

**EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE**  
**Rok 2019**  
**ZASADY OCENIANIA**
*Arkusz zawiera informacje prawnie chronione  
do momentu rozpoczęcia egzaminu*

Nazwa kwalifikacji: **Świadczenie usług opiekuńczo-wspierających osobie podopiecznej**  
 Oznaczenie arkusza: **Z.06-01-19.06**  
 Oznaczenie kwalifikacji: **Z.06**  
 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

## **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 pożądanego rezultatu 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, przekaz 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<br>stanowiska |  |  |  |  |  |  |  |
|                     |  |  |  |  |  |  |  |
|                     |  |  |  |  |  |  |  |

| Elementy podlegające ocenie/kryteria oceny  |  | Egzaminator wpisuje <b>T</b> , jeżeli zdający spełnił kryterium albo <b>N</b> , jeżeli nie spełnił |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Rezultat 1. Rozpoznane problemy podopiecznej</b><br><i>Zapisane (niekoniecznie w dosłownym brzmieniu pod warunkiem zachowania poprawności merytorycznej)</i> |  |  |  |  |  |  |  |
| 1   | stwardnienie rozsiane, nadciśnienie tętnicze   |  |  |  |  |  |  |
| 2   | osłabiona siła mięśniowa kończyn dolnych, drżenie rąk  |  |  |  |  |  |  |
| 3   | zaburzenia koordynacji ruchowej, zawroty głowy/upadki  |  |  |  |  |  |  |
| 4   | zaburzenia ostrości widzenia/zaburzenia widzenia/ból gałki ocznej  |  |  |  |  |  |  |
| 5   | porusza się na wózku inwalidzkim, przeważającą część dnia spędza w łóżku                                 |  |  |  |  |  |  |
| 6   | problemy z mówieniem/mowa niewyraźna/ograniczone kontakty ze współmieszkańcami                           |  |  |  |  |  |  |
| 7   | obniżony nastrój/płacz/nie akceptuje sytuacji związanej z chorobą i miejscem pobytu/narzeka na zmęczenie |  |  |  |  |  |  |
| 8   | niechęć do wykonywania ćwiczeń rehabilitacyjnych, spastyczność mięśni                                    |  |  |  |  |  |  |
| 9   | napadowe nietrzymanie moczu/założone pieluchomajtki/zagrożenie odleżynami                                |  |  |  |  |  |  |
| 10  | niesamodzielna w wykonywaniu zabiegów higienicznych i samoobsługowych/w czynnościach dnia codziennego    |  |  |  |  |  |  |

Numer  
stanowiska

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

**Rezultat 2. Planowane działania opiekuna adekwatne do rozpoznanych problemów***Zapisać (niekoniecznie w dosłownym brzmieniu pod warunkiem zachowania poprawności merytorycznej)*

|    |   |  |  |  |  |  |  |
|----|---|--|--|--|--|--|--|
| 1  | kontrola wartości ciśnienia tętniczego krwi/dokumentowanie wyników pomiaru/zgłaszanie pielęgniarce odchyłeń od normy/wyników pomiaru  |  |  |  |  |  |  |
| 2  | nawiązanie kontaktu z rehabilitantem/lekarzem rehabilitantem/fizjoterapeutą/współdział w ćwiczeniach/motywowanie do ćwiczeń/pomoc podopiecznej w uczestniczeniu/dotarciu na zajęcia fizjoterapeutyczne  |  |  |  |  |  |  |
| 3  | zapewnienie bezpieczeństwa podczas przemieszczania się z łóżka na wózek inwalidzki/odwrotnie, zachęcanie do korzystania z wózka inwalidzkiego, pomoc w przemieszczaniu się na wózek inwalidzki, sprawdzenie sprawności wózka<br><i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane jest co najmniej 1 działanie</i>  |  |  |  |  |  |  |
| 4  | pomoc w dotarciu na konsultację z okulistą, neurologiem, internistą/lekarzem pierwszego kontaktu/ lekarzem rodzinnym, kardiologiem, logopedą<br><i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisanych jest co najmniej 3 specjalistów</i>   |  |  |  |  |  |  |
| 5  | usprawnianie mowy/ćwiczenia logopedyczne/ćwiczenia aparatu mowy, regularne zajęcia o charakterze niewerbalnym /przez mimikę/gesty/ znaki/obrazki<br><i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane jest co najmniej 1 działanie</i>  |  |  |  |  |  |  |
| 6  | nawiązanie kontaktu z psychologiem, rozmowy wspierające, okazywanie zainteresowania podopieczną, życzliwości, zrozumienia, akceptacji, nawiązanie kontaktu z córką, pomoc w komunikowaniu się ze współmieszkańcami<br><i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 2 działania</i>  |  |  |  |  |  |  |
| 7  | eliminowanie/zmniejszenie czynników stresujących/ograniczenie/eliminowanie nadmiernego wysiłku  |  |  |  |  |  |  |
| 8  | podawanie 1,5 -2 l płynów, zakładanie/zmiana pieluchomajtek, zachowanie higieny krocza i pośladków, zabezpieczenie części intymnych środkami pielęgnacyjnymi<br><i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 2 działania</i>  |  |  |  |  |  |  |
| 9  | stosowanie poduszki przeciwoleżynowej na wózek inwalidzki, materaca przeciwoleżynowego, nadzorowanie częstej zmiany pozycji, obserwacja miejsc narażonych na odleżyny, masowanie/oklepywanie miejsc narażonych na odleżyny, naciąganie dolnych warstw pościeli, wymiatanie okruszków, stosowanie bawełnianej bielizny pościelowej<br><i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 3 działania</i> |  |  |  |  |  |  |
| 10 | pomaganie podopiecznej w wykonywaniu czynności higienicznych/dnia codziennego lub zapisane co najmniej 3 czynności typu: mycie ciała, mycie głowy, czesanie, ubieranie/zmiana bielizny osobistej, spożywanie posiłków, korzystanie z toalety, zmiana bielizny pościelowej, prześcielenie łóżka, pomoc przy porządkowaniu szafki   |  |  |  |  |  |  |

Numer  
stanowiska

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

**Przebieg 1. Mycie głowy podopiecznej leżącej w łóżku***Uwaga. Zdający ma na wykonanie zadania 40 minut. Po usłyszeniu komunikatu „czas minął” egzaminator kończy proces oceny.*

Zdający:

|    |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1  | poinformował podopieczną o planowanych zabiegach higienicznych, zapytał o zgodę   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2  | higienicznie umył/zdezynfekował ręce  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3  | obniżył wezglowie łóżka   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4  | wyjął poduszkę spod głowy podopiecznej i ułożył pod barki podopiecznej  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5  | osłonił wezglowie łóżka podkładem ceratowym/folią ochronną, ustawił na nim waniekę pneumatyczną/basen pneumatyczny, koniec odpływu z wanieki/basenu umieścił w wiadrze stojącym na podłodze   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6  | osłonił podkładem ceratowym/folią ochronną wraz z ręcznikiem lub samym ręcznikiem szyję i barki podopiecznej, głowę podopiecznej ułożył w waniece pneumatycznej/basenie pneumatycznym   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7  | sprawił temperaturę wody, polał głowę wodą z dzbanka, trzymając dzbanek za głowę podopiecznej lub prysznicem, nie zalał uszu i oczu podopiecznej  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8  | nałożył szampon na swoją rękę i rozprowadził na włosy podopiecznej, spłukał szampon z włosów, czynność tę powtórzył 2-krotnie   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9  | owinał głowę podopiecznej ręcznikiem, uprzątnął waniekę pneumatyczną/basen z łóżka, ułożył podopieczną na poduszce osłoniętej ręcznikiem. Rozczesał włosy i wysuszył włosy suszarką/zamarkował wysuszenie lub pozostawił do wyschnięcia |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | usunął wodę z wanieki pneumatycznej/basenu i zdezynfekował ją, zdezynfekował tacę/wózek. Grzebień/szczotkę oczyścił i odłożył do szuflady szafki przyłóżkowej. Pracował w fartuchu foliowym ochronnym i rękawiczkach                    |  |  |  |  |  |  |  |  |

Egzaminator .....

*imię i nazwisko*

.....

*data i czytelny podpis*