

**EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE**  
**Rok 2016**  
**KRYTERIA OCENIANIA**

*Arkusz zawiera informacje prawnie chronione  
do momentu rozpoczęcia egzaminu*

Nazwa kwalifikacji: **Wykonywanie medycznych czynności ratunkowych i innych świadczeń opieki zdrowotnej w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz prowadzenie edukacji w tym zakresie**

Oznaczenie arkusza: **Z.12-01-16.01**

Oznaczenie kwalifikacji: **Z.12**

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

Numer stanowiska							

**Elementy podlegające ocenie/kryteria oceny**

*Egzaminator wpisuje T,  
jeżeli zdający spełnił  
kryterium albo N, jeżeli  
nie spełnił*

**Rezultat 1. Plan działań ratowniczych zespołu ratownictwa medycznego na miejscu zdarzenia**

Zapisane (może być w innym brzmieniu):

1	ABC i stabilizacja ręczna kręgosłupa						
2	szybkie badanie urazowe/ badanie ITLS						
3	tlenoterapia za pomocą maski twarzowej z rezerwuarem tlenu						
4	kaniulacja żył obwodowych (co najmniej dwa wkłucia) lub wkłucie doszpikowe						
5	płynoterapia: NaCl 0,9%/PWE/Płyn Ringera do 1000 ml i.v.lub i.o. (należy zaliczyć, jeżeli zdający zaplanował podawanie płynów pod kontrolą RR)						
6	odsysanie dróg oddechowych za pomocą ssaka, intubacja dotchawicza						
7	założenie kołnierza ortopedycznego, założenie opatrunku na ranę policzka						
8	monitorowanie parametrów życiowych (EKG, oddech, ciśnienie tętnicze, tętno)						
9	ułożenie i stabilizacja na desce ortopedycznej, zapewnienie komfortu cieplnego						
10	powiadomienie dyspozytora CPR o transporcie pacjenta do Centrum Urazowego/ wezwanie zespołu LPR na miejsce zdarzenia						

Numer  
stanowiska


<b>Rezultat 2. Karta Medycznych Czynności Ratunkowych</b>						
1	wypełniony wywiad – zapisane: 42-letni mężczyzna spadł z wysokości ok. 8 m, jest nieprzytomny, zaznaczone miejsce zdarzenia – w miejscu publicznym					
2	zapisane parametry pacjenta (punkt II badanie) wypełniona rubryka GCS: otwieranie oczu – 1, reakcja słowna – 1, reakcja ruchowa – 1, suma – 3					
3	wypełnione rubryki: RTS: częstość oddechów – 4, RR skurczowe – 2, GCS – 0, suma 6, układ oddechowy: częstość oddechów 10, brak szmeru po stronie prawej					
4	wypełnione rubryki: ciśnienie tętnicze – 70/50 mm Hg, tętno – 110/min, obrażenia – na sylwetce zaznaczono: Z na twarzy i Z w okolicy miednicy, R – na prawym policzku					
5	obrażenia anatomiczne kwalifikujące do centrum urazowego: zaznaczone [X]: penetrujące rany głowy i tułowia lub urazy tępe z objawami uszkodzenia narządów wewnętrznych głowy, klatki piersiowej i brzucha, zaznaczone X: złamanie co najmniej dwóch proksymalnych kości długich kończyn lub miednicy					
6	objawy – zaznaczone: wstrząs, krwawienie, skóra – zaznaczone: blada, wilgotna, EKG – zaznaczone zawał					
7	zapisana diagnoza (punkt III rozpoznanie): podejrzenie złamania podstawy czaszki (lub uraz głowy), złamanie żuchwy, nosa, miednicy, zawał serca, wstrząs					
8	zaznaczone czynności związane z postępowaniem z pacjentem (punkt IV): odsysanie, wentylacja workiem, rurka UG, intubacja, respirator, tlenoterapia bierna, EKG, kołnierz, deska ortopedyczna, opatrunek, linia żył obwodowych, monitorowanie. Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zaznaczone są co najmniej 9 czynności z zapisanych					
9	w rubryce zastosowane leki (punkt IV) wymienione: 0,9% NaCl/PWE / sol. Ringerii do 1000 ml i.v.lub i.o. (lub zapisane: pod kontrolą RR), 100% tlen medyczny dotchawczo, w maksymalnym przepływie/ 12-15 l/min					

Numer  
stanowiska


**Rezultat 3: Wykaz sprzętu i środków medycznych potrzebnych do wykonania intubacji dotchawiczej oraz kaniulacji żyły obwodowej z podaniem wlewu kroplowego**

Zestaw do intubacji – zapisane:

1	worek samorozprężalny z maską twarzową i rezerwuarem tlenu								
2	rurki intubacyjne								
3	rurka ustno-gardłowa								
4	laryngoskop z łyżką, prowadnica								
5	fonendoskop/słuchawki lekarskie								
6	żel poślizgowy, strzykawka, plaster/bandaż do mocowania rurki								

Zestaw do kaniulacji – zapisane:

7	kaniula, strzykawka, zestaw do wlewu kroplowego								
8	gaziki, preparat do odkażania skóry								
9	opaska uciskowa/staza								
10	pojemnik na odpady medyczne ostre/niebezpieczne, rękawiczki jednorazowe, okleina do mocowania kaniuli								

Numer  
stanowiska


**Przebieg 1: Wykonanie szybkiego badania urazowego (z pominięciem pleców) oraz założenie rurki ustno-gardłowej***Uwaga: Egzaminator dokonuje oceny po zgłoszeniu gotowości przez zdającego i wyrażeniu zgody przez PZN*

Zdający:

1	ocenił parametry życiowe – wykonał procedurę ABC (ocenił drożność dróg oddechowych, oddech i krążenie)								
2	zbadał głowę, skontrolował wzrokowo otwory nosowe, uszne i oczy								
3	zbadał kręgosłup szyjny i szyję								
4	dobrał rozmiar rurki poprzez zmierzenie odległości od siekaczy do kąta żuchwy lub od kącika ust do płątka usznego								
5	otworzył usta i wprowadził rurkę wcięciem ku górze, a następnie zrotował do właściwej pozycji								
6	zbadał palpacyjnie stabilność klatki piersiowej, osłuchał klatkę piersiową								
7	zbadał powłoki brzuszne (palpacyjnie), zbadał stabilność miednicy (wykonał ucisk na kolce biodrowe przednie górne i od boku miednicy)								
8	zbadał kończyny dolne (sprawdził ciągłość kończyny i obecność patologicznej ruchomości)								
9	zbadał kończyny górne (sprawdził ciągłość kończyny i obecność patologicznej ruchomości)								
10	wykonał szybkie badanie urazowe z zachowaniem kolejności czynności zgodnie ze standardem								

Egzaminator .....

*imię i nazwisko*

.....

*data i czytelny podpis*