

*Arkusz zawiera informacje prawnie chronione
do momentu rozpoczęcia egzaminu*

Nazwa kwalifikacji: **Udzielanie pomocy i organizacja wsparcia osobie niepełnosprawnej**

Oznaczenie arkusza: **SPO.01-01-20.06-SG**

Oznaczenie kwalifikacji: **SPO.01**

Numer zadania: **01**

Wersja arkusza: **SG**

**PODSTAWA PROGRAMOWA
2019**

Wypełnia egzaminator

Kod ośrodka –

Kod egzaminatora

Data egzaminu
Dzień Miesiąc Rok

Godzina rozpoczęcia egzaminu :

Numer PESEL zdającego*										Numer stanowiska	

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

Egzaminatorze!

- Oceniaj prace zdających rzetelnie i z zaangażowaniem. Dokumentuj wyniki oceny.
- Stosuj przyjęte zasady oceniania w sposób obiektywny.
- Jeżeli zdający, wykonując zadanie egzaminacyjne, uzyskuje inne rezultaty albo pożądane rezultaty uzyskuje w inny sposób niż uwzględniony w zasadach oceniania lub przedstawia nietypowe rozwiązanie, ale zgodnie ze sztuką w zawodzie, to nadal oceniaj zgodnie z kryteriami zawartymi w zasadach oceniania. Informacje o tym, że zasady oceniania nie przewidują zaistniałej sytuacji, przekaż niezwłocznie w formie pisemnej notatki do Przewodniczącego Zespołu Egzaminacyjnego z prośbą o przekazanie jej do Okręgowej Komisji Egzaminacyjnej. Notatka może być sporządzona odręcznie w trybie roboczym.
- Informuj przewodniczącego zespołu nadzorującego o wszystkich nieprawidłowościach zaistniałych w trakcie egzaminu, w tym w szczególności o naruszeniach przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy i o podejrzeniach niesamodzielności w wykonaniu zadania przez zdającego.

Numer stanowiska							

Elementy podlegające ocenie/kryteria oceny		<i>Egzaminator wpisuje T, jeżeli zdający spełnił kryterium albo N, jeżeli nie spełnił</i>					
Rezultat 1: Wykaz problemów i potrzeb osoby podopiecznej							
Problemy osoby podopiecznej - zapisane niekoniecznie w identycznym brzmieniu, pod warunkiem poprawności merytorycznej:							
1	udar niedokrwienny mózgu, niedowład połowiczny prawostronny/niedowład kończyny dolnej prawej i kończyny górnej prawej, nadciśnienie tętnicze						
2	nietrzymanie moczu w nocy/korzystanie z pieluchomajtek, pije niechętnie						
3	niemożność samodzielnego chodzenia/wymaga przesadzania/pomocy w przemieszczaniu się z łóżka na fotel/brak aktywności/większość czasu spędza w łóżku						
4	zagrożenie wystąpienia odleżyn/otrzymała 11 punktów w skali Norton/samodzielnie nie zmienia pozycji						
5	obniżony nastrój/placze/niepokój o swój stan zdrowia/o przyszłość/apatia/smutek						
6	brak samodzielności w wykonywaniu czynności higienicznych/samoobsługowych/dnia codziennego lub zapisany konkretny problem typu: nie potrafi wycisnąć pasty z tuby, samodzielnie ubrać się, rozebrać, umyć głowy, pokroić mięsa, posmarować pieczywa						
7	zaburzenia mowy/mowa powolna/utrudniony kontakt słowny z otoczeniem, brak kontaktów społecznych/z koleżankami/z dalszą rodziną, zmęczenie, zaburzenia snu/zaburzenia rytmu okołodobowego/śpi w dzień, nie śpi w nocy <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 3 problemy</i>						
Potrzeby osoby podopiecznej - zapisane niekoniecznie w identycznym brzmieniu, pod warunkiem poprawności merytorycznej:							
8	higieny/czystości/opieki ze strony innych/pomocy przy wykonywaniu czynności higienicznych/dnia codziennego						
9	ruchu/przesadzania na fotel/aktywności fizycznej/zakupu wózka inwalidzkiego/rehabilitacji ruchowej						
10	zdrowia, bezpieczeństwa, kontaktów społecznych/z innymi ludźmi, przynależności, wydalania, zmiany pieluchomajtek, wsparcia psychicznego, samorealizacji, szacunku, uznania <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 3 potrzeby</i>						

Numer
stanowiska

Rezultat 2: Wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze

Wpisane/zaznaczone:

1	1. Dane osobowe Wnioskodawcy: Imię i nazwisko: Małgorzata Krzak ; Data i miejsce urodzenia: 12.06.1957 r. Katowice ; Numer PESEL: 57061233427 ; Seria i numer dowodu osobistego: CIS 011223 , Adres zamieszkania: 40-750 Katowice, ul. Kalinowa 28d/53 , telefon kontaktowy: 603 205 987						
2	2. Posiadane orzeczenie – zaznaczone wyłącznie: umiarkowany stopień niepełnosprawności						
3	3. Sytuacja zawodowa Wnioskodawcy – zaznaczone wyłącznie: rencista						
4	4. Nazwa przedmiotu, o którego dofinansowanie ubiega się Wnioskodawca – zaznaczone wyłącznie: wózek inwalidzki ręczny						
5	5. Dochód osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym – Dane dotyczące Wnioskodawcy - Imię: Małgorzata , Nazwisko: Krzak , Miesięczny dochód netto: 1100,00 zł						
6	5. Dochód osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym – Dane osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą - Imię: Barbara , Nazwisko: Krzak , Stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą: matka , Miesięczny dochód netto: 2760,00 zł						
7	6. Oświadczenie Wnioskodawcy o dochodach - Oświadczam, że przeciętny miesięczny łączny dochód mojej rodziny (netto) (...) obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: 3860,00 zł						
8	6. Oświadczenie Wnioskodawcy o dochodach – (...) a podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: 1930,00 zł Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: 2						
9	7. Forma przekazania dofinansowania – zaznaczone wyłącznie: Wyrażam zgodę na przelew dofinansowania na konto osobiste Numer konta bankowego - 12 1334 5000 1334 4000 1445 1556						
10	data wypełnienia wniosku: zgodna z datą egzaminu						

Numer
stanowiska

Przebieg 1: Mycie głowy w wanience pneumatycznej/basenie pneumatycznym osobie podopiecznej leżącej w łóżku
Zdający na wykonanie czynności mycia głowy osobie podopiecznej leżącej w łóżku ma przeznaczone 45 minut. Po przekroczeniu czasu przewodniczący ZN skieruje do zdającego komunikat „czas minął” oznaczający zakończenie procesu oceny.

Zdający:

1	poinformował osobę podopieczną o planowanym myciu głowy i zapytał o zgodę na wykonanie czynności						
2	umył higienicznie/zdezynfekował ręce, założył fartuch ochronny i rękawiczki jednorazowe						
3	obniżył wezglowie łóżka, wyjął jedną poduszkę spod głowy osoby podopiecznej i odłożył na krzesło/taboret. Zsunął drugą poduszkę pod plecy/barki osoby podopiecznej. Zabezpieczył poduszkę i górną część łóżka co najmniej folią oraz bielizną osobistą co najmniej ręcznikiem						
4	głowę osoby podopiecznej umieścił nad wanienką pneumatyczną/basennem pneumatycznym lub w zgłębieniu wanienki pneumatycznej/basenu pneumatycznego, wąż spustowy umieścił w wiadrze						
5	sprawdził temperaturę wody do mycia przez polanie wodą skóry własnego przedramienia lub termometrem <i>Kryterium należy uznać za spełnione również, jeżeli zdający wcześniej sprawdził temperaturę wody</i>						
6	szampon nalewał na swoją dłoń, a następnie rozprowadzał na mokre włosy osoby podopiecznej. Mył głowę ruchami masującymi, 2-krotnie używając szamponu i spłukując wodą po każdym umyciu. W czasie zabiegu osłaniał twarz i uszy osoby podopiecznej chroniąc je przed zalaniem wodą						
7	wyjął miskę pneumatyczną/basen pneumatyczny spod głowy osoby podopiecznej i odstawił poza łóżko/nie ustawił na podłodze. Owinął/wytrzeł włosy ręcznikiem. Podłożył pod głowę osoby podopiecznej poduszkę/poduszki, na poduszce położył co najmniej ręcznik <i>Kryterium należy uznać za spełnione również, jeżeli zdający nie zabezpieczy poduszki, lecz koszulę osoby podopiecznej ręcznikiem, w sytuacji, gdy będzie suszył włosy suszarką, a fantom będzie w pozycji siedzącej</i>						
8	rozczesał włosy osobie podopiecznej i pozostawił je do swobodnego wyschnięcia na poduszce lub wysuszył/zamarkował suszenie włosów suszarką <i>Kryterium należy uznać za spełnione również, jeżeli zdający będzie suszył włosy suszarką, a fantom będzie w pozycji siedzącej</i>						
9	w trakcie wykonania zabiegu pielęgnacyjnego nie zamoczył bielizny pościelowej i osobistej osoby podopiecznej						
10	wrzucił ręczniki do pojemnika na brudną bieliznę. Grzebień/szczotkę do włosów oczyścił i odłożył do szuflady szafki przyłóżkowej/położył na blat szafki. Rękawiczki i fartuch ochronny wrzucił do kosza, zdezynfekował ręce						

Egzaminator

imię i nazwisko

.....

data i czytelny podpis