

**Arkusz zawiera informacje prawnie
chronione do momentu rozpoczęcia egzaminu**

Układ graficzny © CKE 2020

CKE **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**

Wersja arkusza: **SG**

Miejsce na naklejkę z numerem
PESEL i z kodem ośrodka

Wypełnia zdający

Numer PESEL zdającego*

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

Z.12-01-22.06-SG

Czas trwania egzaminu: **180 minut**

EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE

Rok 2022

CZĘŚĆ PRAKTYCZNA

**PODSTAWA PROGRAMOWA
2012**

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 przełącz zespołowi nadzorującemu.
4. Sprawdź, czy arkusz egzaminacyjny zawiera 4 strony 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

Na drodze powiatowej doszło do wypadku komunikacyjnego. Dyspozytor CPR przyjął wezwanie. Wzywający pomocy świadek zdarzenia poinformował, że motocyklista wyprzedzający z dużą szybkością samochód ciężarowy nie zauważył wyjeżdżającego z pola na drogę ciągnika rolniczego i zderzył się z nim. Poszkodowany po uderzeniu w maszynę został odrzucony na odległość ok. 6 metrów i leży na ziemi. Jest nieprzytomny. Ubranie na brzuchu jest podarte i ma plamy krwi. Dyspozytor pogotowia ratunkowego wysłał na miejsce zdarzenia zespół specjalistyczny w składzie dwóch ratowników medycznych i lekarz. Po przybyciu na miejsce zdarzenia zespół zastał policję zabezpieczającą to miejsce. Zespół przystąpił do działań ratowniczych, stwierdzając następujące fakty: poszkodowanym jest mężczyzna lat ok. 30, który otwiera oczy na bodziec bólowy, wydaje nieartykułowane dźwięki, próbuje odsunąć dłonie ratownika badającego brzuch. Zmierzone parametry życiowe wynosiły: tętno 100/min., miarowe, RR 90/55 mmHg, oddech 28/min., nad płucami prawidłowy szmer oddechowy, źrenice równe, symetryczne, saturacja 94%, poziom glukozy we krwi włośniczkowej 135 mg%, lewa kończyna dolna zniekształcona w obrębie podudzia z obrzękiem, na brzuchu rana długości ok.20 cm z wytrzewieniem (na powierzchni brzucha widoczne pętle jelitowe).

Sporządź pisemne zestawienie sprzętu, środków i materiałów niezbędnych do wykonania kaniulacji żyły obwodowej i do podania płynu drogą dożylną

Wypełnij Kartę Medycznych Czynności Ratunkowych dla poszkodowanego uwzględniając dane z zadania, mechanizm urazów oraz czynności medyczne podjęte na miejscu przez zespół ratownictwa medycznego.

Wykonaj na fantomie dorosłego człowieka procedurę szybkiego badania urazowego (pomiń ocenę pleców) oraz zabieg unieruchomienia złamania zamkniętego podudzia lewego.

Po wykonaniu zabiegu uporządkuj stanowisko pracy.

Zamiar wykonania zabiegu na fantomie zgłoś przez podniesienie ręki.

Wypełnioną dokumentację pozostaw na stanowisku egzaminacyjnym do oceny przez egzaminatora.

Czas przeznaczony na wykonanie zadania praktycznego wynosi 180 minut.

Ocenie podlegać będą 2 rezultaty:

- sporządzone zestawienie sprzętu, środków i materiałów niezbędnych do wykonania kaniulacji żyły obwodowej i do podania płynu drogą dożylną,
- wypełniona Karta Medycznych Czynności Ratunkowych
oraz
przebieg szybkiego badania urazowego (z pomięciem oceny pleców) ,
przebieg unieruchomienia złamania zamkniętego podudzia lewego

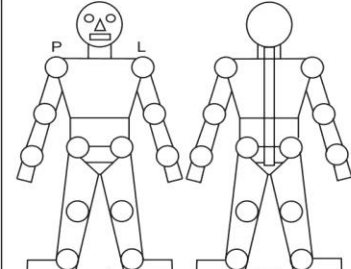
KARTA MEDYCZNYCH CZYNNOŚCI RATUNKOWYCH

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

I - WYWIAD

| | |
|--|--|
| | MIEJSCE ZDARZENIA w domu..... <input type="checkbox"/> w miejscu publicznym..... <input type="checkbox"/> w ruchu uliczo-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 SŁOWNNA 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 <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"/> świsty..... <input type="checkbox"/> trzeszczenie..... <input type="checkbox"/> rżenie..... <input type="checkbox"/> brak szmeru..... <input type="checkbox"/> Inne:..... Saturacja..... <input type="text"/> % | ŻRENICE: Reakcja na światło: prawidłowa..... <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P powolna..... <input type="checkbox"/> brak..... <input type="checkbox"/> szerokość: L P normalna..... <input type="checkbox"/> wąska..... <input type="checkbox"/> szeroka..... <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> brak obrażeń O Złamanie otwarte Z Złamanie zamknięte W Zwichnięcie S Stłuczenie R Rana K Krwotok z rany M Zmiazdzenie A Amputacja N Ból nieurazowy P Oparzenie <input type="checkbox"/> stopnia <input type="text"/> % <input type="checkbox"/> stopnia <input type="text"/> % <input type="checkbox"/> oparzenie wżwne |
| Obrażenia anatomiczne kwalifikujące do centrum urazowego <input type="checkbox"/> penetrujące rany głowy i tułowia lub urazy tępe z objawami uszkodzenia narządów wewnętrznych głowy, klatki piersiowej i brzucha <input type="checkbox"/> amputacja kończyny powyżej kolana lub łokcia <input type="checkbox"/> rozległe zmiażdżenia kończyn <input type="checkbox"/> uszkodzenie rdzenia kręgowego <input type="checkbox"/> złamanie kończyny <input type="checkbox"/> z uszkodzeniem naczyń i nerwów <input type="checkbox"/> złamanie co najmniej dwóch proksymalnych kości długich kończyny lub miednicy | | | | | |
| CISNIENIE TĘTNICZE <input type="text"/> / <input type="text"/> mm Hg TĘTNO <input type="text"/> /min miarowe <input type="checkbox"/> niemiar. <input type="checkbox"/> | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|---|---|-------------|
| 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: ciąża..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N poród..... <input type="checkbox"/> T 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"/> | 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 |
| ZAPACH Z UST rozpuszczalnik org..... <input type="checkbox"/> alkohol..... <input type="checkbox"/> inne..... <input type="checkbox"/> POZIOM GLUKOZY <input type="text"/> mg% <input type="text"/> g/l | | | | | |

III - ROZPOZNANIE

| | | | |
|--|-----------|-----------|-----------|
| | KOD ICD10 | KOD ICD10 | KOD ICD10 |
|--|-----------|-----------|-----------|

IV - POSTĘPOWANIE Z PACJENTEM

| | |
|--|---|
| CZYNNOŚCI odsysanie..... <input type="checkbox"/> went. workiem..... <input type="checkbox"/> rurka UG..... <input type="checkbox"/> intubacja..... <input type="checkbox"/> respirator..... <input type="checkbox"/> tlenoter.bierna..... <input type="checkbox"/> defibrylacja..... <input type="checkbox"/> stymulacja zew..... <input type="checkbox"/> kardiowersja..... <input type="checkbox"/> masaż serca..... <input type="checkbox"/> EKG..... <input type="checkbox"/> teletransmisja..... <input type="checkbox"/> kołnier..... <input type="checkbox"/> deska ortoped..... <input type="checkbox"/> materac próż..... <input type="checkbox"/> unieruchomienie..... <input type="checkbox"/> opatrunek..... <input type="checkbox"/> inne..... <input type="checkbox"/> linia żył. obw..... <input type="checkbox"/> linia żył.cent..... <input type="checkbox"/> cewnikowanie..... <input type="checkbox"/> sonda żołąd..... <input type="checkbox"/> monitorowanie..... <input type="checkbox"/> | 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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Data urodzenia / wiek <input type="text"/> <input type="text"/> <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"/> | 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: _____ 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..... |

