

Nazwa kwalifikacji: **Świadczenie usług opiekuńczych osobie chorej i niesamodzielnej**
Symbol kwalifikacji: **MS.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.

MS.04-01-24.01-SG

EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE

Rok 2024

CZĘŚĆ PRAKTYCZNA

**PODSTAWA PROGRAMOWA
2017**

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** przełącz zespołowi nadzorującemu.
4. Sprawdź, czy arkusz egzaminacyjny zawiera 6 stron 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

Po zapoznaniu się z informacjami o pacjentce sporządź wykaz jej problemów oraz działań opiekuna wynikających z problemów pacjentki. Formularze do wypełnienia zamieszczone są w arkuszu egzaminacyjnym.

Następnie na fantomie osoby dorosłej wykonaj mycie głowy oraz zmianę poszwy na koc pacjentce leżącej w łóżku. Gotowość do wykonania czynności zgłoś przewodniczącemu ZN przez podniesienie ręki. Po uzyskaniu zgody przystąp do wykonania czynności. Materiały, przybory, środki i sprzęt niezbędne do wykonania zadania znajdują się w magazynie i na stanowisku do wykonywania czynności higienicznych i pielęgnacyjnych.

Traktuj fantom jak autentyczną pacjentkę. Wszystkie czynności wykonaj w czasie nie dłuższym niż 45 minut. Po przekroczeniu tego czasu przewodniczący ZN skieruje komunikat *czas minął* oznaczający zakończenie procesu oceny przez egzaminatora.

W indywidualnej karcie pielęgnacji pacjentki potwierdź wykonanie czynności wstawiając w miejscu Podpis XX YY. Wpisane data i godziny powinny odpowiadać stanowi faktycznemu w dniu egzaminu.

Wszystkie czynności wykonaj zgodnie z zasadami i procedurami uwzględniając przepisy bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ergonomię pracy. Po wykonaniu zadania uporządkuj stanowisko pracy.

Arkusz egzaminacyjny pozostaw na stoliku.

Informacje o pacjentce*

78-letnia pani Anna Gut od kilku dni przebywa na oddziale reumatologicznym. Od wielu lat choruje na reumatoidalne zapalenie stawów. U pacjentki występują typowe dla tej choroby obrzęki i zniekształcenia stawów obu rąk, nadgarstków, łokciowych, stóp. Uskarża się na ból, ograniczenie ruchomości zajętych chorobowo stawów i poranną sztywność stawów. Choruje także na nadciśnienie tętnicze z występującymi od pewnego czasu wahaniami ciśnienia tętniczego krwi. Dotychczas poruszała się przy pomocy balkonika. Kilka razy uległa upadkowi. Od wczoraj, ze względu na wystąpienie stanu zapalnego w stawach kolanowych, pacjentka leży w łóżku. Nie jest w stanie samodzielnie wykonywać czynności z zakresu utrzymania higieny osobistej i czynności samoobsługowych oprócz spożywania posiłków i mycia zębów. Wymaga pomocy w krojeniu produktów i potraw. Sama zmienia pozycję ciała. Potrzebę wydalania stolca realizuje w łóżku na basenie. Z wywiadu wynika, że od śmierci męża, pół roku temu, spożywa małe ilości posiłków, schudła. Uskarża się na brak apetytu. Przyjmuje małe ilości płynów. Ze względu na zaleganie moczu w pęcherzu i małej ilości oddawanego moczu pacjentka ma założony cewnik Foleya. Prowadzony jest u niej bilans płynów; w ciągu doby ma ich przyjąć ok. 1,5 l. Jest przygnębiona, czasami płacze. W nocy budzi się, boi się zasnąć. Skarży się na zaburzenia pamięci krótkotrwałej i nudę w szpitalu. Lubi oglądać telewizję, rozwiązywać krzyżówki, czytać książki, czasopisma.

**dane pacjentki i informacje o niej są fikcyjne i zostały przygotowane na potrzeby egzaminu*

Czas przeznaczony na wykonanie zadania wynosi 120 minut.

Ocenię podlegać będą 3 rezultaty:

- wykaz problemów pacjentki,
- wykaz działań opiekuna wynikających z problemów pacjentki,
- indywidualna karta pielęgnacji pacjentki

oraz

przebieg mycia głowy oraz zmiany poszwy na koc pacjentce leżącej w łóżku.

Wykaz problemów pacjentki

Wykaz działań opiekuna wynikających z problemów pacjentki

Wykaz działań opiekuna wynikających z problemów pacjentki

Indywidualna karta pielęgnacji pacjentki

Imię i nazwisko pacjentki:Wiek:lat

Oddział/placówka:

Data wykonywanych czynności.....

Zakres czynności	Godzina	Podpis*	Zakres czynności	Godzina	Podpis*
Mycie zębów			Całkowita zmiana bielizny pościelowej		
Toaleta jamy ustnej			Zmiana podkładu płóciennego		
Golenie zarostu na twarzy			Zmiana prześcieradła		
Mycie kończyn górnych/dolnych			Zmiana poszwy		
Mycie klatki piersiowej			Zmiana poszewek na poduszce/poszewki		
Toaleta krocza			Zakładanie czepca przeciwwszawiczego		
Mycie pleców			Zmiana pieluchomajtek		
Oklepywanie pleców			Wymiana worka stomijnego		
Mycie głowy			Wymiana worka na mocz		
Założenie okładu ciepłego			Podanie basenu/kaczki		
Założenie okładu zimnego			Prześcielenie łóżka		
Zmiana koszuli nocnej			Przesadzanie na wózek inwalidzki		

*W miejscu podpis należy wpisać XX YY