

Nazwa kwalifikacji: **Świadczenie usług medycznych w zakresie ortoptyki**

Oznaczenie kwalifikacji: **MS.10**

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.10-01-21.01-SG

EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE

Rok 2021

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. Sprawdź, czy arkusz egzaminacyjny zawiera 8 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

Do gabinetu ortoptycznego zgłosili się rodzice z 8-letnią dziewczynką. Dziecko jest leczone od momentu wystąpienia zeza (4 lata temu). Pół roku temu dziewczynce wykonano operację zeza zbieżnego oka prawego. Od 4 lat dziecko nosi okulary korygujące wadę wzroku. Przed operacją miało zasłaniane oko i wykonywało ćwiczenia pleoptyczno-ortoptyczne. Obecnie zdiagnozowano obniżenie ostrości widzenia, dziewczynka nadal dyskretnie zezuje okiem prawym. Zlecono kolejne ćwiczenia pleoptyczno-ortoptyczne.

Na podstawie wyników badań diagnostycznych zamieszczonych w *Karcie badania pacjenta* ustal pozostałe wyniki, uzupełniając *Kartę badania pacjenta* oraz zaplanuj i wypełnij – w *Karcie planowanego leczenia* – proces leczenia zaburzeń u dziecka.

Formularze do wypełnienia znajdują się w arkuszu egzaminacyjnym.

Czas przeznaczony na wykonanie zadania wynosi 120 minut.

Ocenię podlegać będzie 5 rezultatów:

- Karta badania pacjenta – rozpoznanie i wartości szkieł korekcyjnych,
- Karta badania pacjenta – podstawowe badania ortoptyczne,
- Karta badania pacjenta – badania ortoptyczne kątów zeza, korespondencji siatkówkowej i obuocznego widzenia,
- Karta planowanego leczenia – cele leczenia, zestaw ćwiczeń do wykonania w gabinecie ortoptycznym,
- Karta planowanego leczenia – zestaw ćwiczeń zleconych do wykonywania w domu.

Karta badania pacjenta

Imię i nazwisko: Jagoda Nowak

Wiek pacjenta: 8 lat


Rozpoznanie (co najmniej 5 elementów składowych rozpoznania):

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Wartości szkieł korekcyjnych:

	SPH	CYL (-)	AX	PD
OP				
OL				

Podstawowe badania ortoptyczne			
Lp.	Rodzaj badania, metoda	Wynik badania	Sprzęt, aparatura, materiały pomocnicze zastosowane do badania
1.	Badanie ostrości wzroku w korekcji do dali	Visus OP = 0,8 c.c. Visus OL = c.c.	..... ..... .....
2.	Badanie ostrości wzroku w korekcji do bliży	Sn OP = c.c. Sn OL = c.c.	..... ..... .....
3.	Badanie wady refrakcji metodą obiektywną	Sk OP +5,00 L +5,00 Sk OL +4,50 L +4,50	...............

4.	Badanie orientacyjne ruchów oczu metodą jakościową	<p><i>Zapis wyniku badania wektorowy i opisowy</i></p> <p style="text-align: center;">OP OL</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p>Ruchomość gałek ocznych</p> <p>OP</p> <p>.....</p> <p>OL</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
5.	Badanie równowagi mięśniowej metodą	<p>CT do dali (.....) c.c.</p> <p style="padding-left: 40px;">do bliży (.....) c.c.</p> <p>CT do dali (.....) s.c.</p> <p style="padding-left: 40px;">do bliży (.....) s.c.</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
Badania ortoptyczne kątów zeza, korespondencji siatkówkowej i obuocznego widzenia			
Lp.	Rodzaj badania, metoda	Wynik badania	Sprzęt, aparatura, materiały pomocnicze zastosowane do badania
1.	Badanie kąta obiektywnego zeza na synoptoforze metodą i z użyciem listw pryzmatycznych w korekcji	Synoptofor: Kąt obiektywny OP = +4° c.c. Listwa pryzmatyczna: Kąt obiektywny: do dali = c.c. do bliży = 12Δ BS c.c.	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
2.	Badanie kąta subiektywnego zeza na synoptoforze w korekcji	Kąt subiektywny = jednoczesna percepcja (.....)	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

3.	Badanie korespondencji siatkówkowej na synoptoforze metodą w korekcji	Korespondencja siatkówkowa <i>wynik opisowy lub graficzny:</i> ..... .....	..... ..... .....
4.	Badanie korespondencji siatkówkowej metodą	kąt obiektywny c.c. kąt subiektywny +4° c.c.	czerwony filtr,
5.	Badanie obuocznego widzenia na synoptoforze w korekcji	Obuoczne widzenie c.c. jednoczesna percepcja: (+/-) fuzja (.....) stereopsja (.....)	..... ..... .....
6.	Badanie obuocznego widzenia testami słabo i silnie dysocjującymi w korekcji do dali i do bliży	Test Wortha do dali <i>Zapis słowny lub graficzny:</i>	..... ..... .....
		Test Wortha do bliży <i>Zapis słowny lub graficzny:</i>	..... ..... .....
		Test Bagoliniego <i>Zapis słowny lub graficzny:</i>	..... ..... .....
		..... lub ..... (.....)	..... okulary polaryzacyjne

		ABC (...../3)	..... .....
		Pierścienie (0/.....)	..... .....
		TNO (-) I tablica	..........

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

Karta planowanego leczenia

Imię i nazwisko: Jagoda Nowak

Wiek pacjenta: 8 lat

Cele leczenia (wymień co najmniej 5)

.....

.....

.....

.....

.....

1. Zestaw ćwiczeń do wykonania w gabinecie ortoptycznym*

Lp.	Metoda leczenia	Rodzaj sprzętu, aparatury, pomocy wzrokowych oraz materiałów pomocniczych zastosowanych do ćwiczeń
1.		fiksator
2.		eutyskop,
3.		synoptofor,
4.		czerwony filtr,
5.	Ćwiczenia w celu normalizacji widzenia obuocznego	...............

Czas trwania ćwiczeń w gabinecie w ciągu dnia.....

Zalecany termin kontroli

2. Zestaw ćwiczeń zleconych do wykonywania w domu*

Lp.	Metoda leczenia/rodzaj ćwiczeń/aktywności	Czas trwania w ciągu dnia/tygodnia
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

**Uwaga. Uzupełnij puste pola i miejsca zaznaczone kropkami w Karcie planowanego leczenia*

