

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

Symbol kwalifikacji: **MED.14**

Numer zadania: **04**

Wersja arkusza: **SG**

Wypełnia zdający

Numer PESEL zdającego*

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

Miejsce na naklejkę z numerem
PESEL i z kodem ośrodka

Czas trwania egzaminu: **120** minut.

MED.14-04-25.01-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. 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

Po zapoznaniu się z informacjami o pacjencie na fantomie leżącym w łóżku wykonaj kolejno (nie markuj wykonania):

- odłączenie kroplowego wlewu dożylnego,
- zmianę opatrunku wokół niepowikłanej gastrostomii.

Następnie przenieść pacjenta z łóżka na wózek inwalidzki. Traktuj fantom jak pacjenta, niezbędne informacje przekazuj cicho, tak, aby nie przeszkadzać innym zdającym.

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

Uwaga. *Przed rozpoczęciem procedury odłączenia kroplowego wlewu dożylnego ponownie zgłoś przez podniesienie ręki gotowość do wykonania zabiegu. Po uzyskaniu zgody przewodniczącego ZN przystąp do wykonania zadania w obecności egzaminatora.*

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 i na indywidualnym stanowisku do wykonywania czynności higienicznych i pielęgnacyjnych.

Po zakończeniu wykonywanych czynności uporządkuj stanowisko pracy.

Zapisz procedurę karmienia pacjenta przez gastrostomię metodą porcji (bolusów),.

Wypełnij indywidualną kartę pielęgnacji i zabiegów medycznych, potwierdź w niej wykonane zabiegi.

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

Niezbędna dokumentacja do uzupełnienia znajduje się w arkuszu egzaminacyjnym.

Arkusz egzaminacyjny pozostaw na indywidualnym stanowisku do pisania.

Informacje o pacjencie*

Pacjent Adam Malina (PESEL 47010101027) przebywa na oddziale chirurgicznym drugi dzień. Został przyjęty do szpitala w celu wykonania zabiegu wylonienia gastrostomii z powodu dysfagii w przebiegu choroby nowotworowej. Jest osłabiony i apatyczny. Samodzielnie zmienia pozycję ciała w łóżku. Przy próbie pionizacji odczuwa zawroty głowy. Z powodu niedowładu lewej ręki wymaga pomocy przy czynnościach samoobsługowych i pielęgnacyjnych. W okolicy prawego przedramienia ma założone dożylnie wkłucie obwodowe zabezpieczone opatrunkiem włókninowym. Na zlecenie lekarza przetoczono 100 ml 0,9% NaCl. Wlew wchłonął się w całości.

**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 2 rezultaty:

- procedura karmienia pacjenta przez gastrostomię metodą porcji (bolusów),
- indywidualna karta pielęgnacji i zabiegów medycznych

oraz

przebieg wykonania odłączenia kroplowego wlewu dożylnego, zmiana opatrunku wokół niepowikłanej gastrostomii, przemieszczenie pacjenta z łóżka na wózek inwalidzki.

Procedura karmienia pacjenta przez gastrostomię metodą porcji (bolusów)

1. Czynności opiekuna medycznego w zakresie przygotowania do wykonania karmienia pacjenta przez gastrostomię (*należy zapisać co najmniej 5 czynności*):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Sprzęt, materiały, środki, produkty, przybory niezbędne do wykonania procedury karmienia pacjenta przez gastrostomię (*należy zapisać co najmniej 6 elementów*):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Czynności opiekuna medycznego w zakresie przygotowania pacjenta do karmienia przez gastrostomię (*należy zapisać co najmniej 5 czynności*):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Czynności i zasady obowiązujące opiekuna medycznego bezpośrednio przed i podczas karmienia pacjenta przez gastrostomię *(należy zapisać co najmniej 7 czynności, zasad):*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. Czynności i zasady obowiązujące opiekuna medycznego po wykonaniu karmienia pacjenta przez gastrostomię *(należy zapisać co najmniej 5 czynności, zasad):*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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