CENTRALNA KOMISJA EGZAMINACYJNA

Nazwa kwalifikacji: **Wykonywanie medycznych czynności ratunkowych i innych świadczeń opieki zdrowotnej w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz prowadzenie edukacji w tym zakresie**
Oznaczenie kwalifikacji: **Z.12**
Numer zadania: **01**

Arkusz zawiera informacje prawnie chronione do momentu rozpoczęcia egzaminu

Wypełnia zdający

Numer PESEL zdającego*

Miejsce na naklejkę z numerem PESEL i z kodem ośrodka

Układ graficzny © CKE 2015

Z.12-01-15.01
Czas trwania egzaminu:**180 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 przekaż zespołowi nadzorującemu część praktyczną egzaminu.
4. Sprawdź, czy arkusz egzaminacyjny zawiera 7 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!

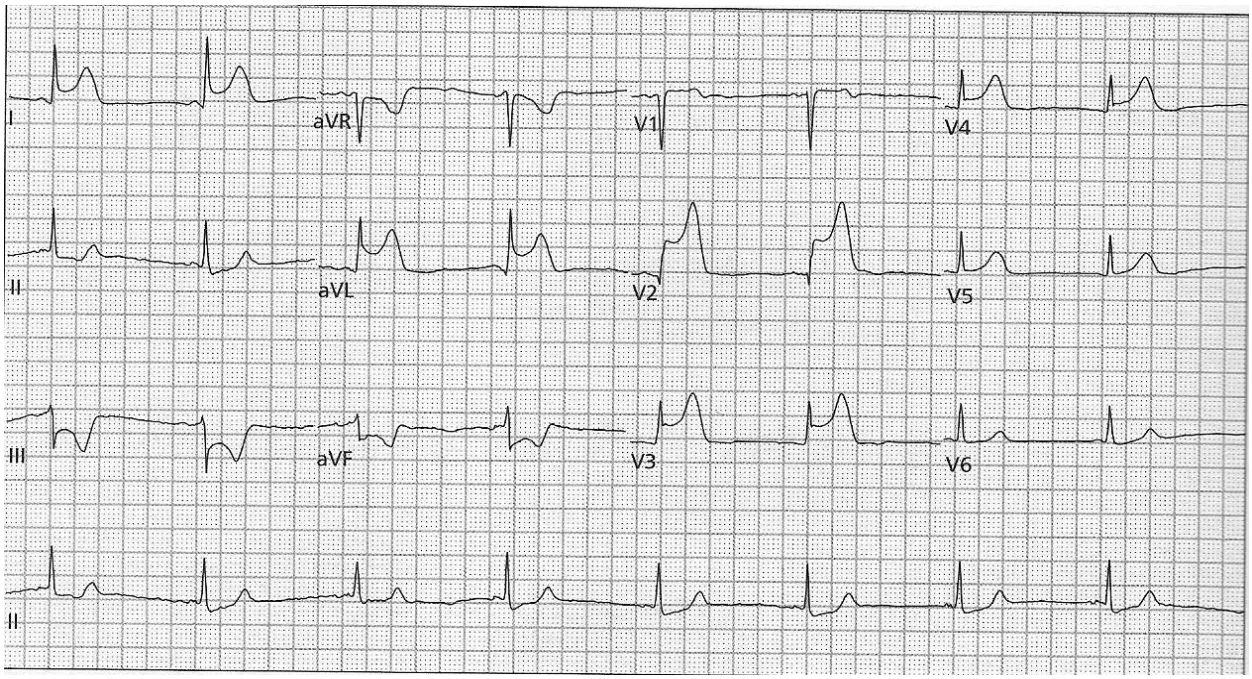
* w przypadku braku numeru *PESEL* – seria i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość

Więcej arkuszy znajdziesz na stronie: arkusze.pl

Zadanie egzaminacyjne

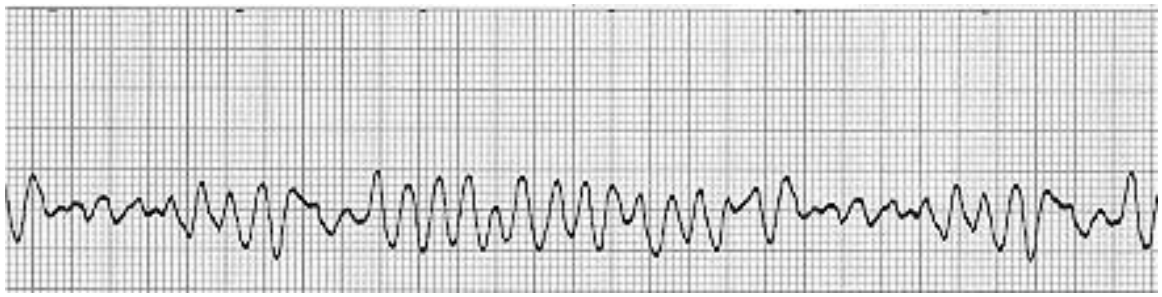
Dyspozytor pogotowia ratunkowego przyjął wezwanie do 50-letniego mężczyzny, Jana Kowalskiego, zamieszkałego w Pięknej przy ul. Ślicznej 1. Żona poszkodowanego przekazała, że w trakcie gotowania przez niego obiadu mąż nagle zasłabł, osunął się na podłogę i odruchowo pociągnął garnek z gotującą się zupą, oblewając się wrzątkiem. Dotychczas leczył się z powodu nadciśnienia tętniczego.

Podstawowy zespół ratownictwa medycznego na miejscu zdarzenia stwierdza: pacjent ważący około 75 kg, wzrostu 170 cm, otwiera oczy pod wpływem bodźców bólowych, jest splątany, wykazuje reakcję obronną na ból. Rumień i pęcherze na skórze brzucha, przedniej powierzchni obu ud oraz przedniej powierzchni lewego przedramienia; rumień na powierzchni przedniej prawego ramienia i przedramienia. Tętno 100/min, nitkowate, miarowe, RR 90/45 mm Hg, oddech 18/min, nad płucami prawidłowy szmer oddechowy, źrenice równe, symetryczne, saturacja 86%, poziom glukozy we krwi włośniczkowej 135 mg%. Po podłączeniu monitora uzyskano następujący zapis EKG:



W trakcie wykonywania czynności medycznych nastąpiło pogorszenie stanu pacjenta: stracił przytomność, nie oddycha, skóra blada, chłodna, tętno na tętnicy szyjnej niewyczuwalne. Ocena według GCS 3 punkty.

Na monitorze EKG widoczny zapis:



Więcej arkuszy znajdziesz na stronie: arkusze.pl

Przedstaw plan działań ratowniczych związanych z udzieleniem poszkodowanemu mężczyźnie pomocy medycznej na miejscu zdarzenia.
Wypełnij Kartę Medycznych Czynności Ratunkowych dla poszkodowanego (zmiany stanu pacjenta, wraz z interpretacją drugiego zapisu EKG, należy zapisać w rubryce *Opis*).
Sporządź zestawienie materiałów potrzebnych do wykonania kaniulacji żyły obwodowej i do podania płynu drogą dożylną.
Formularze do wypełnienia znajdują się w arkuszu egzaminacyjnym.
Na fantomie osoby dorosłej wykonaj zabieg intubacji dotchawiczej przez usta.

Uwaga!
Przez podniesienie ręki zgłoś egzaminatorowi gotowość do wykonania zabiegu na fantomie, a następnie jego zakończenie.

Czas przeznaczony na wykonanie zadania wynosi 180 minut.

Ocenie podlegać będą 3 rezultaty:

- Plan działań ratowniczych zespołu ratownictwa medycznego na miejscu zdarzenia,
- Karta Medycznych Czynności Ratunkowych,
- Zestawienie materiałów potrzebnych do wykonania kaniulacji żyły obwodowej i do podania płynu drogą dożylną,

oraz

przebieg wykonania intubacji dotchawiczej przez usta.

Więcej arkuszy znajdziesz na stronie: arkusze.pl

Plan działań ratowniczych zespołu ratownictwa medycznego na miejscu zdarzenia

Więcej arkuszy znajdziesz na stronie: arkusze.pl

Więcej arkuszy znajdziesz na stronie: arkusze.pl

KARTA MEDYCZNYCH CZYNNOŚCI RATUNKOWYCH

Oznaczenie dysponenta zespołu ratownictwa medycznego (ZRM)	Kod ZRM realizującego zlecenie:	Nr zlecenia wyjazdu:

I - WYWIAD

MIEJSCE ZDARZENIA
w domu ☐
w miejscu publicznym ☐
w ruchu uliczno-drog. ☐
w pracy ☐ w szkole ☐
w rolnictwie ☐

II - BADANIE

GLASGOW-COMA-SCALE

OTWIERANIE OCZU
spontanicznie 4
na głos 3
na ból 2
brak 1
REAKCJA SŁOWNA
zorientowany 5
splątany 4
niewłaściwe słowa 3
niezrozumiałe dźwięki 2
brak 1
REAKCJA RUCHOWA
wykonuje polecenia 6
lokalizacja bólu 5
ucieczka od bólu 4
zgięciowa 3
wyprostna 2
brak 1
SUMA ☐☐

RTS

CZ. ODDECHÓW
10-29 4
>29 3
6-9 2
1-5 1
brak 0
RR SKURCZOWE
>89 4
76-89 3
50-75 2
1-49 1
0 0
GCS
13-15 4
9-12 3
6-8 2
4-5 1
3 0
SUMA ☐☐

UKŁAD ODDECHOWY
częstość oddechów ☐☐ /min
duszność T N
sinica T N
bezdech T N

	L	P
szmer prawidł.	☐	☐
furczenie	☐	☐
świsty	☐	☐
trzeszczenie	☐	☐
rzężenie	☐	☐
brak szmeru	☐	☐

Inne: ....
Saturacja ☐☐ %

ŹRENICE:
Reakcja na światło:

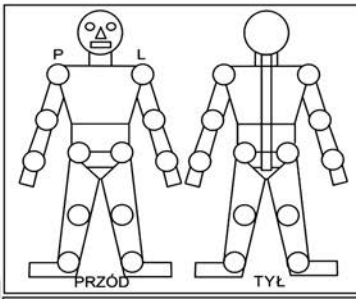
	L	P
prawidłowa	☐	☐
powolna	☐	☐
brak	☐	☐

szerokość:

	L	P
normalna	☐	☐
wąska	☐	☐
szeroka	☐	☐

CIŚNIENIE TĘTNICZE
☐☐☐/☐☐☐ mm Hg

TĘTNO
☐☐☐ /min miarowe ☐ niemiar. ☐



☐ brak obrażeń
O Złamanie otwarte
Z Złamanie zamknięte
W Zwichnięcie
S Stłuczenie
R Rana
K Krwotok z rany
M.Zmiażdżenie
A Amputacja
N Ból nieurazowy
P. Oparzenie
☐ stopnia ☐☐☐ %
☐ stopnia ☐☐☐ %
☐ oparzenie wziewne

Obrażenia anatomiczne kwalifikujące do centrum urazowego
☐ penetrujące rany głowy i tułowia lub urazy tępe z objawami uszkodzenia narządów wewnętrznych głowy, klatki piersiowej i brzucha
☐ amputacja kończyny powyżej kolana lub łokcia
☐ rozległe zmiażdżenia kończyn
☐ uszkodzenie rdzenia kręgowego
☐ złamanie kończyny z uszkodzeniem naczyń i nerwów
☐ złamanie co najmniej dwóch proksymalnych kości długich kończyn lub miednicy

OBJAWY
wstrząs T N
NZK T N
obj.oponowe T N
drgawki T N
afazja T N
wymioty T N
biegunka T N
krwawienie T N
obrzęki T N
zasłabnięcie T N

INNE:
ciąża T N
poród T
chor.zakaźna T

SKÓRA
Wygląd:
w normie ☐
blada ☐
rumień ☐
zażółcenie ☐
sinica obw. ☐
sinica centr. ☐
Wilgotność:
w normie ☐
wilgotna ☐
sucha ☐
Temperatura:
w normie ☐
chłodna ☐
ciepła ☐

JAMA BRZUSZNA
w normie ☐
bolesność palpacyjna ☐
brak perystaltyki ☐
objawy otrzewnowe ☐

OCENA PSYCHO-RUCH.
w normie ☐
spowolniały ☐
pobudzony ☐
agresywny ☐

TONY SERCA
czyste/głośne ☐
stłumione ☐
inne: ☐

NIEDOWŁAD / PORAŻENIE

	L	P
kończyna górna	☐	☐
kończyna dolna	☐	☐

ZAPACH Z UST
rozpuszczalnik org. ☐
alkohol ☐
inne ☐

POZIOM GLUKOZY ☐ mg% ☐ g/l

EKG
Rytm zatokowy ☐
Tachykardia nadkomorowa ☐
Tachykardia komorowa ☐
Migotanie/trzepotanie przedsionków ☐
AV blok ☐
sVES ☐
VES ☐
VF/VT ☐
Asystolia ☐
PEA ☐
Rozrusznik ☐
OZW ☐
Zawał ☐
Inne ☐

OPIS

III - ROZPOZNANIE

	KOD ICD10	KOD ICD10	KOD ICD10

IV - POSTĘPOWANIE Z PACJENTEM

CZYNNOŚCI

odsysanie ☐	defibrylacja ☐	kołnierz ☐	linia żył. obw. ☐
went. workiem ☐	stymulacja zew. ☐	deska ortoped. ☐	linia żył.cent. ☐
rurka UG ☐	kardiowersja ☐	materac próż. ☐	cewnikowanie ☐
intubacja ☐	masaż serca ☐	unieruchomienie ☐	sonda żołąd. ☐
respirator ☐	EKG ☐	opatrunek ☐	monitorowanie ☐
tlenoter.bierna ☐	teletransmisja ☐	inne	

ZALECENIA/UWAGI KIEROWNIKA ZESPOŁU

ZASTOSOWANE LEKI, WYROBY MED.
(nazwa,dawka, droga podania)

V - DANE PACJENTA I PRZEKAZANIE PACJENTA

DANE PACJENTA
Imię: ....
Nazwisko: ....
Adres zamieszkania: ....
ul. .... nr. .... m. ....
Rodz. i nr dok. tożsamości: ....
....

Ident. NFZ: ☐☐☐ **Data urodzenia / wiek** ☐☐☐☐☐☐☐☐
NUMER PESEL pacjenta: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Podpis i pieczątka kierownika ZRM: Zespół (S/P)
data udzielenia pomocy ....

Decyzja Zakładu Opieki Zdrowotnej:
☐ Przyjęcie pacjenta ☐ Odmowa przyjęcia
pieczęć IP/SOR podpis i pieczątka lekarza

Przekazanie pacjenta w IP /SOR / innym:
data .... godz. .... min. ....
Stwierdzenie zgonu / odstąpienie od med.. czynności rat.
data .... godz. .... min. ....

Więcej arkuszy znajdziesz na stronie: arkusze.pl

Zestawienie materiałów potrzebnych do wykonania kaniulacji żyły obwodowej i do podania płynu drogą dożylną

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Więcej arkuszy znajdziesz na stronie: arkusze.pl