

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

Symbol kwalifikacji: **SPO.01**

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.

SPO.01-01-24.01-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 zapisz 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

Na podstawie informacji o osobie podopiecznej¹⁾ zawartych w arkuszu egzaminacyjnym dokonaj oceny poziomu samodzielności osoby podopiecznej w wykonywaniu złożonych czynności życia codziennego, według zmodyfikowanej skali Lawtona oraz wypełnij, w imieniu osoby podopiecznej, wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym.

Do opracowania zadania wykorzystaj formularze zamieszczone w arkuszu egzaminacyjnym. Za datę wypełnienia wniosku przyjmij datę egzaminu.

Założ osobie podopiecznej leżącej w łóżku okład ciepły (rozgrzewający) na czyrak znajdujący się na okolicy przedniej przedramienia prawego. Okład wykonaj na fantomie osoby dorosłej traktując go jako osobę podopieczną. Komunikuj się z nią cicho, by nie przeszkadzać innym zdającym.

Przed rozpoczęciem pracy na indywidualnym stanowisku do wykonywania czynności higienicznych, pielęgnacyjnych i opiekuńczych zgłoś, przez podniesienie ręki, przewodniczącemu Zespołu Nadzorującego gotowość do ich wykonania. Po uzyskaniu zgody, przystąp do pracy. Czynności na fantomie wykonaj w czasie nie dłuższym niż 30 minut. Po upływie tego czasu przewodniczący ZN, słowami „czas minął”, poinformuje cię o zakończeniu procesu oceny przez egzaminatora.

Wykorzystaj sprzęt, materiały i środki udostępnione na indywidualnym stanowisku egzaminacyjnym i w magazynie. Po zakończeniu czynności uporządkuj stanowisko pracy. Postępuj zgodnie z procedurami, uwzględniając zasady ergonomii oraz przepisy bezpieczeństwa i higieny pracy.

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

¹⁾ *Dane osoby podopiecznej i informacje o niej są fikcyjne i zostały przygotowane na potrzeby egzaminu*

INFORMACJE O OSOBIE PODOPIECZNEJ

(udostępnione przez osobę podopieczną i uzyskane na podstawie wywiadu i obserwacji)

I. DANE OSOBOWE OSOBY PODOPIECZNEJ	
Imię:	Andrzej
Nazwisko:	Bosak
Data i miejsce urodzenia:	22.10.1985 r. Gdynia
Numer PESEL:	85102270400
Numer dowodu osobistego:	BCY 230200
Adres zamieszkania:	02-495 Warszawa, ul. Wielowiejska 158 m 3
Telefon:	804 203 000
E-mail:	andre@onet.pl
II. SYTUACJA RODZINNA I MIESZKANIOWA OSOBY PODOPIECZNEJ	
<p>Podopieczny mieszka z matką w kamienicy wielorodzinnej, ojciec wiele lat temu zginął w wypadku samochodowym. W mieszkaniu zajmuje osobny pokój. Nie założył własnej rodziny. Ma brata, mieszkającego z żoną i dziećmi w odległym mieście, z którym jest bardzo związany; w każdy piątek wieczorem dzwoni do niego, pisze SMS-y. Rok temu matka podopiecznego przeżyła operację jelita grubego. Obecnie jest w trakcie chemioterapii i nie radzi sobie z codzienną opieką nad synem. Zgłosiła do miejskiego ośrodka pomocy społecznej potrzebę przyznania dla syna usług asystenta osoby niepełnosprawnej w godzinach popołudniowych. Usługi zostały przyznane w wymiarze 40 godzin w miesiącu.</p>	
III. SYTUACJA MATERIALNA OSOBY PODOPIECZNEJ	
<p>Źródłami utrzymania rodziny są (miesięcznie):</p> <ul style="list-style-type: none">- renta podopiecznego - 1350,00 zł netto,- renta matki podopiecznego - 1840,00 zł netto. <p>Świadczenia w tej wysokości wypłacane są od 6 miesięcy, regularnie co miesiąc.</p>	
IV. SYTUACJA ZDROWOTNA I SPOŁECZNA OSOBY PODOPIECZNEJ	
<p>Podopieczny zachorował na schizofrenię paranoidalną w wieku 24 lat. Ukończył technikum fototechniczne, przez kilka lat pracował w studiu fotograficznym. Obecnie przebywa na rencie z tytułu całkowitej niezdolności do pracy. Ma orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności wydane na okres 3 lat. Jest pod stałą opieką poradni zdrowia psychicznego, ale nie zawsze przestrzega terminów konsultacji lekarskich. Nie akceptuje złeczonej farmakoterapii. Nie stosuje się do wskazań lekarza psychiatry dotyczących dawkowania i godzin przyjmowania leków, dlatego leki przygotowuje i podaje panu Andrzejowi matka. Podopieczny wymaga ścisłego nadzoru przy ich przyjmowaniu, ponieważ chowa leki pod językiem, a potem je wypluwa.</p> <p>Pan Andrzej jest spowolniały psychoruchowo, nie dba o wygląd zewnętrzny, nie zawsze myje zęby. Z powodu wzmożonego napięcia mięśniowego, drżenia rąk i ruchów mimowolnych kończyn, które są objawami parkinsonizmu polekowego, podopieczny potrzebuje pomocy przy goleniu się i przygotowywaniu posiłków. Pranie robi matka, ponieważ pan Andrzej nie umie pracować ręcznie, a pralki automatycznej nie potrafi obsługiwać. Samodzielnie ścieli tapczan, ubiera się i zmienia bieliznę osobistą. Wychodzi do pobliskiego kiosku po papierosy oraz czasopisma i komiksy, ale przy zakupach artykułów spożywczych, chemii gospodarczej i odzieży wymaga pomocy drugiej osoby. Podopieczny z własnej inicjatywy nie podejmuje zajęć typu sprzątanie, ale z pomocą innej osoby potrafi uporządkować własny pokój, wytrzeć kurze, umyć umywalkę i WC.</p> <p>Od dwóch lat pan Andrzej jest uczestnikiem środowiskowego domu samopomocy mieszczącego się w sąsiedniej dzielnicy. Codziennie samodzielnie dojeżdża autobusem do placówki. Chętnie uczestniczy</p>	

w organizowanych tam zajęciach w pracowni komputerowej, imprezach okolicznościowych i wycieczkach. Raz w tygodniu chodzi z grupą na pływalnię. Chciałby wyjechać z uczestnikami ŚDS na turnus rehabilitacyjny, wniosek lekarza o skierowanie na turnus już otrzymał. Potrzebuje pomocy przy skompletowaniu dokumentacji niezbędnej do złożenia wniosku o dofinansowanie uczestnictwa w turnusie. Dotychczas nie korzystał z dofinansowania ze środków PFRON do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym.

Pieniędźmi w rodzinie zarządza matka, dokonuje opłat za czynsz i media, wykupuje leki. Pan Andrzej nie interesuje się budżetem domowym, nie zna aktualnych cen. Część renty, którą otrzymuje co miesiąc od matki na własne potrzeby przeznacza na zakup napojów energetycznych, słodczy i papierosów. Kupuje komiksy i czasopisma astrologiczne, które przegląda pobieżnie, nie czyta i oddaje sąsiadowi. Często nie wystarcza mu pieniędzy na zakup biletu miesięcznego czy fryzjera, pożycza pieniądze i nie pamięta o zwrocie długu.

Podczas wczorajszej wizyty w poradni rodzinnej lekarz rozpoznał u podopiecznego infekcję dróg moczowych oraz czyrak na okolicy przedniej przedramienia prawego. Zlecił przyjmowanie antybiotyku, wykonywanie na czyrak okładów ciepłych i trzydniowe leżenie w łóżku.

Czas przeznaczony na wykonanie zadania wynosi 120 minut.

Ocenie będą podlegać 2 rezultaty:

- karta oceny poziomu samodzielności osoby podopiecznej w wykonywaniu złożonych czynności życia codziennego, według zmodyfikowanej skali Lawtona,
- wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

oraz

przebieg założenia osobie podopiecznej leżącej w łóżku okładu ciepłego (rozgrzewającego) na czyrak znajdujący się na okolicy przedniej przedramienia prawego.

**Karta oceny poziomu samodzielności osoby podopiecznej
w wykonywaniu złożonych czynności życia codziennego, według zmodyfikowanej skali Lawtona**

Lp.	Imię i nazwisko osoby podopiecznej:	Liczba punktów*
1.	Czy potrafi posługiwać się telefonem? 3 = bez pomocy 2 = z pomocą 1 = zupełnie nie jest w stanie	
2.	Czy jest w stanie dotrzeć do miejsc znacznie oddalonych od miejsca zamieszkania? 3 = bez pomocy 2 = z pomocą 1 = zupełnie nie jest w stanie podróżować, dopóki nie poczyni się specjalnych przygotowań	
3.	Czy jest w stanie zrobić zakupy artykułów spożywczych w pobliskim sklepie? 3 = bez pomocy 2 = z pomocą 1 = zupełnie nie jest w stanie	
4.	Czy samodzielnie przygotowuje sobie posiłki? 3 = bez pomocy 2 = z pomocą 1 = zupełnie nie jest w stanie	
5.	Czy samodzielnie wykonuje czynności domowe, np. sprzątanie? 3 = bez pomocy 2 = z pomocą 1 = zupełnie nie jest w stanie	
6.	Czy samodzielnie pierze swoje rzeczy? 3 = bez pomocy 2 = z pomocą 1 = zupełnie nie jest w stanie	
7.	Czy samodzielnie przygotowuje i przyjmuje leki? 3 = bez pomocy 2 = z pomocą 1 = zupełnie nie jest w stanie	
8.	Czy samodzielnie gospodaruje pieniędzmi? 3 = bez pomocy 2 = z pomocą 1 = zupełnie nie jest w stanie	
	Uzyskana liczba punktów razem**:	

*należy wpisać liczbę punktów na podstawie dokonanej oceny

**należy wpisać sumę uzyskanych punktów w poz. 1-8.

**Wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji
Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym**
(formularz wniosku został przygotowany na potrzeby przeprowadzenia egzaminu)

DANE WNIOSKODAWCY	
Imię i nazwisko:	
Data i miejsce urodzenia:	
Numer PESEL:	
Numer dowodu osobistego:	
Adres zamieszkania:	
Telefon kontaktowy:	
E-mail:	
I. POSIADANE ORZECZENIE*	
o stopniu niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> Znacznym <input type="checkbox"/> Umiarkowanym <input type="checkbox"/> Lekkim
o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III
o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia	<input type="checkbox"/>
II. ORZECZENIE WYDANO*	
<input type="checkbox"/> Na czas określony	<input type="checkbox"/> Na stałe
III. POSIADANIE WNIOSKU LEKARZA O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY*	
<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
IV. KORZYSTANIE Z DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON UCZESTNICTWA W TURNUSIE REHABILITACYJNYM*	
<input type="checkbox"/> Tak (podać rok)	<input type="checkbox"/> Nie
V. ZATRUDNIENIE W ZAKŁADZIE PRACY CHRONIONEJ*	
<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
VI. UCZESTNICTWO W ZAJĘCIACH*	
<input type="checkbox"/> warsztat terapii zajęciowej	
<input type="checkbox"/> środowiskowy dom samopomocy	
VII. OŚWIADCZENIE	
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: a podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:.....	

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz, że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia**
Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922).

.....
(data)

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
(czytelny podpis Wnioskodawcy)

* należy wstawić znak X we właściwe pole

** dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne