

Nazwa kwalifikacji: **Świadczenie usług medycznych w zakresie ortoptyki**  
Symbol kwalifikacji: **MED.04**  
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.

MED.04-01-24.06-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. Sprawdź, czy arkusz egzaminacyjny zawiera 9 stron i nie zawiera błędów. Ewentualny brak stron lub inne usterki zgłoś przez podniesienie ręki przewodniczącemu zespołu nadzorującego.
4. Zapoznaj się z treścią zadania oraz stanowiskiem egzaminacyjnym. Masz na to 10 minut. Czas ten nie jest wliczany do czasu trwania egzaminu.
5. Czas rozpoczęcia i zakończenia pracy zapisze w widocznym miejscu przewodniczący zespołu nadzorującego.
6. Wykonaj samodzielnie zadanie egzaminacyjne. Przestrzegaj zasad bezpieczeństwa i organizacji pracy.
7. Po zakończeniu wykonania zadania pozostaw arkusz egzaminacyjny z rezultatami oraz KARTĘ OCENY 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

## Zadanie egzaminacyjne

### Opis przypadku Klary Kamińskiej

Do gabinetu ortoptycznego zgłosił się rodzic z 8-letnią dziewczynką. Klara została skierowana na badania okulistyczne i ortoptyczne z Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej. Dziewczynka wykazuje trudności w nauce szkolnej. W karcie informacyjnej z Poradni zapisano, że problemy dotyczą percepcji wzrokowej, pamięci wzrokowej i koordynacji wzrokowo – ruchowej. Ogólny stan zdrowia Klary jest dobry. Po badaniu refrakcji lekarz okulista zalecił stałe użytkowanie korekcji okularowej i przekazał skierowanie na ćwiczenia ortoptyczne. Ojciec dziewczynki użytkuje okulary korekcyjne z powodu nadwzroczności.

Na podstawie opisu przypadku Klary Kamińskiej i informacji podanych w *Karcie badania pacjenta* uzupełnij *Kartę badania pacjenta*, wpisując w miejsca zaznaczone kropkami i w puste pola brakujące dane. Wypełnij *Kartę planowanego leczenia*, planując proces leczenia zaburzeń stwierdzonych u dziecka.

Oba formularze do wypełnienia znajdują się w arkuszu egzaminacyjnym.

**Czas przeznaczony na wykonanie zadania wynosi 120 minut.**

**Ocenię podlegać będzie 6 rezultatów:**

- Karta badania pacjenta – rozpoznanie i wartości korekcji wady refrakcji,
- Karta badania pacjenta – podstawowe badania ortoptyczne,
- Karta badania pacjenta – badania ortoptyczne: kątów zeza, widzenia obuocznego i korespondencji siatkówkowej,
- Karta badania pacjenta – badania ortoptyczne: amplitudy i sprawności akomodacji,
- Karta planowanego leczenia – cele leczenia i zestaw ćwiczeń przeznaczonych do wykonania w gabinecie ortoptycznym,
- Karta planowanego leczenia – zestaw ćwiczeń zleconych do wykonywania w domu.

## KARTA BADANIA PACJENTA

**Imię i nazwisko:** Klara Kamińska

**Wiek pacjenta:** 8 lat

**Rozpoznanie** (co najmniej 5 elementów rozpoznania):

.....

.....

.....

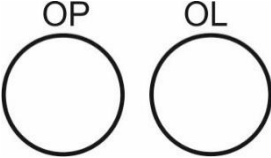
.....

.....

**Wartości korekcji wady refrakcji:**

|    | SPH | CYL | AX | PRYZMAT/BAZA | PD [mm] |
|----|-----|-----|----|--------------|---------|
| OP |     |     |    |              |         |
| OL |     |     |    |              |         |

| <b>Podstawowe badanie ortoptyczne</b> |   |   |  |
|---------------------------------------|---|---|--|
|                                       | Rodzaj badania/ metoda                      | Wynik badania                                 | Rodzaj sprzętu, aparatury i materiałów pomocniczych  |
| 1.                                    | Badanie ostrości wzroku do dali w korekcji  | Visus OP =..... c.c.<br>Visus OL = ..... c.c. | .....<br>.....<br>.....<br>.....   |
| 2.                                    | Badanie ostrości wzroku do bliży w korekcji | Sn OP = ..... c.c.<br>Sn OL = ..... c.c.      | .....<br>.....<br>.....<br>.....   |
| 3.                                    | Badanie fiksacji siatkówkowej               | OP .....<br><br>OL .....                      | .....<br>.....<br><br><i>Wpisz nazwę i stężenie zastosowanego środka</i><br>.....<br>..... |

|   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| 4.  | Badanie wady refrakcji metodą skiaskopii  | Sk OP +3,00 ax 180°/+2,00 ax 90°<br>Sk OL +3,00 ax 180°/+2,50 ax 90°<br>Przedstaw wynik graficznie:  | .....<br>.....<br>Wpisz nazwę i stężenie zastosowanego środka<br>.....<br>..... |
| 5.  | Badanie równowagi mięśniowej metodą<br>.....<br>.....   | CT (...) do dali c.c.<br>CT (...) do bliży c.c.<br>CT (...) do dali s.c.<br>CT (...) do bliży s.c.   | .....<br>.....<br>.....<br>.....  |
| 6.  | Badanie orientacyjne ruchów oczu metodą<br>.....  | <div style="text-align: center;">  </div> <p>Ruchy oczu:<br/>.....<br/>.....<br/>.....</p> <p>Oslabiona płynność ruchów wodzenia wzrokiem za fiksatorem</p> | .....<br>.....<br>.....<br>.....  |
| 7.  | Badanie konwergencji metodą<br>.....<br>.....   | Konwergencja<br>.....<br>PBK= 6 cm   | .....<br>.....<br>.....<br>.....  |
| <b>Badanie ortoptyczne: kątów zeza, widzenia obuocznego i korespondencji siatkówkowej</b> |   |  |   |
| 8.  | Badanie kąta obiektywnego zeza na synoptoforze w korekcji metodą<br>.....<br>.....<br>i z użyciem listwy pryzmatycznej metodą<br>.....<br>.....<br>w korekcji | Synoptofor:<br>Kąt obiektywny = ..... c.c.<br><br>Listwa pryzmatyczna:<br>kąt obiektywny do dali c.c. =<br>.....<br>kąt obiektywny do bliży c.c. =<br>.....  | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....                              |
| 9.  | Badanie kąta subiektywnego na synoptoforze w korekcji   | Kąt subiektywny c.c. = +3°   | .....<br>.....<br>.....<br>.....  |



|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| 13.   | Badanie równowagi sensorycznej i mięśniowej testami słabo i silnie dysocjującymi w korekcji do dali i do bliży | <i>Zapis wyniku słowny lub graficzny</i><br>Test Wortha do dali c.c.:<br><br>Test Wortha do bliży c.c.<br><br>Test Schobera c.c. | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... |
| <b>Badanie ortoptyczne: amplitudy i sprawności akomodacji</b> |  |  |  |
| 14.   | Badanie amplitudy akomodacji metodą .....  | AA OPL = 14 D  | .....<br>.....<br>.....<br>.....                                     |
| 15.   | Badanie sprawności akomodacji z flipperem akomodacyjnym +/- 2,00 Dsph  | SA OPL = 5 .....   | .....<br>.....<br>.....<br>.....                                     |

*Uwaga. Uzupełnij miejsca zaznaczone kropkami i/lub puste pola w Karcie badania pacjenta*

## KARTA PLANOWANEGO LECZENIA

Imię nazwisko: Klara Kamińska

Wiek pacjenta: 8 lat

Cele leczenia (co najmniej 5 celów):

.....

.....

.....

.....

.....

### Zestaw ćwiczeń przeznaczonych do wykonania w gabinecie ortoptycznym

| Lp. | Cel ćwiczeń    | Metoda leczenia/rodzaj ćwiczeń          | Warunki ćwiczeń: <ul style="list-style-type: none"><li>oświetlenie</li><li>odległość: dal/bliż</li><li>jednocześnie/obuocznie</li></ul> | Rodzaj sprzętu, aparatury, pomocy wzrokowych oraz materiałów pomocniczych                               |
|-----|----------------|---|---|---|
| 1.  | .....<br>..... | .....<br>.....<br>.....<br>.....        | .....<br>.....<br>.....<br>.....  | <i>Dopisz co najmniej 3 rodzaje pomocy</i><br><br>Karty fuzyjne<br><br>.....<br>.....<br>.....<br>..... |
| 2.  | .....<br>..... | Ćwiczenia wodzenia wzrokiem za obiektem | .....<br>.....<br>.....<br>.....  | <i>Wpisz co najmniej 3 rodzaje pomocy</i><br><br>.....<br>.....<br>.....<br>.....                       |

|    |                                  |  |                                  |   |
|----|----------------------------------|--|----------------------------------|---|
| 3. | Poprawa widzenia stereoskopowego | .....<br>.....<br>.....<br>.....   | .....<br>.....<br>.....<br>..... | <i>Wpisz co najmniej 2 rodzaje pomocy</i><br>.....<br>.....<br>.....<br>.....                       |
| 4. |                                  | <i>Wymień co najmniej 2 ćwiczenia:</i><br>.....<br>.....<br>.....<br>..... |                                  | <i>Dopisz co najmniej 1 rodzaj pomocy</i><br>Tablice Harta/cyfry, litery<br>.....<br>.....<br>..... |

**Łączny czas trwania ćwiczeń w gabinecie:**

w ciągu dnia ..... godz.

w ciągu tygodnia ..... godz.

**Zestaw ćwiczeń zleconych do wykonania w domu**

| Lp. | Cel ćwiczeń                           | Przykładowe ćwiczenia            | Warunki ćwiczeń:<br>• oświetlenie<br>• odległość: dal/bliż<br>• jednocześnie/obuocznie | Niezbędne pomoce do wykonania ćwiczeń  |
|-----|---------------------------------------|----------------------------------|--|--|
| 1.  | Poprawa percepcji i pamięci wzrokowej | .....<br>.....<br>.....<br>..... | .....<br>.....<br>.....<br>.....   | <i>Dopisz co najmniej 4 rodzaje pomocy</i><br>.....<br>.....<br>.....<br>..... |



