

**EGZAMIN ZAWODOWY
Rok 2024
ZASADY OCENIANIA**

*Arkusz zawiera informacje prawnie chronione
do momentu rozpoczęcia egzaminu*

Nazwa kwalifikacji: **Udzielanie pomocy i organizacja wsparcia osobie niepełnosprawnej**
 Oznaczenie arkusza: **SPO.01-01-24.01-SG**
 Symbol 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

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

Rezultat 1: Karta oceny poziomu samodzielności osoby podopiecznej w wykonywaniu złożonych czynności życia codziennego, według zmodyfikowanej skali Lawtona

Liczba punktów - wpisane:

1	Czy potrafi posługiwać się telefonem? 3						
2	Czy jest w stanie dotrzeć do miejsc znacznie oddalonych od miejsca zamieszkania? 3						
3	Czy jest w stanie zrobić zakupy artykułów spożywczych w pobliskim sklepie? 2						
4	Czy samodzielnie przygotowuje sobie posiłki? 2						
5	Czy samodzielnie wykonuje czynności domowe, np. sprzątanie? 2						
6	Czy samodzielnie pierze swoje rzeczy? 1						
7	Czy samodzielnie przygotowuje i przyjmuje leki? 1						
8	Czy samodzielnie gospodaruje pieniędzmi? 1						

Numer
stanowiska

Rezultat 2: Wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

1	Dane Wnioskodawcy – wpisane: Imię i nazwisko: Andrzej Bosak ; Data i miejsce urodzenia: 22.10.1985 r. Gdynia ; Numer PESEL: 85102270400 ; Numer dowodu osobistego: BCY 230200						
2	Dane Wnioskodawcy – wpisane: Adres zamieszkania: 02-495 Warszawa, ul. Wielowiejska 158 m 3 ; Telefon kontaktowy: 804 203 000 ; E-mail: andre@onet.pl						
3	w pozycji I. Posiadane orzeczenie – zaznaczone wyłącznie: o stopniu niepełnosprawności: Umiarkowanym						
4	w pozycji II. Orzeczenie wydano – zaznaczone wyłącznie: Na czas określony						
5	w pozycji III. Posiadanie wniosku lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny – zaznaczone wyłącznie: Tak						
6	w pozycji IV. Korzystanie z dofinansowania ze środków PFRON uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym – zaznaczone wyłącznie: Nie						
7	w pozycji V. Zatrudnienie w zakładzie pracy chronionej – zaznaczone wyłącznie: Nie						
8	w pozycji VI. Uczestnictwo w zajęciach – zaznaczone wyłącznie: środowiskowy dom samopomocy						
9	w pozycji VII. 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 - wpisane: 3190,00 zł , a podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi - wpisane: 1595,00 zł						
10	Data wypełnienia wniosku – zapisana data zgodna z datą egzaminu						

Numer
stanowiska

Przebieg 1: Założenie osobie podopiecznej leżącej w łóżku okładu ciepłego (rozgrzewającego) na czyrak znajdujący się na okolicy przedniej przedramienia prawego

Zdający na wykonanie czynności założenia okładu ciepłego (rozgrzewającego) na czyrak osobie podopiecznej leżącej w łóżku ma przeznaczone 30 minut. Po przekroczeniu 35 minut przewodniczący ZN skieruje do zdającego komunikat „czas minął”, oznaczający zakończenie procesu oceny

Zdający kolejno:

1	poinformował osobę podopieczną o zamiarze założenia okładu ciepłego (rozgrzewającego) na czyrak i 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 rękawiczki jednorazowe								
3	podłożył ręcznik/podkład jednorazowy pod prawe przedramię osoby podopiecznej								
4	posmarował wazeliną skórę osoby podopiecznej w miejscu z napisem: "CZYRAK"								
5	zmoczył gazik/gaziki w wodzie, odcisnął nadmiar wody, skropił gazik/gaziki 70% alkoholem etylowym								
6	nałożył warstwy okładu w kolejności od skóry: warstwa mokra, ceratka/folia, warstwa sucha tak, by każda następna warstwa była większa od poprzedniej								
7	zamocował warstwy okładu bandażem w sposób uniemożliwiający przesuwanie się okładu, zabezpieczył końcówkę bandaża zapinką/przylepcem/zawiązał kocówki bandaża								
8	poinformował osobę podopieczną o konieczności pozostawienia okładu na 6-8 godzin/zmiany okładu po 6-8 godzinach <i>Kryterium należy uznać za spełnione również, jeżeli zdający wcześniej, w dowolnym momencie przekaze tę informację osobie podopiecznej</i>								
9	nie zamoczył bielizny pościelowej i osobistej osoby podopiecznej								
10	użyte rękawiczki wyrzucił do kosza/pojemnika z napisem: "Odpady zmieszane", zdezynfekował ręce								

Egzaminator

imię i nazwisko

.....

data i czytelny podpis