

Nazwa kwalifikacji: **Świadczenie usług w zakresie masażu**
Oznaczenie kwalifikacji: **Z.01**
Numer zadania: **01**

*Arkusze zawiera informacje prawnie chronione
do momentu rozpoczęcia egzaminu*

Miejsce na naklejkę
z numerem PESEL i z kodem
ośrodka

Wypełnia zdający

Numer PESEL zdającego*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Z.01-01-15.01

Czas trwania egzaminu: **120 minut**

EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE
Rok 2015
CZĘŚĆ PRAKTYCZNA

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*,
 - symbol cyfrowy zawodu,
 - oznaczenie kwalifikacji,
 - numer zadania,
 - numer stanowiska.
3. KARTĘ OCENY przekaz zespołowi nadzorującemu część praktyczną egzaminu.
4. Sprawdź, czy arkusz egzaminacyjny zawiera 5 stron i nie zawiera błędów. Ewentualny brak stron lub inne usterki zgłoś przez podniesienie ręki przewodniczącemu zespołu nadzorującego część praktyczną egzaminu.
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

Wykonaj masaż zgodnie ze zleceniem lekarza rehabilitacji zamieszczonym w arkuszu egzaminacyjnym, wykorzystując informacje zawarte w *Wywiadzie chorobowym*.

Wypełnij druk: *Informacje dla pacjenta* i *Kartę zabiegów pacjenta*.

Po zapoznaniu się z treścią zadania, pod kierunkiem Przewodniczącego ZNCP będziesz realizował kolejne etapy egzaminu. Zgłoś Przewodniczącemu ZNCP przez podniesienie ręki kolejno:

- gotowość do przygotowania stanowiska do masażu oraz zakończenie tej czynności,
- gotowość do przygotowania siebie i pacjenta do masażu oraz zakończenie tych czynności,
- zakończenie czynności związanych z uporządkowaniem stanowiska po wykonanym masażu.

Po komunikacie egzaminatora: „proszę rozpocząć masaż” dokonaj oceny strukturalnej tkanek pacjenta i wykonaj masaż. Czynności te zrealizuj w czasie nie dłuższym niż 15 minut, lub do momentu, gdy usłyszysz od egzaminatora komunikat: „dziękuję”. W przypadku braku komunikatu od egzaminatora zakończ masaż, gdy uznasz, że wykonałeś zadanie. Poszczególne techniki masażu wykonaj maksymalnie 2 razy.

Po uzyskaniu zgody Przewodniczącego ZNCP przejdź do indywidualnego stanowiska egzaminacyjnego w celu kontynuacji egzaminu.

Zadanie egzaminacyjne wykonaj zgodnie z zasadami i procedurami uwzględniającymi przepisy BHP i ergonomię pracy.

Uwaga: Komunikując się z osobą pełniącą rolę twojego pacjenta przekazuj tylko komendy niezbędne do realizacji zadania. Rób to w taki sposób, aby nie przeszkadzać pozostałym zdającym.

Wszystkie potrzebne do wypełnienia formularze znajdują się w arkuszu egzaminacyjnym.

Arkusz egzaminacyjny pozostaw na indywidualnym stanowisku egzaminacyjnym (stoliku).

Wywiad chorobowy

Pacjentka Joanna Kowalska lat 42, w marcu 2014 roku w czasie wypadku komunikacyjnego doznała złamania podudzia prawego w okolicy główki kości strzałkowej.

Uraz był leczony zachowawczo opatrunkiem gipsowym. W trakcie leczenia zaobserwowano niedowład mięśni grupy przednio-bocznej podudzia oraz prostowników stopy. Wystąpiły zaburzenia czucia powierzchownego i głębokiego grzbietowej części stopy i palców. Wykonano EMG (elektromiografię). Stwierdzono pourazowe uszkodzenie nerwu strzałkowego typu axonotmesis (przerwanie włókien osiowych nerwu przy zachowaniu osłonek – rokujące całkowity powrót do stanu wyjściowego po długotrwałym leczeniu). Obecnie pacjentka ma osłabioną siłę mięśniową w niewielkim stopniu. Zaburzenia czucia ustąpiły. U pacjentki wykonano zabiegi fizykoterapeutyczne (magnetoterapia, światłolecznictwo, elektrostymulacja, kąpiele wirowe) oraz kinezyterapeutyczne (ćwiczenia bierne, wspomagane czynne). W wyniku rehabilitacji uzyskano pełen zakres ruchomości stawu skokowego prawego. Pacjentka wróciła do pracy. Obecnie rozpoczyna kolejną serię zabiegów.

Data: 8.01.2015 r.

Skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne

Proszę o wykonanie zabiegów fizjoterapeutycznych u pacjentki:

Imię nazwisko: Joanna Kowalska **Wiek:** 42 lata

Rozpoznanie: Stan po złamaniu podudzia prawego. Niedowład nerwu strzałkowego prawego w okresie adaptacji. Pełen zrost kostny.

Cel zabiegu : Zwiększenie siły i masy osłabionych mięśni.

Rodzaj zabiegu: Masaż klasyczny.

Okolica zabiegowa: Grupa przednio-boczna mięśni podudzia prawego.

Liczba zabiegów: 10

Lekarz kierujący
Krzysztof Sowinski

Czas przeznaczony na wykonanie zadania wynosi 120 minut.

Ocenie podlegać będą 4 rezultaty:

- druk Informacje dla pacjenta,
- Karta zabiegów pacjenta,
- przygotowane stanowisko do masażu,
- uporządkowane stanowisko po wykonanym masażu

oraz

- przebieg przygotowania masażysty i pacjenta do masażu oraz wykonania zleconego masażu.

Informacje dla pacjenta

Informacje, które należy przekazać pacjentowi w części wstępnej zabiegu masażu

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Informacje, które należy przekazać pacjentowi w części końcowej zabiegu masażu

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Karta zabiegów pacjenta

Data założenia karty

Imię i nazwisko Wiek

Rozpoznanie

.....

.....

.....

.....

L.p.	Rodzaj zabiegu	Okolica zabiegu (wymienione mięśnie objęte zabiegiem)	Data zabiegu	Podpis
1.				XXYY
2.				
3.				

Przeciwwskazania ogólne do zabiegu

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Przeciwwskazania miejscowe do zabiegu

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....