

Nazwa kwalifikacji: **Wykonywanie świadczeń stomatologicznych z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia jamy ustnej oraz współuczestniczenie w procesie leczenia**

Symbol kwalifikacji: **MED.02**

Numer zadania: **01**

Wersja arkusza: **SG**

Wypełnia zdający

Numer PESEL zdającego*

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

Numer stanowiska

--	--	--

Miejsce na naklejkę z numerem
PESEL i z kodem ośrodka

Czas trwania egzaminu: **150** minut

MED.02-01-26.06-SG

EGZAMIN ZAWODOWY

Rok 2026

CZĘŚĆ PRAKTYCZNA

**PODSTAWA PROGRAMOWA
2019**

Instrukcja dla zdającego

1. Na pierwszej stronie arkusza egzaminacyjnego wpisz w oznaczonym miejscu swój numer PESEL*, numer stanowiska i naklej naklejkę** z numerem PESEL i z kodem ośrodka.
2. Sprawdź, czy arkusz egzaminacyjny zawiera 6 stron i nie zawiera błędów. Ewentualny brak stron lub inne usterki zgłoś przez podniesienie ręki przewodniczącemu zespołu nadzorującego.
3. Zapoznaj się z treścią zadania oraz stanowiskiem egzaminacyjnym. Masz na to 10 minut. Czas ten nie jest wliczany do czasu trwania egzaminu.
4. Czas rozpoczęcia i zakończenia pracy zapisze w widocznym miejscu przewodniczący zespołu nadzorującego.
5. Wykonaj samodzielnie zadanie egzaminacyjne. Przestrzegaj zasad bezpieczeństwa i organizacji pracy.
6. 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.
7. Po zakończeniu wykonania zadania pozostaw rezultaty jego wykonania oraz arkusz egzaminacyjny na swoim stanowisku lub w miejscu wskazanym przez przewodniczącego zespołu nadzorującego.
8. 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

** w przypadku otrzymania naklejki

Zadanie egzaminacyjne

Na podstawie informacji zawartych w *Karcie pacjenta* przygotuj stanowisko pracy do pobrania wycisku anatomicznego żuchwy.

Model zębowy zamontowany w zwieraku, wanienska dezynfekcyjna na narzędzia duże, woda do przygotowania masy wyciskowej oraz pojemniki na odpady medyczne zakaźne i medyczne inne niż niebezpieczne znajdują się na stanowisku pracy.

Uwaga – Gotowość do wykonania zabiegu zgłoś przez podniesienie ręki. Po uzyskaniu zgody Przewodniczącego ZN w obecności egzaminatora przygotuj masę i pobierz wycisk.

Uwolnioną z modelu łyżkę z pobranym wyciskiem zostaw na stanowisku pracy.

Czynności wynikające ze zlecenia lekarza udokumentuj w *Karcie pacjenta*.

Wypełnij formularze: *Zalecane ćwiczenia mięśniowe dla pacjenta z tyłozgryzem i Zlecenie na badanie biologicznej kontroli skuteczności procesu sterylizacji w autoklawie parowym dla programu uniwersalnego.*

Jako osoba wykonująca zabieg i sporządzająca dokumentację, podpisuj się Małgorzata Bednarek. Za datę zabiegu przyjmij datę egzaminu.

Wszystkie formularze do wypełnienia znajdują się w arkuszu egzaminacyjnym.

Uporządkuj stanowisko pracy, a następnie przeprowadź instruktaż szczotkowania zębów metodą Fonesa na modelu zębowym.

Uwaga - Gotowość do wykonania instruktażu szczotkowania zgłoś przez podniesienie ręki. Po uzyskaniu zgody Przewodniczącego ZN w obecności egzaminatora zademonstruj metodę szczotkowania.

Podczas wykonywania zadania przestrzegaj zasad bezpieczeństwa, higieny i ergonomii pracy oraz ochrony środowiska.

Czas przeznaczony na wykonanie zadania wynosi 150 minut.

Ocenie podlegać będzie 6 rezultatów:

- stanowisko przygotowane do pracy,
- karta pacjenta,
- wskaźnik puw_p dla wszystkich zębów,
- zalecane ćwiczenia mięśniowe dla pacjenta z tyłozgryzem,
- zlecenie na badanie biologicznej kontroli skuteczności procesu sterylizacji,
- uporządkowane stanowisko pracy

oraz

przebieg pobrania wycisku anatomicznego dolnego i instruktaż szczotkowania zębów metodą Fonesa.

KARTA PACJENTA

ORTOPRIM
SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA ORTODONTYCZNA

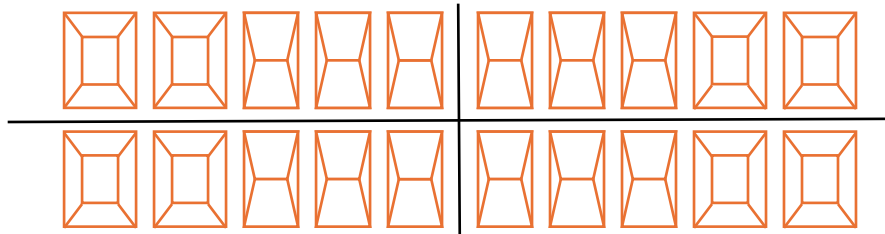
ul. Tyska 27A
40-555 Katowice

Imię i nazwisko pacjenta: **Agata Misiol**

Wiek: **5 lat**

Miejsce zamieszkania: **ul. Krakowska 8/10**
41-800 Zabrze

Diagram zębowy



LEGENDA:

C próchnica
W wypełnienie
– brak zęba

DATA	ZĄB	ROZPOZNANIE, ZABIEGI, ZALECENIA	PODPIS
11.05.2026 r.	00	<i>Badanie stomatologiczne, konsultacja ortodontyczna, tyłozgryz częściowy, zgryz krzyżowy w okolicy zęba 52</i> <i>strona prawa I klasa Bauma</i> <i>strona lewa II klasa Bauma</i> 	
	55	<i>próchnica średnia, powierzchnia mezjalna, wypełnienie powierzchnia okluzyjna</i>	
	54	<i>próchnica średnia, powierzchnia dystalna, wypełnienie powierzchnia okluzyjna</i>	
	53	<i>zdrowy</i>	
	52	<i>zdrowy</i>	
	51	<i>próchnica powierzchowna, powierzchnia mezjalna</i>	
	61	<i>próchnica powierzchowna, powierzchnia mezjalna</i>	
	62	<i>zdrowy</i>	
	63	<i>zdrowy</i>	
	64	<i>wypełnienie, powierzchnia okluzyjna</i>	
	65	<i>wypełnienie, powierzchnia mezjalna</i>	
	75	<i>zdrowy</i>	
	74	<i>usunięty z powodu próchnicy</i>	
	73	<i>zdrowy</i>	
	72	<i>zdrowy</i>	
	71	<i>zdrowy</i>	
	81	<i>zdrowy</i>	
	82	<i>zdrowy</i>	
	83	<i>zdrowy</i>	
	84	<i>usunięty z powodu próchnicy</i>	
	85	<i>wypełnienie, powierzchnia okluzyjna i policzkowa</i>	

Dr n. med.
Agnieszka Otręba

		Zlecenia dla higienistki stomatologicznej: – uzupełnić diagram zębowy – obliczyć wskaźnik puw_p – pobrać wycisk anatomiczny w celu wykonania dolnego utrzymywacza przestrzeni – przekazać pacjentce i opiekunowi w formie pisemnej propozycje ćwiczeń mięśniowych stosowanych przy tyłozgryzie – przeprowadzić instruktaż szczotkowania zębów metodą Fonesa	
			Higienistka stomatologiczna

Wskaźnik puw_p dla wszystkich zębów	
1. Wartość liczbową powierzchni zębów z p : 2. Wartość liczbową powierzchni zębów u : 3. Wartość liczbową powierzchni zębów z w :	Obliczona wartość wskaźnika $puw_p = \dots\dots\dots$

Zalecane ćwiczenia mięśniowe dla pacjenta z tyłozgryzem (minimum 4)
.....

Zlecenie na badanie biologicznej kontroli skuteczności procesu sterylizacji

1. Dane Zleceńodawcy (nazwa):

.....

2. Miejsce użytkowania autoklawu (adres):

3. Cel badania: *

☐ okresowe badanie autoklawu

☐ przed włączeniem do eksploatacji

☐ po naprawie

☐ inny (wpisać powód badania):

4. Rodzaj prowadzonej działalności: gabinet stomatologiczny /ginekologiczny / kosmetyczny / tatuażu / sterylizatornia / zmywalnia**

5. Rodzaj autoklawu – typ, nazwa:

6. Data i godzina sterylizacji:

7. Parametry procesu sterylizacji:

– temperatura°C

– czas sterylizacji..... minuty

– ciśnienie ☐ atm ☐ bar ☐ kPa ☐ MPa*

8. Rodzaj wskaźnika biologicznego: *

☐ Sporal A

☐ Sporal S

9. Rozmieszczenie wskaźników w komorze autoklawu: *

wskaźnik biologiczny	góra	środek	dół
nr 1			
nr 2			

Data, podpis osoby obsługującej autoklaw:

*właściwe zaznaczyć X

**właściwe podkreślić

PARAMETRY TECHNICZNE AUTOKLAWU VACUKLAV 24 B +

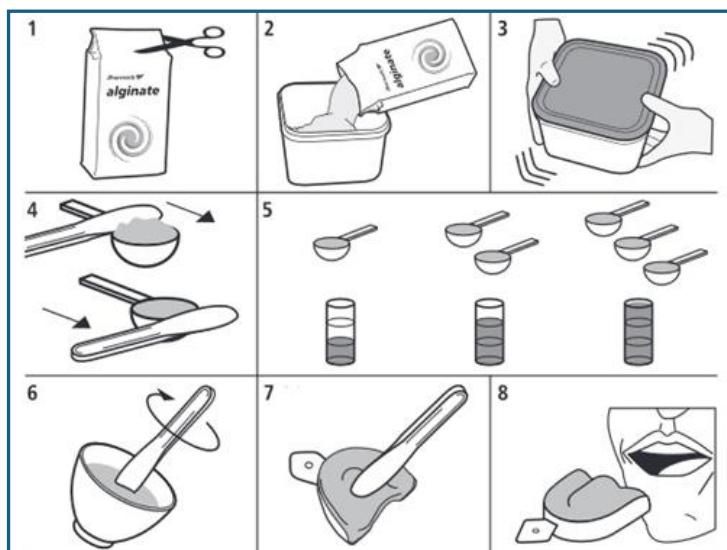
Program	Temperatura (°C)	Ciśnienie (bar)	Czas sterylizacji (min)	Czas suszenia (min)
Program uniwersalny	134	2,1	5' 30"	20
Program szybki B	134	2,1	5' 30"	10
Program szybki S	134	2,1	3' 30"	5
Program ochronny	121	1,1	20' 30"	20
Program Prion	134	2,1	20' 30"	20
Model	Zasilanie/Moc	Rozmiar komory (mm)	Wymiary zewnętrzne (mm)	
VACUKLAV 24 B +	230 V/2100 W	250 x 450	490 x 420 x 700	

Ulotka masy alginatowej

Szybkowiązący alginat chromatyczny do pobierania wycisków. Krótki czas wiązania (60") minimalizuje dyskomfort pacjenta

Sposób użycia:

Przed rozpoczęciem pracy wstrząsnąć szczelnie zamkniętym pojemnikiem



Wymieszać energicznie proszek z wodą