

**EGZAMIN ZAWODOWY  
Rok 2024  
ZASADY OCENIANIA**

*Arkusz zawiera informacje prawnie chronione  
do momentu rozpoczęcia egzaminu*

Nazwa kwalifikacji: **Udzielanie pomocy i organizacja wsparcia osobie niepełnosprawnej**  
 Oznaczenie arkusza: **SPO.01-01-24.01-SG**  
 Symbol 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, przekaż 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.

Numer  
stanowiska


Egzaminator wpisuje **T**,  
jeżeli zdający spełnił  
kryterium albo **N**, jeżeli  
nie spełnił

### Elementy podlegające ocenie/kryteria oceny

#### Rezultat 1: Karta oceny poziomu samodzielności osoby podopiecznej w wykonywaniu złożonych czynności życia codziennego, według zmodyfikowanej skali Lawtona

Liczba punktów - wpisane:

1	Czy potrafi posługiwać się telefonem? <b>3</b>						
2	Czy jest w stanie dotrzeć do miejsc znacznie oddalonych od miejsca zamieszkania? <b>3</b>						
3	Czy jest w stanie zrobić zakupy artykułów spożywczych w pobliskim sklepie? <b>2</b>						
4	Czy samodzielnie przygotowuje sobie posiłki? <b>2</b>						
5	Czy samodzielnie wykonuje czynności domowe, np. sprzątanie? <b>2</b>						
6	Czy samodzielnie pierze swoje rzeczy? <b>1</b>						
7	Czy samodzielnie przygotowuje i przyjmuje leki? <b>1</b>						
8	Czy samodzielnie gospodaruje pieniędzmi? <b>1</b>						

Numer  
stanowiska


**Rezultat 2: Wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym**

1	Dane Wnioskodawcy – wpisane: Imię i nazwisko: <b>Andrzej Bosak</b> ; Data i miejsce urodzenia: <b>22.10.1985 r. Gdynia</b> ; Numer PESEL: <b>85102270400</b> ; Numer dowodu osobistego: <b>BCY 230200</b>						
2	Dane Wnioskodawcy – wpisane: Adres zamieszkania: <b>02-495 Warszawa, ul. Wielowiejska 158 m 3</b> ; Telefon kontaktowy: <b>804 203 000</b> ; E-mail: <b>andre@onet.pl</b>						
3	w pozycji I. Posiadane orzeczenie – zaznaczone wyłącznie: <b>o stopniu niepełnosprawności: Umiarkowanym</b>						
4	w pozycji II. Orzeczenie wydano – zaznaczone wyłącznie: <b>Na czas określony</b>						
5	w pozycji III. Posiadanie wniosku lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny – zaznaczone wyłącznie: <b>Tak</b>						
6	w pozycji IV. Korzystanie z dofinansowania ze środków PFRON uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym – zaznaczone wyłącznie: <b>Nie</b>						
7	w pozycji V. Zatrudnienie w zakładzie pracy chronionej – zaznaczone wyłącznie: <b>Nie</b>						
8	w pozycji VI. Uczestnictwo w zajęciach – zaznaczone wyłącznie: <b>środowiskowy dom samopomocy</b>						
9	w pozycji VII. Oświadczenie Wnioskodawcy o dochodach: Oświadczam, że przeciętny miesięczny łączny dochód mojej rodziny (netto) <b>obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku</b> we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi - wpisane: <b>3190,00 zł</b> , a podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi - wpisane: <b>1595,00 zł</b>						
10	Data wypełnienia wniosku – zapisana data zgodna z datą egzaminu						

Numer  
stanowiska


**Przebieg 1: Założenie osobie podopiecznej leżącej w łóżku okładu ciepłego (rozgrzewającego) na czyrak znajdujący się na okolicy przedniej przedramienia prawego**

Zdający na wykonanie czynności założenia okładu ciepłego (rozgrzewającego) na czyrak osobie podopiecznej leżącej w łóżku ma przeznaczone 30 minut. Po przekroczeniu 35 minut przewodniczący ZN skieruje do zdającego komunikat „czas minął”, oznaczający zakończenie procesu oceny

Zdający kolejno:

1	poinformował osobę podopieczną o zamiarze założenia okładu ciepłego (rozgrzewającego) na czyrak i zapytał o zgodę na wykonanie czynności <i>Na potrzeby egzaminu kryterium należy uznać za spełnione również, jeżeli zdający poinformuje i zapyta osobę podopieczną o zgodę po umyciu/zdezynfekowaniu rąk</i>								
2	umył higienicznie/zdezynfekował ręce, założył rękawiczki jednorazowe								
3	podłożył ręcznik/podkład jednorazowy pod prawe przedramię osoby podopiecznej								
4	posmarował wazeliną skórę osoby podopiecznej w miejscu z napisem: "CZYRAK"								
5	zmoczył gazik/gaziki w wodzie, odcisnął nadmiar wody, skropił gazik/gaziki 70% alkoholem etylowym								
6	nałożył warstwy okładu w kolejności od skóry: warstwa mokra, ceratka/folia, warstwa sucha tak, by każda następna warstwa była większa od poprzedniej								
7	zamocował warstwy okładu bandażem w sposób uniemożliwiający przesuwanie się okładu, zabezpieczył końcówkę bandaża zapinką/przylepcem/zawiązał kocówki bandaża								
8	poinformował osobę podopieczną o konieczności pozostawienia okładu na 6-8 godzin/zmiany okładu po 6-8 godzinach <i>Kryterium należy uznać za spełnione również, jeżeli zdający wcześniej, w dowolnym momencie przekaze tę informację osobie podopiecznej</i>								
9	nie zamoczył bielizny pościelowej i osobistej osoby podopiecznej								
10	użyte rękawiczki wyrzucił do kosza/pojemnika z napisem: "Odpady zmieszane", zdezynfekował ręce								

Egzaminator .....

imię i nazwisko

.....

data i czytelny podpis