zgłoś przewodniczącemu Zespołu Nadzorującego przez podniesienie ręki . Po uzyskaniu jego zgody przystąp do wykonania zadania.

Po przygotowaniu zestawu umieść go na stoliku zabiegowym i ponownie zgłoś przez podniesienie ręki gotowość do jego oceny.

Po zakończeniu oceny zestawu przez egzaminatora wykonaj kolejno pacjentowi leżącemu w łóżku (nie markuj wykonania zadania):

- zmianę opatrunku na ranie czystej na przedramieniu lewym z zastosowaniem 0,9% soli fizjologicznej (0,9% NaCl) bez użycia pęsety,
- mycie głowy w misce/wanience pneumatycznej.

Uwaga! *Gotowość do rozpoczęcia procedury zmiany opatrunku na ranie czystej zgłoś przewodniczącemu Zespołu Nadzorującego przez podniesienie ręki. Po uzyskaniu jego zgody przystąp do wykonania zadania w obecności egzaminatora.*

Traktuj fantom jak pacjenta, niezbędne informacje przekazuj cicho, tak, aby nie przeszkadzać innym zdającym.

Wszystkie czynności na fantomie wykonaj w czasie nie dłuższym niż 40 minut. Po upływie tego czasu przewodniczący ZN przerwie Ci wykonywanie czynności słowami „czas minął” oznaczającymi zakończenie procesu oceny przez egzaminatora.

Zadanie wykonaj zgodnie z zasadami i procedurami, uwzględniając przepisy bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ergonomię pracy. Materiały, przybory, środki i sprzęt niezbędne do wykonania zadania znajdują się w magazynie.

Po wykonaniu przebiegów uporządkuj stanowisko pracy.

Niezbędna dokumentacja do uzupełnienia znajduje się w arkuszu egzaminacyjnym.

Uzupełnij:

- indywidualną kartę pielęgnacji i zabiegów medycznych. Datę i godziny wpisz zgodnie ze stanem faktycznym w dniu egzaminu.
- kartę oceny stanu pacjenta według zmodyfikowanej skali Barthel, oceń stopień samodzielności pacjenta.

Na potrzeby egzaminu w miejscach, w których trzeba wpisać imię i nazwisko osoby wykonującej zabiegi (opiekuna medycznego) należy wpisać XX YY.

Arkusz egzaminacyjny z wypełnioną dokumentacją pozostaw na indywidualnym stanowisku do pisania.

Informacje o pacjencie*

Na oddziale wewnętrznym od trzech dni przebywa Jan Nowak (Pesel 50080433333). Przyczyną hospitalizacji był krótkotrwały incydent utraty świadomości, podczas którego pacjent upadł, w wyniku czego doszło do rozcięcia przedramienia lewego na długości około 7 cm. Ranę zaopatrzono chirurgicznie (założono szwy). Pacjent jest zaniedbany, zdiagnozowano u niego anemię z powodu niedoboru żelaza. Z zebranego wywiadu wynika, że mieszka sam na drugim piętrze w kamienicy bez windy, nie wychodzi z domu z powodu trudności z chodzeniem po schodach. Pacjent jest osobą samotną, zakupy dostarcza mu opiekunka środowiskowa. Pan Nowak, obecnie bardzo osłabiony, jest pacjentem leżącym. Wymaga pomocy przy czynnościach higienicznych, zmianie bielizny osobistej, a także w spożywaniu posiłków. Ma złożone pieluchomajtki z powodu sporadycznego, bezwiednego oddawania moczu. Pacjent sygnalizuje potrzebę oddania stolca do basenu sanitarnego. Na zlecenie pielęgniarki opiekun medyczny ma wykonać zmianę opatrunku na ranie na przedramieniu lewym z zastosowaniem 0,9% soli fizjologicznej (0,9% NaCl) oraz mycie głowy z wykorzystaniem wanianki pneumatycznej.

**dane pacjenta i informacje o nim są fikcyjne i zostały przygotowane na potrzeby egzaminu*

Czas przeznaczony na wykonanie zadania wynosi 120 minut.

Ocenie podlegać będą 3 rezultaty:

- zestaw do wykonania zmiany opatrunku na ranie czystej bez użycia pęsety,
- karta oceny stanu pacjenta według zmodyfikowanej skali Barthel,
- indywidualna karta pielęgnacji i zabiegów medycznych

oraz

przebieg zmiany opatrunku na ranie czystej na przedramieniu lewym z zastosowaniem 0,9% soli fizjologicznej (0,9 % NaCl) bez użycia pęsety oraz mycie głowy z wykorzystaniem miski/wanianki pneumatycznej pacjentowi leżącemu w łóżku.

Karta oceny stanu pacjenta według zmodyfikowanej skali Barthel

Imię i nazwisko pacjenta..... PESEL

Oddział/placówka Data oceny stanu pacjenta.....

Lp.	Czynności oceniane u pacjenta	Wynik oceny*
1.	Spożywanie posiłków 0 = nie jest w stanie samodzielnie jeść lub przełykać, 5 = potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu, karmieniu doustnym 10 = samodzielny, niezależny	
2.	Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem/siadanie 0 = nie jest w stanie przemieszczać się, nie zachowuje równowagi przy siadaniu/siedzeniu 5 = przemieszcza się z pomocą fizyczną jednej lub dwóch osób, może siedzieć 10 = mniejsza pomoc (słowna lub fizyczna) 15 = samodzielny	
3.	Utrzymanie higieny osobistej 0 = nie jest w stanie wykonać żadnych czynności higienicznych 5 = potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności higienicznych 10 = samodzielny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, także z zapewnionymi pomocami	
4.	Korzystanie z toalety (WC) 0 = nie korzysta w ogóle z toalety 5 = potrzebuje lub częściowo potrzebuje pomocy przy korzystaniu z toalety 10 = samodzielny w dotarciu do toalety oraz w zdejmowaniu i zakładaniu części garderoby	
5.	Mycie i kąpiel całego ciała 0 = kąpany w wannie przy pomocy podnośnika 5 = wymaga pomocy 10 = samodzielny	
6.	Poruszanie się po powierzchniach płaskich 0 = w ogóle nie porusza się 5 = porusza się na odległość do 50 m za pomocą sprzętu wspomagającego i z pomocą co najmniej jednej osoby 10 = samodzielny, niezależny w poruszaniu się na odległość powyżej 50 m, także z użyciem sprzętu wspomagającego	
7.	Wchodzenie i schodzenie po schodach 0 = nie jest w stanie wchodzić i schodzić po schodach nawet z pomocą innej osoby 5 = potrzebuje pomocy fizycznej asekuracji, przenoszenia 10 = samodzielny	

8.	Ubieranie się i rozbieranie 0 = potrzebuje kompleksowej pomocy innej osoby 5 = potrzebuje częściowej pomocy innej osoby 10 = samodzielny, niezależny (także w zapinaniu guzików, zamka, zawiązywanie sznurowadeł)	
9.	Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu 0 = nie panuje nad oddawaniem stolca 5 = sporadycznie bezwiednie oddaje stolec 10= kontroluje oddawanie stolca	
10.	Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego 0 = nie panuje nad oddawaniem moczu 5 = sporadycznie bezwiednie oddaje mocz 10 = kontroluje oddawanie moczu	
	Łączna liczba punktów (wynik oceny) ***	

* w punktach 1-10 należy wybrać jedną z możliwości najlepiej opisującą stan pacjenta i podkreślić

** należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości

*** w ramce należy wpisać uzyskaną sumę punktów

Łączna liczba punktów:

Ocena stanu pacjenta:

Interpretacja wyniku

- I. 86-100 pkt. – stan pacjenta „lekki”
- II. 21-85 pkt. – stan pacjenta „średnio ciężki”
- III. 0-20 pkt. – stan pacjenta „bardzo ciężki”

Indywidualna karta pielęgnacji i zabiegów medycznych*

Imię i nazwisko pacjenta: PESEL pacjenta:

Oddział/placówka:

Zabiegi higieniczne i pielęgnacyjne

Data wykonania	Godzina wykonania	Rodzaj zabiegu, czynności	Podpis**

Zabiegi i czynności medyczne

Data wykonania	Godzina wykonania	Rodzaj zabiegu, czynności	Podpis**

* w sytuacji podania leku w kolumnie „Rodzaj zabiegu, czynności” należy zapisać nazwę leku, dawkę, drogę podania

** na potrzeby egzaminu w kolumnie „Podpis” należy wpisać XX YY