

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**

Wypełnia zdający

Miejsce na naklejkę z numerem
PESEL i z kodem ośrodka

Numer PESEL zdającego*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Z.12-01-19.06

Czas trwania egzaminu: **180 minut**

**EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE
Rok 2019
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 przekaz zespołowi nadzorującemu.
4. Sprawdź, czy arkusz egzaminacyjny zawiera 6 stron 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

Zadanie egzaminacyjne

Dyspozytor Centrum Powiadamiania Ratunkowego otrzymał zgłoszenie o wybuchu w warsztacie samochodowym. Poszkodowany został pracownik, który spawał zbiornik paliwa.

Miejsce zdarzenia zostało zabezpieczone przez Policję i Straż Pożarną. Poszkodowany został ewakuowany z warsztatu, leży na trawie przykryty kocem termoizolacyjnym, oddycha.

Do zdarzenia zadysponowano zespół podstawowy ratownictwa medycznego.

Stan poszkodowanego mężczyzny:

- otwiera oczy na bodźce bólowe, nie odpowiada na pytania, zgina kończyny w reakcji na ból;
- parametry: ciśnienie tętnicze 80/60 mmHg, tętno 115 uderzeń /min, oddech płytki 7/min, z wyraźnym świstem wydechowym, SpO₂ 89%;
- skóra głowy, szyi, tułowia z przodu i całych kończyn górnych oparzona (II stopień);
- włosy, brwi i rzęsy opalone;
- liczne rany szarpane obu dłoni.

Przedstaw plan działań ratowniczych związanych z udzieleniem poszkodowanemu mężczyźnie pomocy medycznej na miejscu zdarzenia.

Wypełnij Kartę Medycznych Czynności Ratunkowych dla poszkodowanego.

Oznacz na schemacie sylwetki dorosłego człowieka procentowy udział powierzchni skóry według reguły „dziewiątek” Wallace`a. stosowany do oceny powierzchni oparzenia.

Formularze do wypełnienia znajdują się w arkuszu egzaminacyjnym.

Na fantomie osoby dorosłej wykonaj zabieg intubacji dotchawiczej drogą przez usta.

Czas przeznaczony na wykonanie zadania wynosi 180 minut.

Ocenie podlegać będą 3 rezultaty:

- plan działań ratowniczych wykonanych przez podstawowy zespół ratownictwa medycznego na miejscu zdarzenia,
- wypełniona Karta Medycznych Czynności Ratunkowych
- schemat procentowego udziału powierzchni skóry ciała osoby dorosłej według reguły „dziewiątek” Wallace`a, stosowany do oceny powierzchni oparzenia

oraz

przebieg wykonania na fantomie osoby dorosłej intubacji dotchawiczej drogą przez usta.

Dotted lines for writing.

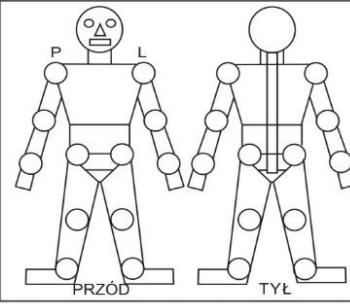
KARTA MEDYCZNYCH CZYNNOŚCI RATUNKOWYCH

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

I - WYWIAD

	MIEJSCA ZDARZENIA w domu..... <input type="checkbox"/> w miejscu publicznym..... <input type="checkbox"/> w ruchu uliczno-drog..... <input type="checkbox"/> w pracy <input type="checkbox"/> w szkole..... <input type="checkbox"/> w rolnictwie..... <input type="checkbox"/>
--	---

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 ucieczka od dźwięki...2 brak.....1 REAKCJA RUCHOWA wykonuje polecenia.....6 lokalizacja bólu.....5 wyprostna.....2 brak.....1 SUMA <input type="text"/>	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 <input type="text"/>	UKŁAD ODDECHOWY częstość oddechów <input type="text"/> /min duszność <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N sinica..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N bezdech..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N szmer prawidł... <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P furczenie..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> świsty..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> trzeszczenie..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> rżenie..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> brak szmeru..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Inne:..... Saturacja..... <input type="text"/> %	ŻRENICZE: Reakcja na światło: prawidłowa... <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P powolna..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> brak..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> szerokość: normalna..... <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P wąska..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> szeroka..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	 PRZÓD TYŁ	<input type="checkbox"/> brak obrażeń O Złamanie otwarte Z Złamanie zamknięte W Zwichnięcie S Stłuczenie R Rana K Krwotok z rany M.Zmiażdżenie A Amputacja N Ból neuropatyczny P. Oparzenie <input type="checkbox"/> stopnia <input type="text"/> / <input type="text"/> % <input type="checkbox"/> stopnia <input type="text"/> / <input type="text"/> % <input type="checkbox"/> oparzenie wżewne
		CIŚNIENIE TĘTNICZE <input type="text"/> / <input type="text"/> mm Hg	Obrażenia anatomiczne kwalifikujące do centrum urazowego <input type="checkbox"/> penetrujące rany głowy i tułowia lub urazy tupe z objawami uszkodzenia narządów wewnętrznych głowy, klatki piersiowej i brzucha <input type="checkbox"/> amputacja kończyny powyżej kolana lub łokcia <input type="checkbox"/> rozległe zmiżdżenia kończyn <input type="checkbox"/> uszkodzenie rdzenia kręgowego <input type="checkbox"/> złamanie kończyny z uszkodzeniem naczyń i nerwów <input type="checkbox"/> złamanie co najmniej dwóch proksymalnych kości długich kończyn lub miednicy		

OBJAWY wstrząs..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N NZK..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N obj.oponowe... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N drgawki..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N afazja..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N wymioty..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N biegunka..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N krwawienie... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N obrzęki..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N zasłabnięcie... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N INNE: cięża..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N poród..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N chor.zakaźna <input type="checkbox"/> T	SKÓRA Wygląd: w normie..... <input type="checkbox"/> blada..... <input type="checkbox"/> rumień..... <input type="checkbox"/> zażółcenie... <input type="checkbox"/> sinica obw... <input type="checkbox"/> sinica centr. <input type="checkbox"/> Wilgotność: w normie..... <input type="checkbox"/> wilgotna..... <input type="checkbox"/> sucha..... <input type="checkbox"/> Temperatura: w normie..... <input type="checkbox"/> chłodna..... <input type="checkbox"/> ciepła..... <input type="checkbox"/>	JAMA BRZUSZNA w normie..... <input type="checkbox"/> bolesność palpacyjna... <input type="checkbox"/> brak perystaltyki.. <input type="checkbox"/> objawy otrzewnowe.. <input type="checkbox"/> OCENA PSYCHO-RUCH. w normie..... <input type="checkbox"/> spowolniały... <input type="checkbox"/> pobudzony..... <input type="checkbox"/> agresywny..... <input type="checkbox"/>	TONY SERCA czyste/głośnie..... <input type="checkbox"/> stłumione..... <input type="checkbox"/> inne:..... <input type="checkbox"/> NIEDOWŁAD / PORAZENIE kończyna górna <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P kończyna dolna <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ZAPACH Z UST rozpuszczalnik org..... <input type="checkbox"/> alkohol..... <input type="checkbox"/> inne..... <input type="checkbox"/> POZIOM <input type="text"/> mg% GLUKOZY <input type="text"/> g/l	EKG Rytm zatokowy... <input type="checkbox"/> Tachykardia nadkomorowa... <input type="checkbox"/> Tachykardia komorowa... <input type="checkbox"/> Migotanie/trzepotanie przedsionków... <input type="checkbox"/> AV blok..... <input type="checkbox"/> sVES..... <input type="checkbox"/> VES..... <input type="checkbox"/> VF/VT..... <input type="checkbox"/> Asystolia..... <input type="checkbox"/> PEA..... <input type="checkbox"/> Rozrusznik..... <input type="checkbox"/> OZW..... <input type="checkbox"/> Zawał..... <input type="checkbox"/> Inne..... <input type="checkbox"/>	OPIS
---	---	---	--	---	--

III - ROZPOZNANIE

	KOD ICD10	KOD ICD10	KOD ICD10

IV - POSTĘPOWANIE Z PACJENTEM

CZYNNOŚCI odsysanie..... <input type="checkbox"/> defibrylacja..... <input type="checkbox"/> kołnierz..... <input type="checkbox"/> linia żył. obw..... <input type="checkbox"/> went. workiem. <input type="checkbox"/> stymulacja zew... <input type="checkbox"/> deska ortoped..... <input type="checkbox"/> linia żył.cent..... <input type="checkbox"/> rurka UG..... <input type="checkbox"/> kardiowersja..... <input type="checkbox"/> materac próż..... <input type="checkbox"/> cewnikowanie... <input type="checkbox"/> intubacja..... <input type="checkbox"/> masaż serca..... <input type="checkbox"/> unieruchomienie... <input type="checkbox"/> sonda żołąd..... <input type="checkbox"/> respirator..... <input type="checkbox"/> EKG..... <input type="checkbox"/> opatrunek..... <input type="checkbox"/> monitorowanie... <input type="checkbox"/> tlenoter.bierna. <input type="checkbox"/> teletransmisja... <input type="checkbox"/> inne.....	ZASTOSOWANE LEKI, WYROBY MED. (nazwa,dawka, droga podania)
--	--

ZALECENIA/UWAGI KIEROWNIKA ZESPOŁU	

V - DANE PACJENTA I PRZEKAZANIE PACJENTA

DANE PACJENTA Imię:..... Nazwisko:..... Adres zamieszkania:..... ul.....nr.....m..... Rodz. i nr dok. tożsamości:.....	Ident. NFZ: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Data urodzenia / wiek <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUMER PESEL pacjenta: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Decyzja Zakładu Opieki Zdrowotnej: <input type="checkbox"/> Przyjęcie pacjenta <input type="checkbox"/> Odmowa przyjęcia pieczęć IP/SOR podpis i pieczęć lekarza
Podpis i pieczęć kierownika ZRM: <input type="text"/> Zespół (S/P) data udzielenia pomocy:.....	Przekazanie pacjenta w IP /SOR / innym: data.....godz..... min..... Stwierdzenie zgonu / odstąpienie od med. czynności rat. data.....godz..... min.....	

**Procentowy udział powierzchni skóry ciała osoby dorosłej
według reguły „dziewiątek” Wallace’a, stosowany do oceny powierzchni oparzenia**

