

*Arkusz zawiera informacje prawnie chronione  
do momentu rozpoczęcia egzaminu*

Nazwa kwalifikacji: **Świadczenie usług opiekuńczych**  
 Oznaczenie arkusza: **SPO.05-01-20.06-SG**  
 Oznaczenie kwalifikacji: **SPO.05**  
 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: Problemy osoby podopiecznej zapisane w Planie opieki nad osobą podopieczną**

Zapisane (niekoniecznie w identycznym brzmieniu, pod warunkiem poprawności merytorycznej):

1	cukrzyca typu 1/cukrzyca insulinozależna, nadciśnienie tętnicze/wahania ciśnienia tętniczego krwi, zawroty głowy/zaburzenia równowagi/częste upadki, wysoki poziom glukozy we krwi <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 3 problemy</i>								
2	amputacja palców prawej stopy/amputacja palców stopy, ból stopy/ból stopy prawej, uraz lewej kończyny górnej/ból, obrzęk, zasinienie lewej kończyny górnej, prawdopodobna konieczność amputacji w obrębie lewej kończyny dolnej <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 2 problemy</i>								
3	nie przestrzega zaleceń dietetycznych/nie przestrzega diety w cukrzycy/błędy żywieniowe								
4	porusza się na wózku inwalidzkim/trudności w samodzielnym poruszaniu się/problem z samodzielnym przemieszczaniem się z łóżka na wózek inwalidzki/z wózka na łóżko								
5	brak systematyczności w wykonywaniu zleconych ćwiczeń rehabilitacyjnych/niechęć do wykonywania zleconych ćwiczeń								
6	trudności/ograniczenia przy wykonywaniu czynności domowych/higienicznych/kąpieli, zmianie bielizny, myciu głowy								
7	sporadyczny kontakt z rodzeństwem/bratem i siostrą/osamotnienie/brak znajomych/brak kontaktów z sąsiadami/społecznych								
8	obniżony nastrój, mała aktywność/mała aktywność fizyczna, większość czasu przebywa w łóżku <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 2 problemy</i>								
9	brak windy w budynku mieszkalnym/mieszkanie na 3 piętrze/trudności lub niemożność wychodzenia z mieszkania								
10	mieszkanie niedostosowane do potrzeb osoby niepełnosprawnej <i>lub zapisane co najmniej 2 informacje</i> typu: wanna w łazience, wąskie futryny w drzwiach/w drzwiach łazienki, brak uchwytów przy sedesie, umywalce								

Numer  
stanowiska


**Rezultat 2: Wykaz działań opiekunki zapisane w Planie opieki nad osobą podopieczną**

Zapisane (niekoniecznie w identycznym brzmieniu, pod warunkiem poprawności merytoryczne):

1	pomoc podczas przechodzenia z łóżka na wózek inwalidzki/z wózka inwalidzkiego na łóżko						
2	pomiar/monitorowanie pomiaru ciśnienia tętniczego krwi/dokumentowanie zmierzonego ciśnienia tętniczego krwi						
3	pomoc podczas korzystania z toalety, obserwacja stanu kończyny dolnej lewej, obserwacja stanu kończyny dolnej prawej, zgłaszanie niepokojących zmian pielęgniarce lub lekarzowi <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 2 działania</i>						
4	nadzór w zakresie przyjmowania leków przepisanych przez lekarza, dowożenie na wizyty lekarskie/ organizowanie konsultacji lekarskich/ konsultacja z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej/rodzinnym, diabetologiem, chirurgiem, kardiologiem <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 2 działania</i>						
5	pomoc w wykonywaniu/kontrola wykonywania ćwiczeń zleconych przez rehabilitanta/mobilizowanie podopiecznej do systematycznych ćwiczeń						
6	rozmowa/edukacja na temat konieczności przestrzegania diety/cukrzycowej/z ograniczeniem soli/wdrażenie do przestrzegania zaleceń dietetycznych, planowanie zakupów, przygotowanie/dostarczanie ciepłych posiłków, pomoc/kontrola monitorowania pomiaru poziomu cukru przez osobę podopieczną <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 2 działania</i>						
7	pomoc w wypełnieniu/złożeniu wniosku o dofinansowanie do likwidacji barier architektonicznych dla osób niepełnosprawnych/o dofinansowanie w celu dostosowania mieszkania do potrzeb osoby niepełnosprawnej						
8	pomoc w organizowaniu czasu wolnego, zakup prasy, krzyżówek, wypożyczanie książek, wypożyczanie/ zakup płyt z muzyką klasyczną, proponowanie zajęć z uwzględnieniem zainteresowań osoby podopiecznej, prowadzenie rozmów wspierających, nawiązanie kontaktu z rodziną, nawiązanie kontaktu z grupami wsparcia dla osób po amputacjach/osób niepełnosprawnych ruchowo, nawiązanie kontaktu z sąsiadami <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 3 działania</i>						
9	pomoc podczas kąpieli, podczas zmiany bielizny osobistej, zmiana bielizny pościelowej <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 2 działania</i>						
10	wykonywanie czynności porządkowych w mieszkaniu, opłacanie rachunków, załatwianie spraw w urzędach, robienie zakupów, realizacja recept, mobilizacja osoby podopiecznej do prania/pranie odzieży, aktywizacja osoby podopiecznej/motywowanie osoby podopiecznej do wykonywania drobnych czynności porządkowych, mobilizowanie do udziału w przygotowaniu posiłków <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 2 działania</i>						

Numer  
stanowiska


**Przebieg 1: Zmiana koszuli nocnej osobie podopiecznej leżącej w łóżku**

*Uwaga: Zdający na wykonanie zmiany koszuli nocnej i przemieszczanie osoby podopiecznej z łóżka na wózek inwalidzki ma przeznaczone 50 min. Po przekroczeniu czasu przewodniczący ZN skieruje do zdającego komunikat "czas minął" oznaczający zakończenie procesu oceny*

Zdający:

1	poinformował osobę podopieczną o planowanej zmianie koszuli nocnej, zapytał o zgodę na wykonanie czynności								
2	umył higienicznie/zdezynfekował ręce przed wykonaniem czynności								
3	założył rękawiczki jednorazowe i fartuch foliowy ochronny								
4	uniósł pośladki osoby podopiecznej/ułożył na boku i podsunął koszulę ku górze, odpiął guziki/rozwiązał troki od koszuli <i>Kryterium należy uznać za spełnione również, jeżeli zdający najpierw rozepnie guziki/rozwiąże troki</i>								
5	zdział koszulę nocną zaczynając od prawej kończyny górnej								
6	wrzucił zdjętą koszulę do kosza na brudną bieliznę								
7	założył czystą koszulę nocną zaczynając od lewej kończyny górnej								
8	zapiął guziki/zawiązał troki w czystej koszuli nocnej								
9	nie obnażał osoby podopiecznej przy zmianie koszuli nocnej/zapewniał poszanowanie intymności osobie podopiecznej								
10	fartuch ochronny wrzucił do kosza <i>Kryterium należy uznać za spełnione również, jeżeli zdający fartuch wyrzucił po przemieszczeniu osoby podopiecznej na wózek inwalidzki</i>								

Numer  
stanowiska


**Przebieg 2: Przemieszczanie osoby podopiecznej z łóżka na wózek inwalidzki**

Zdający:

1	poinformował osobę podopieczną o zamiarze przesadzenia na wózek inwalidzki, zapytał o zgodę na wykonanie czynności <i>Kryterium należy uznać za spełnione również, jeżeli zdający wcześniej przekazał te informacje i zapytał o zgodę na wykonanie czynności</i>						
2	umieścił wózek inwalidzki obok łóżka						
3	zablokował koła wózka hamulcami, rozsunął podnóżki na boki/uniósł podnóżki wózka						
4	posadził osobę podopieczną na brzegu łóżka ze spuszczonej nogami						
5	stał twarzą do osoby podopiecznej, założył ręce osoby podopiecznej na swoje barki/biodra/łopatki. Dokonał pionizacji osoby podopiecznej <i>Kryterium należy uznać za spełnione również, jeżeli na skutek bezwładności fantomu kończyny górne opadną UWAGA! Kryterium <b>nie należy</b> uznawać za spełnione, jeżeli zdający podczas pionizacji ciągnął osobę podopieczną za kończyny górne</i>						
6	ruchem obrotowym przemieścił osobę podopieczną w stronę wózka inwalidzkiego. Posadził osobę podopieczną na siedzisku wózka						
7	zapewnił osobie podopiecznej stabilne oparcie pleców, ustawił jej stopy na podnóżkach wózka <i>Kryterium należy uznać za spełnione również, gdy podczas sadzania osoby podopiecznej na wózek, ze względu na konstrukcję fantomu, plecy i stopy będą bezwładnie opadać</i>						
8	kończyny górne osoby podopiecznej ułożył na podłokietnikach/na kolanach, zapytał osobę podopieczną o wygodę <i>Kryterium należy uznać za spełnione również, jeżeli na skutek bezwładności fantomu kończyny górne spadną z podłokietnika na kolana</i>						
9	w czasie przesadzania z łóżka na wózek dbał o bezpieczeństwo osoby podopiecznej						
10	rękawiczki wrzucił do kosza, zdezynfekował ręce						

Egzaminator .....

*imię i nazwisko*

.....

*data i czytelny podpis*