Arkusz zawiera informacje prawnie chronione do momentu rozpoczęcia egzaminu

Układ graficzny © CKE 2016

CENTRALNA KOMISJA EGZAMINACYJNA

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

Miejsce na naklejkę z numerem PESEL i z kodem ośrodka

Wypełnia zdający

Numer PESEL zdającego* | | | | | | | | | | |

Z.01-01-16.01
Czas trwania egzaminu: **120 minut**

EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE
Rok 2016
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*,
   – oznaczenie kwalifikacji,
   – numer zadania,
   – numer stanowiska.
3. KARTĘ OCENY przekaż zespołowi nadzorującemu.
4. Sprawdź, czy arkusz egzaminacyjny zawiera 4 strony 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*

Więcej arkuszy znajdziesz na stronie: arkusze.pl

Zadanie egzaminacyjne

Wykonaj zabieg masażu limfatycznego kończyny górnej prawej zgodnie ze zleceniem zawartym w skierowaniu lekarskim zamieszczonym w arkuszu egzaminacyjnym oraz wypełnij czytelnie załączoną do zadania Kartę zabiegową pacjenta.
Po dokładnym zapoznaniu się z treścią zadania zgłoś Przewodniczącemu ZN przez podniesienie ręki gotowość do przygotowania stanowiska do masażu, a następnie kieruj się poleceniami wydawanymi przez Przewodniczącego ZN.
Przewodniczący ZN wyda Ci polecenia, aby przystąpić do:

- przygotowania stanowiska do masażu,
- przygotowania pacjenta do zabiegu,
- wykonania masażu pacjenta,
- uporządkowania stanowiska po wykonaniu masażu,
- przejścia na indywidualne stanowisko egzaminacyjne w celu kontynuacji egzaminu.

W szczególności zwróć uwagę na to, że w odpowiednich momentach powinieneś zgłosić przez podniesienie ręki:

- zakończenie czynności związanych z przygotowaniem stanowiska do masażu,
- zakończenie czynności związanych z przygotowaniem pacjenta do masażu,
- zakończenie czynności związanych z uporządkowaniem stanowiska po wykonaniu zabiegu.

Zabieg masażu wykonaj w czasie nie dłuższym niż 20 minut lub do momentu, gdy usłyszysz od egzaminatora komunikat „dziękuję”, oznaczający konieczność zaprzestania wykonywania dalszych czynności związanych z masażem. W przypadku braku komunikatu od egzaminatora zakończ masaż, gdy uznasz, że wykonałeś zadanie.
Poszczególne techniki masażu wykonaj, powtarzając je maksymalnie 2 razy, stosując maksymalnie po 2 sposoby wykonania każdej techniki masażu limfatycznego.
Zadanie egzaminacyjne wykonaj zgodnie z obowiązującymi procedurami, uwzględniając zasady i przepisy bezpieczeństwa i higieny oraz ergonomii pracy.
Arkusz egzaminacyjny pozostaw na indywidualnym stanowisku egzaminacyjnym na stoliku.

Czas przeznaczony na wykonanie zadania wynosi 120 minut.

Ocenie podlegać będą 4 rezultaty:

- przygotowane stanowisko do masażu,
- przygotowana pacjentka do zabiegu,
- stanowisko do masażu po wykonaniu zabiegu,
- Karta zabiegowa pacjenta

oraz

przebieg przeprowadzenia diagnostyki tkanek pacjentki oraz wykonania masażu limfatycznego kończyny górnej prawej.

Więcej arkuszy znajdziesz na stronie: arkusze.pl

Data wystawienia: 29.09.2015 r.

Skierowanie na zabiegi masażu

Imię i nazwisko pacjenta: Agnieszka Paszkowska **Wiek:** 42 lata

Rozpoznanie: Stan po mastektomii prawostronnej z utrwalonym obrzękiem limfatycznym kończyny górnej prawej

Zlecony zabieg: Masaż limfatyczny kończyny górnej prawej

Cel zabiegu: Zmniejszenie obrzęku limfatycznego kończyny górnej prawej

Ilość zabiegów: 10 x

Uwagi dodatkowe:

- pacjentka trzy miesiące temu przeszła operację amputacji piersi prawej bez usunięcia węzłów chłonnych, dokonano jedynie rewizji operacyjnej dołu pachowego;
- w wyniku przeprowadzonych badań nie stwierdzono przerzutów nowotworowych, pacjentka nie była poddawana chemioterapii i radioterapii, blizna pooperacyjna jest w pełni wygojona i elastyczna;
- w chwili obecnej pacjentka ma umiarkowany obrzęk limfatyczny kończyny górnej prawej oraz ma nieznacznie ograniczony zakres ruchomości odwiedzenia i wyprostu ramienia;
- do tej pory pacjentka korzystała z zabiegów fizjoterapeutycznych w szpitalu, stosowane były zabiegi masażu limfatycznego, masażu pneumatycznego oraz ćwiczenia kinezyterapeutyczne;
- oprócz masażu limfatycznego lekarz zalecił instruktaż profilaktyki przeciwobrzękowej oraz ćwiczenia poprawiające zakres ruchomości ramienia do wykonywania w warunkach domowych;
- pacjentka nie zgłasza żadnych chorób towarzyszących, nie przyjmuje również żadnych leków;
- w dniu badania lekarskiego pacjentka ma dobre samopoczucie i nie ma przeciwwskazań do zabiegu.

Stefan Koszela
lekarz specjalista
chirurg onkolog
ul. Miedziana 6/47
Warszawa
tel/fax 22 825 41 15

StefanKoszela
Pieczątka i podpis lekarza

Więcej arkuszy znajdziesz na stronie: arkusze.pl

Karta zabiegowa pacjenta

Data założenia karty:……

Imię i nazwisko: …….…….…….. **Wiek:** ……

Rozpoznanie: …….……

Cel zabiegu: …….……

……

Lp.	Rodzaj masażu i obszar zabiegu	Data zabiegu	Podpis pacjenta	Podpis masażysty
1			XXYY	ZZXY

Proponowane działania profilaktyczne mające na celu przeciwdziałanie powstawaniu obrzęku limfatycznego kończyny górnej prawej do samodzielnego stosowania przez pacjentkę w warunkach domowych:

……

……

……

……

……

……

……

……

Proponowane ćwiczenia mające na celu poprawę zakresu ruchomości ramienia do samodzielnego stosowania przez pacjentkę w warunkach domowych:

……

……

……

……

……

……

……

Więcej arkuszy znajdziesz na stronie: arkusze.pl

Więcej arkuszy znajdziesz na stronie: arkusze.pl