



**CENTRALNA  
KOMISJA  
EGZAMINACYJNA**

**EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE  
Rok 2018  
ZASADY OCENIANIA**

*Arkusz zawiera informacje prawnie chronione  
do momentu rozpoczęcia egzaminu*

Nazwa kwalifikacji: **Świadczenie usług opiekuńczych**  
Oznaczenie arkusza: **Z05-01-18.06**  
Oznaczenie kwalifikacji: **Z05**  
Numer zadania: **01**

*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

| Elementy podlegające ocenie/kryteria oceny                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Numer stanowiska                                                                          |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
|                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                           |  |  |  |  |  |
| <b>Rezultat 1. Problemy podopiecznej zapisane w Planie opieki nad podopieczną</b><br><i>Zapisać (niekoniecznie w identycznym brzmieniu, pod warunkiem poprawności merytorycznej):</i> |                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <i>Egzaminator wpisuje T, jeżeli zdający spełnił kryterium albo N, jeżeli nie spełnił</i> |  |  |  |  |  |
| 1                                                                                                                                                                                     | cukrzyca insulinozależna/cukrzyca/cukrzyca typu 1, nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, zawroty głowy/zaburzenia równowagi/częste upadki, wysoki poziom glukozy we krwi<br><i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 4 problemy</i> |                                                                                           |  |  |  |  |  |
| 2                                                                                                                                                                                     | amputacja palców prawej stopy                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                           |  |  |  |  |  |
| 3                                                                                                                                                                                     | nie przestrzega zaleceń dietetycznych/błędy żywieniowe                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                           |  |  |  |  |  |
| 4                                                                                                                                                                                     | porusza się na wózku inwalidzkim/trudności w samodzielnym poruszaniu się/problem z samodzielnym przemieszczaniem się z łóżka na wózek inwalidzki                                                                                                                                |                                                                                           |  |  |  |  |  |
| 5                                                                                                                                                                                     | trudności/ograniczenia przy wykonywaniu czynności domowych/higienicznych/kąpiele, zmianie bielizny                                                                                                                                                                              |                                                                                           |  |  |  |  |  |
| 6                                                                                                                                                                                     | brak systematyczności w wykonywaniu zaleconych ćwiczeń rehabilitacyjnych/niechęć do wykonywania zleconych ćwiczeń                                                                                                                                                               |                                                                                           |  |  |  |  |  |
| 7                                                                                                                                                                                     | sporadyczny kontakt z rodzeństwem/bratem i siostrą/osamotnienie/brak znajomych/brak kontaktów z sąsiadami/społecznych                                                                                                                                                           |                                                                                           |  |  |  |  |  |
| 8                                                                                                                                                                                     | obniżony nastrój, poczucie bycia niepotrzebnym/bezużytecznym, ryzyko amputacji drugiej stopy, ból stopy<br><i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 2 problemy</i>                                                                                |                                                                                           |  |  |  |  |  |
| 9                                                                                                                                                                                     | brak windy w budynku mieszkalnym/niemożność wychodzenia z mieszkania                                                                                                                                                                                                            |                                                                                           |  |  |  |  |  |
| 10                                                                                                                                                                                    | mieszkanie niedostosowane do potrzeb osoby niepełnosprawnej lub zapisane co najmniej 2 informacje typu: wanna w łazience, wąskie futryny w drzwiach, brak uchwytów przy sedesie, umywalce                                                                                       |                                                                                           |  |  |  |  |  |

Numer  
stanowiska

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Rezultat 2. Cele opieki i planowane działania opiekunki zapisane w Planie opieki nad podopieczną**

Cele opieki – zapisane (niekoniecznie w identycznym brzmieniu, pod warunkiem poprawności merytorycznej):

|                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 1                                                                                                                        | poprawa lub utrzymanie stanu zdrowia na dotychczasowym poziomie, obniżenie poziomu cukru we krwi, obniżenie/określenie wartości ciśnienia tętniczego krwi, poprawa kondycji fizycznej/stanu fizycznego/częstości wykonywanych ćwiczeń, przestrzeganie diety cukrzycowej, zapobieganie powikłaniom cukrzycy<br><i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 2 cele</i>                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |
| 2                                                                                                                        | poprawa stanu psychicznego/poprawa nastroju, utrzymanie/rozwijanie zainteresowań, zapobieganie nudzie/bezczynności, poprawa relacji z rodziną, zapewnienie kontaktów społecznych, z sąsiadami<br><i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 2 cele</i>                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |
| 3                                                                                                                        | zapobieganie skutkom unieruchomienia, utrzymanie mieszkania podopiecznej w czystości, utrzymanie ciała w czystości, zwiększenie samodzielności w zakresie czynności samoobsługowych, pomoc w prowadzeniu gospodarstwa domowego, dostosowanie mieszkania do potrzeb osoby niepełnosprawnych/likwidacja barier architektonicznych w mieszkaniu, pomoc w realizacji potrzeb podopiecznej<br><i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 2 cele</i>                                  |  |  |  |  |  |  |
| Planowane działania opiekunki – zapisane niekoniecznie w identycznym brzmieniu, pod warunkiem poprawności merytorycznej: |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |
| 4                                                                                                                        | nadzór w zakresie przyjmowania leków zleconych przez lekarza, pomiar/monitorowanie pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, dowożenie na wizyty lekarskie/organizowanie konsultacji lekarskich/konsultacja z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej/rodzinnym, diabetologiem, chirurgiem, kardiologiem<br><i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 2 działania</i>                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |
| 5                                                                                                                        | pomoc w wykonywaniu/kontrola ćwiczeń zleconych przez rehabilitanta/mobilizowanie podopiecznej do systematycznych ćwiczeń                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |
| 6                                                                                                                        | rozmowa/edukacja na temat konieczności przestrzegania diety/cukrzycowej/z ograniczeniem soli/wdrażanie do przestrzegania zaleceń dietetycznych, planowanie zakupów, robienie zakupów, przygotowanie/dostarczanie ciepłych posiłków, pomoc/monitorowanie pomiaru poziomu cukru przez podopieczną<br><i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 2 działania</i>                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |
| 7                                                                                                                        | pomoc w wypełnieniu/złożeniu wniosku o dofinansowanie do likwidacji barier architektonicznych dla osób niepełnosprawnych/o dofinansowanie w celu dostosowania mieszkania do potrzeb osoby niepełnosprawnej                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |
| 8                                                                                                                        | pomoc w organizowaniu czasu wolnego, zakup prasy, krzyżówek, wypożyczanie książek, wypożyczanie/zakup płyt z muzyką klasyczną, proponowanie zajęć z uwzględnieniem zainteresowań podopiecznej, prowadzenie rozmów wspierających, nawiązanie kontaktu z rodziną, nawiązanie kontaktu z grupami wsparcia dla osób po amputacjach/osób niepełnosprawnych ruchowo, nawiązanie kontaktu z sąsiadami<br><i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 3 działania</i>                    |  |  |  |  |  |  |
| 9                                                                                                                        | pomoc podczas przechodzenia z łóżka na wózek/odwrotnie, pomoc podczas korzystania z toalety, obserwacja założonego opatrunku, obserwacja stanu kończyny dolnej lewej, obserwacja stanu kończyny dolnej prawej, zgłaszanie niepokojących zmian pielęgniarce lub lekarzowi POZ, pomoc podczas kąpieli, podczas zmiany bielizny osobistej, zmiana bielizny pościelowej, motywowanie do codziennej dbałości o higienę<br><i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 3 działania</i> |  |  |  |  |  |  |
| 10                                                                                                                       | wykonywanie czynności porządkowych w mieszkaniu, opłacanie rachunków, załatwianie spraw w urzędach, robienie zakupów, realizacja recept, mobilizacja podopiecznej do prania/pranie odzieży, motywowanie podopiecznej do drobnych czynności porządkowych, mobilizowanie do udziału w przygotowaniu posiłków<br><i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 2 działania</i>                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |

Numer  
stanowiska

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Przebieg 1: Zmiana koszuli nocnej podopiecznej leżącej w łóżku***Egzaminator ocenia po podniesieniu ręki przez zdającego i uzyskaniu zgody PZN.**Uwaga: Zdający na wykonanie czynności na fantomie ma przeznaczone 45 min. Po przekroczeniu czasu przewodniczący ZN skieruje do zdającego komunikat „czas minął” oznaczający zakończenie procesu oceny*

Zdający:

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 1 | poinformował podopieczną o planowanej zmianie koszuli nocnej, zapytał o zgodę na wykonanie czynności                                                                                                                                                                            |  |  |  |  |  |  |
| 2 | umył higienicznie/zdezynfekował ręce przed wykonaniem czynności                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |
| 3 | założył rękawiczki i fartuch foliowy                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |  |  |  |
| 4 | uniósł pośladki podopiecznej/ułożył na boku i podsunął koszulę ku górze, odpiął guziki/rozwiązał troki od koszuli<br><i>Kryterium również należy uznać za spełnione, jeżeli zdający najpierw rozepnie guziki/rozwiąże troki</i>                                                 |  |  |  |  |  |  |
| 5 | zdział koszulę nocną, wrzucił do kosza na brudną bieliznę                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |
| 6 | założył czystą koszulę nocną i zapiął guziki/zawiązał troki                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |
| 7 | uniósł pośladki podopiecznej lub ułożył podopieczną na boku, wyrównał koszulę nocną pod plecami i pośladkami podopiecznej                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |
| 8 | nie obnażał podopiecznej przy zmianie koszuli nocnej/zapewniał poszanowanie intymności podopiecznej. Fartuch wyrzucił do kosza<br><i>Uwaga. Kryterium należy uznać za spełnione również, jeżeli zdający fartuch wyrzuci po przemieszczeniu podopiecznej na wózek inwalidzki</i> |  |  |  |  |  |  |

Numer  
stanowiska

|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Przebieg 2: Przemieszczenie podopiecznej z łóżka na wózek inwalidzki***Kontynuacja oceny przez egzaminatora*

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 1  | poinformował podopieczną o zamiarze przesadzania na wózek inwalidzki, zapytał o zgodę na wykonanie czynności<br><i>Kryterium również należy uznać za spełnione, jeżeli zdający wcześniej przekaze te informacje</i>                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |
| 2  | umieścił wózek inwalidzki obok łóżka/równolegle do bocznej ramy łóżka po stronie, po której będzie wykonywał czynności                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |
| 3  | zablokował koła wózka hamulcami, rozsunął podnóżki na boki/uniósł podnóżki wózka                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |
| 4  | posadził podopieczną na brzegu łóżka ze spuszczone nogami                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |
| 5  | założył podopiecznej na stopę bez opatrunku skarpetkę i pantofel domowy<br><i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zdający założył skarpetkę, gdy podopieczna była w łóżku lub bezpośrednio po posadzeniu podopiecznej na wózek</i>                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |
| 6  | stał twarzą do podopiecznej, zamarkował ruch założenia lub założył ręce podopiecznej na swoje barki/biodra/łopatki. Chwytając podopieczną za łopatki/za pasek/w pasie dokonał pionizacji<br><i>Kryterium również należy uznać za spełnione, jeżeli zdający podczas pionizacji wykorzysta inną technikę, pod warunkiem zachowania bezpieczeństwa i poprawności merytorycznej</i> |  |  |  |  |  |  |
| 7  | ruchem półobrotowym przemieścił podopieczną w stronę wózka inwalidzkiego. Powoli posadził podopieczną na siedzisku wózka                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |
| 8  | zapewnił podopiecznej stabilne oparcie pleców, ustawił stopy podopiecznej na podnóżkach wózka<br><i>Kryterium należy również uznać za spełnione, gdy w miarę siedzenia podopiecznej na wózku, ze względu na konstrukcję fantomu, plecy i stopy będą bezwładnie opadać</i>                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |
| 9  | kończyny górne ułożył na podłokietnikach, zapytał podopieczną o wygodę. W czasie przesadzania z łóżka na wózek inwalidzki dbał o bezpieczeństwo podopiecznej<br><i>Kryterium należy również uznać za spełnione, jeżeli na skutek bezwładności fantomu kończyny górne spadną z podłokietnika</i>                                                                                 |  |  |  |  |  |  |
| 10 | zdezynfekował ręce po wykonanych czynnościach. Zużyte rękawiczki wyrzucił do kosza                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |

Egzaminator .....

*imię i nazwisko*

.....

*data i czytelny podpis*