

**EGZAMIN ZAWODOWY
Rok 2023
ZASADY OCENIANIA**

*Arkusz zawiera informacje prawnie chronione
do momentu rozpoczęcia egzaminu*

Nazwa kwalifikacji: **Udzielanie pomocy i organizacja wsparcia osobie niepełnosprawnej**
 Oznaczenie arkusza: **SPO.01-03-23.06-SG**
 Oznaczenie kwalifikacji: **SPO.01**
 Numer zadania: **03**
 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, prześlij 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

Egzaminator wpisuje **T**,
jeżeli zdający spełnił
kryterium albo **N**, jeżeli
nie spełnił

Rezultat 1: Diagnoza problemów i potrzeb osoby podopiecznej

Problemy osoby podopiecznej - zapisane (niekoniecznie w identycznym brzmieniu, pod warunkiem poprawności merytorycznej):

1	paraplegia/porażenie mięśni w obrębie miednicy i kończyn dolnych, zespół cieśni nadgarstka prawego/ból i drętwienie palców ręki prawej, obrzęki kończyn dolnych, niepełnosprawność w stopniu umiarkowanym <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 3 problemy</i>						
2	porusza się na wózku inwalidzkim, porusza się wyłącznie po mieszkaniu/nie opuszcza budynku mieszkalnego, nie może samodzielnie dotrzeć na zajęcia w ośrodku rehabilitacyjnym/na rehabilitację, nie jest w stanie samodzielnie przesiąść się z łóżka na wózek inwalidzki/z wózka inwalidzkiego na łóżko, nie posiada podnośnika transportowo-kąpielowego <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 3 problemy</i>						
3	nie kontroluje mikcji i defekacji/trzymania moczu i stolca/korzysta z pieluchomajtek, jest zagrożony odleżynami, ma zaczerwienioną skórę/ma zaczerwienienie w okolicy kości ogonowej/zaczerwienienie w okolicy guzów kulszowych, przebywa tylko w pozycji siedzącej/leżącej <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 2 problemy</i>						
4	nie dba o wygląd zewnętrzny/nie goli się/ma przetłuszczone włosy, nie jest w stanie samodzielnie zmienić pieluchomajtek/wykonać toalety krocza, nie jest samodzielny w wykonywaniu czynności higienicznych/samoobsługowych lub zapisane co najmniej 3 czynności typu: kąpiel, golenie, mycie włosów, zmiana bielizny osobistej/dolnych części odzieży, obcinanie paznokci, mycie stóp						
5	ma obniżony nastrój, brakuje mu aktywności zawodowej/tęskni za pracą, obawia się o przyszłość/o pracę/o zabezpieczenie finansowe, zostawiła go dziewczyna, czuje się samotny/brakuje mu spotkań towarzyskich/z kolegami, pali papierosy <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 3 problemy</i>						
6	nie może realizować dotychczasowych zainteresowań/wycieczek rowerowych/spotkań z kolegami, ma poczucie uzależnienia od pomocy innych osób, utracił motywację do usprawniania/rehabilitacji <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 2 problemy</i>						

Potrzeby osoby podopiecznej - zapisane (niekoniecznie w identycznym brzmieniu, pod warunkiem poprawności merytorycznej):

7	zapobiegania odleżynom/ochrony przed odleżynami/stosowania udogodnień przeciwodleżynowych/poduszki/materaca przeciwodleżynowego/pielęgnacji skóry/wykonywania toalety przeciwodleżynowej, czystości/higieny/dbałości o wygląd, wydalania/zmiany pieluchomajtek, pomocy w czynnościach higienicznych/samoobsługowych/podczas kąpieli/golenia/mycia włosów/wykonywania toalety krocza/obcinania paznokci, pomocy podczas zmiany bielizny osobistej/dolnych części odzieży <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 3 potrzeby</i>						
---	--	--	--	--	--	--	--

		Numer stanowiska							
8	opieki, bezpieczeństwa, zdrowia, konsultacji lekarza rodzinnego/neurologa/lekarza rehabilitacji medycznej/rehabilitacji neurologicznej/fizjoterapeuty/ortopedy/leczenia zespołu cieśni nadgarstka <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 2 potrzeby</i>								
9	samodzielności, ruchu/aktywności fizycznej/rehabilitacji/usprawniania, pomocy w przemieszczaniu się z łóżka na wózek inwalidzki i z wózka na łóżko, pomocy/asystowania podczas przemieszczania się na zewnątrz budynku, organizowania transportu na zajęcia rehabilitacyjne, likwidacji barier technicznych/nabycia podnośnika transportowo-kąpielowego/wypełnienia/złożenia wniosku o dofinansowanie zakupu podnośnika transportowo-kąpielowego/pomocy w załatwieniu formalności związanych z dofinansowaniem zakupu podnośnika transportowo-kąpielowego <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 3 potrzeby</i>								
10	kontaktów społecznych/z kolegami/towarzyskich/z grupami wsparcia, organizacji czasu wolnego/realizacji zainteresowań/rozwijania nowych zainteresowań/samorealizacji, opieki psychologicznej/psychoterapii, motywacji do usprawniania, ograniczenia/zaprzestania palenia papierosów, zabezpieczenia finansowego/stabilizacji finansowej/pracy/powrotu do pracy/rehabilitacji zawodowej <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 4 potrzeby</i>								
Rezultat 2: Wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier technicznych w miejscu zamieszkania									
Wpisane/zaznaczone wyłącznie:									
1	w pozycji I. Dane osobowe Wnioskodawcy - Imię i nazwisko: Artur Popiel ; Data i miejsce urodzenia: 15.01.2000 r. Szczecin ; Numer PESEL: 00011502930 ; Numer dowodu osobistego: CYZ 210011 ; Adres zamieszkania: 05-402 Otwock, ul. Żyrardowska 67 m 5 ; Telefon kontaktowy: 501 600 090								
2	w pozycji II. Posiadane przez Wnioskodawcę orzeczenie o stopniu niepełnosprawności: stopień umiarkowany								
3	w pozycji III. Sytuacja zawodowa Wnioskodawcy: rencista								
4	w pozycji IV. Źródła utrzymania Wnioskodawcy: renta okresowa								
5	w pozycji V. Korzystanie Wnioskodawcy z dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. W ciągu ostatnich trzech lat korzystałam/em z dofinansowania ze środków PFRON likwidacji barier technicznych w miejscu zamieszkania: Nie								
6	w pozycji VI. Przedmiot wnioskowanego dofinansowania: podnośnik transportowo-kąpielowy								

		Numer stanowiska							
7	w pozycji VII. Uzasadnienie: usprawni codzienne funkcjonowanie, umożliwi kąpiel w wannie, ułatwi osobom opiekującym się/matce/asystentowi wykonywanie czynności/zabiegów higienicznych/pielęgnacyjno-higienicznych, ułatwi przemieszczanie z łóżka na wózek inwalidzki i z wózka na łóżko, ułatwi prowadzenie ćwiczeń usprawniających/ ruchowych w domu/rehabilitacji ruchowej/aktywizacji ruchowej, umożliwi podnoszenie z materaca leżącego na podłodze <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 2 argumenty (niekoniecznie w identycznym brzmieniu, pod warunkiem poprawności merytorycznej)</i>								
8	w pozycji VIII. Koszt realizacji zadania: Przewidywany koszt zakupu przedmiotu (sprzętu, urządzenia) wynosi: 3700,00 zł								
9	Oświadczam, że przeciętny miesięczny łączny dochód mojej rodziny (netto) w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku we wspólnym gospodarstwie domowym, wynosi: 4470,00 zł , podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, wynosi: 1490,00 zł . Liczba osób w gospodarstwie domowym (łącznie z Wnioskodawcą) wynosi: 3								
10	Data wypełnienia wniosku – data zgodna z datą egzaminu								
Przebieg 1: Mycie kończyn dolnych z obcięciem paznokci osobie podopiecznej leżącej w łóżku <i>Zdający na wykonanie czynności mycia kończyn dolnych z obcięciem paznokci osobie podopiecznej leżącej w łóżku ma przeznaczone 40 minut. Po przekroczeniu 45 minut przewodniczący ZN skieruje do zdającego komunikat „czas minął”, oznaczający zakończenie procesu oceny</i>									
<i>Zdający kolejno:</i>									
1	poinformował osobę podopieczną o zamiarze mycia kończyn dolnych/mycia kończyn dolnych z obcięciem paznokci, zapytał o zgodę na wykonanie czynności <i>Na potrzeby egzaminu kryterium należy uznać za spełnione również, jeżeli zdający poinformuje i zapyta osobę podopieczną o zgodę po umyciu/zdezynfekowaniu rąk</i>								
2	umył higienicznie/zdezynfekował ręce, założył fartuch ochronny i rękawiczki jednorazowe								
3	zdejmął osobie podopiecznej spodnie od piżamy i odwiesił/położył na krzesło/taboret/poręcz łóżka, odsłonił kończynę dolną. Pod całą długość mytej kończyny podłożył ręcznik/podkładał ręcznik pod myte części kończyny, drugą kończynę dolną pozostawił okrytą								
4	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>								
5	umył osobie podopiecznej kończynę dolną namydloną myjką								

		Numer stanowiska						
6	wyczyścił szczoteczką paznokcie mytej kończyny dolnej, osuszył kończynę dolną/osuszał części kończyny dolnej bezpośrednio po ich umyciu, zamarkował obcięcie paznokci nad miską nerkową/na ręczniku jednorazowym, nie markował obcinania paznokci bezpośrednio nad pościelą/nad podłogą <i>Kryterium należy uznać za spełnione również, jeżeli zdający wyczyści/wyszczotkuje paznokcie u stopy po ich obcięciu</i> <i>Kryterium należy uznać za spełnione również, jeżeli zdający obetnie paznokcie po umyciu obu kończyn dolnych</i>							
7	odstłonił drugą kończynę dolną, pod całą długość mytej kończyny podłożył ręcznik/podkładał ręcznik pod myte części kończyny							
8	umył osobie podopiecznej drugą kończynę dolną namydloną myjką							
9	wyczyścił szczoteczką paznokcie drugiej kończyny dolnej, osuszył kończynę/osuszał części kończyny dolnej bezpośrednio po ich umyciu, zamarkował obcięcie paznokci nad miską nerkową/na ręczniku jednorazowym, nie markował obcinania paznokci bezpośrednio nad pościelą/nad podłogą. Założył osobie podopiecznej spodnie od piżamy <i>Kryterium należy uznać za spełnione również, jeżeli zdający wyczyści/wyszczotkuje paznokcie u stopy po ich obcięciu</i>							
10	umieścił ręcznik/ręczniki w koszu/pojemniku z napisem: "Brudna bielizna", umył/oczyścił nożyczki i wypłukał szczoteczkę do paznokci, użyte rękawiczki i myjkę wyrzucił do kosza/pojemnika z napisem: "Odpady zmieszane", zdezynfekował ręce							

Egzaminator

imię i nazwisko

.....

data i czytelny podpis