

**EGZAMIN ZAWODOWY
Rok 2023
ZASADY OCENIANIA**

*Arkusz zawiera informacje prawnie chronione
do momentu rozpoczęcia egzaminu*

Nazwa kwalifikacji: **Udzielanie pomocy i organizacja wsparcia osobie niepełnosprawnej**
 Oznaczenie arkusza: **SPO.01-01-23.01-SG**
 Oznaczenie kwalifikacji: **SPO.01**
 Numer zadania: **01**
 Wersja arkusza: **SG**

**PODSTAWA PROGRAMOWA
2019**

Wypełnia egzaminator

Kod ośrodka –

Kod egzaminatora

Data egzaminu
Dzień Miesiąc Rok

Godzina rozpoczęcia egzaminu :

Numer PESEL zdającego*										Numer stanowiska	

* w przypadku braku numeru PESEL – seria i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość

Egzaminatorze!

- Oceniaj prace zdających rzetelnie i z zaangażowaniem. Dokumentuj wyniki oceny.
- Stosuj przyjęte zasady oceniania w sposób obiektywny.
- Jeżeli zdający, wykonując zadanie egzaminacyjne, uzyskuje inne rezultaty albo pożądane rezultaty uzyskuje w inny sposób niż uwzględniony w zasadach oceniania lub przedstawia nietypowe rozwiązanie, ale zgodnie ze sztuką w zawodzie, to nadal oceniaj zgodnie z kryteriami zawartymi w zasadach oceniania. Informacje o tym, że zasady oceniania nie przewidują zaistniałej sytuacji, prześlij niezwłocznie w formie pisemnej notatki do Przewodniczącego Zespołu Egzaminacyjnego z prośbą o przekazanie jej do Okręgowej Komisji Egzaminacyjnej. Notatka może być sporządzona odręcznie w trybie roboczym.
- Informuj przewodniczącego zespołu nadzorującego o wszystkich nieprawidłowościach zaistniałych w trakcie egzaminu, w tym w szczególności o naruszeniach przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy i o podejrzeniach niesamodzielności w wykonaniu zadania przez zdającego.

Elementy podlegające ocenie/kryteria oceny		Numer stanowiska					
		Egzaminator wpisuje T , jeżeli zdający spełnił kryterium albo N , jeżeli nie spełnił					
Rezultat 1: Wykaz problemów i potrzeb osoby podopiecznej							
Problemy osoby podopiecznej zapisane (niekoniecznie w identycznym brzmieniu, pod warunkiem poprawności merytorycznej):							
1	niepełnosprawność w stopniu umiarkowanym, udar niedokrwienny mózgu/udar mózgu/udar prawej półkuli mózgowej, niedowład lewostronny/niedowład połowiczny lewostronny/z wyraźnie zaznaczonym niedowładem kończyny dolnej lewej, nadciśnienie tętnicze, ból/obrzęk prawego przedramienia/na okolicy przedniej prawego przedramienia <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 4 problemy</i>						
2	trudności w poruszaniu się/porusza się za pomocą balkonika/nie wychodzi z mieszkania, zawroty głowy, utrata/zaburzenia równowagi, brak wózka inwalidzkiego, trudności w samodzielnej zmianie pozycji ciała/przy siadaniu na fotel, brak aktywności fizycznej/spędzanie czasu w łóżku/fotelu <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 3 problemy</i>						
3	niechętnie/niesystematycznie wykonuje ćwiczenia usprawniające/zaniedbuje rehabilitację/nie chce uczestniczyć w turnusie rehabilitacyjnym/odmawia wyjazdu na turnus rehabilitacyjny						
4	brak samodzielności przy kąpieli, myciu głowy, goleniu się, ubieraniu się/rozbieraniu, przygotowywaniu posiłków <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 4 problemy</i>						
5	samotność/brak kontaktów społecznych/z dalszą rodziną/kolegami/znajomymi						
6	brak możliwości realizacji dotychczasowych zainteresowań/ tęsknota za swoim hobby/za aktywnym spędzaniem wolnego czasu/za naprawianiem starych samochodów/za uczestnictwem w zlotach zabytkowych pojazdów						
Potrzeby osoby podopiecznej - zapisane (niekoniecznie w identycznym brzmieniu, pod warunkiem poprawności merytorycznej):							
7	konsultacji lekarskich/konsultacji lekarza specjalisty/kardiologa/neurologa/lekarza rehabilitacji/fizjoterapeuty, zdrowia/kontroli stanu zdrowia/regularnego przyjmowania leków, kontroli ciśnienia tętniczego krwi, wykonywania okładów zimnych/wysychających na obrzęk prawego przedramienia/na okolicę przednią prawego przedramienia <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 3 potrzeby</i>						
8	bezpieczeństwa, ruchu/aktywności/aktywności fizycznej/wychodzenia na zewnątrz, rehabilitacji ruchowej/kinezyterapii, samodzielności/pomocy przy zmianie pozycji ciała/przemieszczaniu się na fotel, zakupu wózka inwalidzkiego/pozyskania funduszy/dofinansowania zakupu wózka <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 3 potrzeby</i>						
9	higieny/czystości/pomocy przy wykonywaniu czynności higienicznych/czynności dnia codziennego/kąpieli/myciu głowy/goleniu się/ubieraniu/rozbieraniu/przygotowywaniu posiłków						
10	kontaktów społecznych/towarzyskich/z rodziną/kolegami/znajomymi/spotkań towarzyskich, zagospodarowania czasu wolnego/aktywnego spędzania czasu wolnego/realizacji zainteresowań/pasji/hobby/rozwoju nowych zainteresowań/samorealizacji <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisana jest co najmniej 1 potrzeba</i>						

Numer
stanowiska

Rezultat 2: Wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze

1	1. Dane osobowe Wnioskodawcy - wpisane: Imię i nazwisko: Krzysztof Buczek ; Data i miejsce urodzenia: 02.09.1971 r. Chorzów ; Numer PESEL: 71090224893 ; Numer dowodu osobistego: BKN 369852 ; Adres zamieszkania: 41-450 Chorzów, ul. Akacjowa 18d/43 ; Numer telefonu: 503 101 987						
2	2. Posiadane orzeczenie – zaznaczone wyłącznie: umiarkowany stopień niepełnosprawności						
3	3. Sytuacja zawodowa Wnioskodawcy – zaznaczone wyłącznie: rencista						
4	4. Nazwa przedmiotu, o którego dofinansowanie ubiega się Wnioskodawca – zaznaczone wyłącznie: wózek inwalidzki ręczny						
5	5. Dochód osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym – Dane dotyczące Wnioskodawcy - wpisane: Imię Krzysztof , Nazwisko: Buczek ; Miesięczny dochód netto [zł]: 1560,00						
6	5. Dochód osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym – Dane osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą - wpisane: Imię: Bartosz , Nazwisko: Buczek , Stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą: syn ; Miesięczny dochód netto [zł]: 1450,00 zł						
7	6. Oświadczenie Wnioskodawcy o dochodach - Oświadczam, że przeciętny miesięczny łączny dochód mojej rodziny (netto) (...) obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi - wpisane: 3010,00 zł						
8	6. Oświadczenie Wnioskodawcy o dochodach – (...) a podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi - wpisane: 1505,00 zł Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi - wpisane: 2						
9	7. Forma przekazania dofinansowania – zaznaczone wyłącznie: Wyrażam zgodę na przelew dofinansowania na konto bankowe Numer konta bankowego - 12 1223 4000 1444 4000 1665 1454						
10	data wypełnienia wniosku - wpisana data zgodna z datą egzaminu						

Numer
stanowiska

Przebieg 1: Wykonanie osobie podopiecznej leżącej w łóżku okładu zimnego (wysychającego) z roztworu Altacetu na obrzęk znajdujący się w okolicy przedniej prawego przedramienia

Zdający na wykonanie osobie podopiecznej leżącej w łóżku okładu zimnego (wysychającego) z roztworu Altacetu na obrzęk znajdujący się na okolicy przedniej prawego przedramienia ma przeznaczone 40 minut. Po przekroczeniu 45 minut przewodniczący ZN skieruje do zdającego komunikat „czas minął”, oznaczający zakończenie procesu oceny.

Zdający kolejno:

1	poinformował osobę podopieczną o zamiarze wykonania okładu zimnego (wysychającego), zapytał o zgodę na wykonanie czynności								
2	umył higienicznie/zdezynfekował ręce, założył rękawiczki jednorazowe <i>Ze względu na sytuację egzaminacyjną kryterium należy uznać za spełnione również, jeżeli zdający najpierw umyje/ zdezynfekuje ręce, a potem poinformuje osobę podopieczną o zamiarze wykonania okładu i zapyta o zgodę</i>								
3	podłożył pod miejsce wykonania okładu ręcznik/podkład jednorazowy								
4	zmoczył przygotowanym roztworem Altacetu gazik/gaziki, odcisnął nadmiar płynu								
5	na miejsce opisane "OBRZEK" nałożył warstwę mokrą								
6	na warstwę mokrą nałożył warstwę suchą tak, aby warstwa sucha całkowicie pokryła warstwę mokrą, nie zastosował folii do wykonania okładu								
7	zamocował obie warstwy bandażem w sposób uniemożliwiający przesuwanie się okładu, zabezpieczył końcówkę bandaża zapinką/przylepcem lub zawiązał rozcięte końcówki bandaża								
8	poinformował osobę podopieczną o pozostawieniu okładu na 2-3 godziny <i>Kryterium należy uznać za spełnione również, jeżeli zdający wcześniej, w dowolnym momencie poinformuje osobę podopieczną o konieczności pozostawienia okładu na 2-3 godziny</i>								
9	podczas wykonywanych czynności nie zamoczył bielizny osobistej i pościelowej osoby podopiecznej								
10	użyte rękawiczki umieścił w koszu/pojemniku z napisem: "Odpady zmieszane", zdezynfekował ręce								

Egzaminator

imię i nazwisko

.....

data i czytelny podpis