

Nazwa kwalifikacji: **Wykonywanie i naprawa pomocy wzrokowych**  
Oznaczenie kwalifikacji: **M.30**  
Numer zadania: **01**

Wypełnia zdający

Miejsce na naklejkę z numerem  
PESEL i z kodem ośrodka

Numer PESEL zdającego\*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**M.30-01-19.01**

Czas trwania egzaminu: **180 minut**

**EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE**  
**Rok 2019**  
**CZEŚĆ PRAKTYCZNA**

**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** przekaz zespołowi nadzorującemu.
4. Sprawdź, czy arkusz egzaminacyjny zawiera 4 strony 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 zapisze 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

Wykonaj pomoc wzrokową dla klienta, który zgłosił się do zakładu optycznego z receptą i własnym zestawem sześciu soczewek okularowych CR39 UTR, które znajdują się na stanowisku egzaminacyjnym w nieopisanych kopertach.

Klient po konsultacji z asystentem sprzedaży wybrał oprawę okularową zgodną z opisem w tabeli.

Oblicz parametry niezbędne do wykonania pomocy wzrokowej. Wybierz soczewki zgodne z receptą okularową. Zapisz zlecenie wybranych szkieł w cylindrze ujemnym.

W celu weryfikacji wybranych szkieł transponuj zapis mocy i osi szkieł na zapis dwucylindryczny i porównaj z wynikami pomiarów z frontofokometru. Wykonaj okulary korekcyjne, uwzględniając wykonane obliczenia. Określ rodzaj soczewki opisanej symbolem przedstawionym w zadaniu oraz korygowaną wadę wzroku. Po wykonaniu zadania uporządkuj stanowisko pracy.

Podczas pracy przestrzegaj przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy, kolejności procesów technologicznych i organizacji pracy.

### Dane opisujące oprawę w zapisie skrzynkowym

1.	Półramkowa o wymiarach <b>51 □ 17 / 140</b> i wysokości tarczy 35 mm.
2.	Pomiar horyzontalny rozstawu źrenic wykazał dla oka prawego 29,5 mm, a dla oka lewego 28 mm.
3.	Pomiar w pionie wykazał, że źrenice znajdują się na wysokości od dolnej krawędzi oprawy: 19,5 mm dla oka prawego oraz 20,5 mm dla oka lewego.

### Recepta okularowa

Imię i nazwisko:						
	Sfera	Cylinder	Oś	Pryzma	Baza	PD
Dal	-3,00 dpd	+1,25 dpd	20°			29,5
	-2,50 dpd	+1,50 dpd	150°			28
Bliź						

**Czas przeznaczony na wykonanie zadania wynosi 180 minut.**

**Ocenię będą podlegać 4 rezultaty:**

- wymiary oprawy,
- obliczenia,
- parametry soczewek,
- okulary korekcyjne

oraz

przebieg wykonania okularów korekcyjnych.

**Tabela 1. Wymiary oprawy (w systemie skrzynkowym)**

Rodzaj oprawy: .....

Szerokość tarczy: .....

Wysokość tarczy : .....

Długość zausznika: .....

Odległość między soczewkami: .....

Odległość między środkami skrzynek: .....

Największy wymiar tarczy oprawy (zmierzony z oprawy): .....

**Tabela 2. Obliczenia**

**Zapis zlecenia wybranych szkielec w cylindrze ujemnym:**

OP: .....

OL: .....

**Zapis dwucylindryczny:**

OP: .....

OL: .....

**Obliczenie decentracji:**

Decentracja pozioma dla oka prawego: .....

Decentracja pionowa dla oka prawego: .....

Decentracja pozioma dla oka lewego: .....

Decentracja pionowa dla oka lewego: .....

Decentracja wypadkowa dla oka prawego: .....

Decentracja wypadkowa dla oka lewego: .....

**Minimalna średnica soczewki prawej:**

OP: .....

**Minimalna średnica soczewki lewej:**

OL: .....

### Tabela 3. Parametry soczewek

#### Wybór soczewki

OP: .....  
.....

OL: .....  
.....

#### Określenie krygowanej wady wzroku

OP: .....  
.....

OL: .....  
.....

