

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**

Wypełnia zdający

Miejsce na naklejkę z numerem
PESEL i z kodem ośrodka

Numer PESEL zdającego*

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

Z.12-01-22.01-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 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 domu jednorodzinnym na obrzeżach miasta. Poszkodowana została kobieta lat ok. 50. Do zdarzenia zadysponowano zespół podstawowy ratownictwa medycznego oraz zastęp ratowniczy Straży Pożarnej.

Na miejscu zdarzenia zastano:

- teren zabezpieczony przez Policję i Straż Pożarną,
- poszkodowana (właścicielka domu, w którym doszło do wybuchu) leży na trawie przykryta kocem termoizolacyjnym.

Stan poszkodowanej:

- otwiera oczy na bodźce bólowe, nie odpowiada na pytania, jęczy, zgina kończyny w reakcji na ból,
- parametry: ciśnienie tętnicze 170/100 mmHg, tętno 48 uderzeń /min, oddech 9/min niemiary,
- gałki oczne zbaczają w prawą stronę, reagują na światło, prawa źrenica szersza,
- na skórze głowy w okolicy skroniowej prawej rana tłuczona z niewielkim krwawieniem,
- skóra twarzy z oparzeniami II°.

W trakcie wykonywania czynności ratunkowych u poszkodowanej wystąpiły drgawki, a po ich ustąpieniu zauważono obniżenie napięcia mięśniowego kończyny górnej i dolnej po stronie lewej.

Czas dotarcia ambulansu z miejsca zdarzenia do najbliższego SOR wynosi 14 minut, do Centrum Urazowego – 30 minut.

Przedstaw plan działań ratowniczych związanych z udzieleniem poszkodowanej kobiecie pomocy medycznej przez zespół podstawowy RM na miejscu zdarzenia.

Wypełnij Kartę Medycznych Czynności Ratunkowych dla poszkodowanej.

Sporządź zestawienie sprzętu i materiałów niezbędnych do wykonania intubacji dotchawiczej oraz założenia jałowego opatrunku na ranę głowy.

Formularze do wypełnienia znajdują się w arkuszu egzaminacyjnym.

Na fantomie osoby dorosłej wykonaj szybkie badanie urazowe (z pominięciem badania płuc) i kaniulację żyły obwodowej kończyny górnej.

Czas przeznaczony na wykonanie zadania wynosi 180 minut.

Ocenie podlegać będą 3 rezultaty:

- plan działań ratowniczych,
- wypełniona Karta Medycznych Czynności Ratunkowych,
- wykaz sprzętu i materiałów niezbędnych do wykonania intubacji dotchawiczej oraz założenia opatrunku

oraz

przebieg wykonania na fantomie osoby dorosłej badania urazowego (z pominięciem badania płuc) i kaniulacji żyły obwodowej kończyny górnej.

Plan działań ratowniczych
(związanych z udzieleniem poszkodowanej kobiecie pomocy medycznej przez zespół podstawowy RM na miejscu zdarzenia)

[illegible]

Blank sheet with horizontal dotted lines for writing.

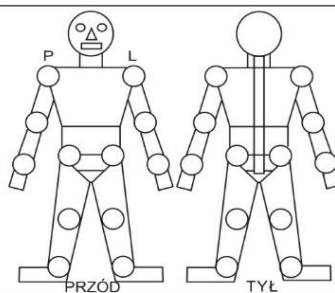
KARTA MEDYCZNYCH CZYNNOŚCI RATUNKOWYCH

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

I - WYWIAD

	MIEJSCE ZDARZENIA w domu..... ☐ w miejscu publicznym..... ☐ w ruchu ulicno-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 szmer prawidł..... ☐ L ☐ P furczenie..... ☐ ☐ świsły..... ☐ ☐ trzeszczenie..... ☐ ☐ rżenie..... ☐ ☐ brak szmeru..... ☐ ☐ Inne..... ☐ Saturacja..... %	ŻRENIC: Reakcja na światło: prawidłowa..... ☐ L ☐ P powolna..... ☐ ☐ brak..... ☐ ☐ szerokość: normalna..... ☐ L ☐ P wąska..... ☐ ☐ szeroka..... ☐ ☐ CIŚNIENIE TĘTNICZE / mm Hg TĘTNO /min miarowe..... ☐ niemiar..... ☐	 ☐ brak obrażeń ☐ Złamanie otwarte ☐ Złamanie zamknięte ☐ W zwichnięcie ☐ S Stłuczenie ☐ R Rana ☐ K Krwotok z rany ☐ M Zmiazdzenie ☐ A Amputacja ☐ N Ból nieurazowy ☐ P Oparzenie ☐ stopnia % ☐ stopnia % ☐ oparzenie wżewne
--	---	--	---	--

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 ☐ N chor.zakaźna..... ☐ T	SKÓRA Wygląd: w normie..... ☐ błada..... ☐ rumień..... ☐ zażółcenie..... ☐ sinica obw..... ☐ sinica centr..... ☐ Wilgotność: w normie..... ☐ wilgotna..... ☐ sucha..... ☐ Temperatura: w normie..... ☐ chłodna..... ☐ ciepla..... ☐	JAMA BRZUSZNA w normie..... ☐ bolesność..... ☐ palpacyjna..... ☐ brak perystaltyki..... ☐ objawy otrzewnowe..... ☐ OCENA PSYCHO-RUCH. w normie..... ☐ spowolniały..... ☐ pobudzony..... ☐ agresywny..... ☐	TONY SERCA czyste/głośnie..... ☐ stłumione..... ☐ inne..... ☐ NIEDOWŁAD / PORAZENIE kończyna górna..... ☐ L ☐ P kończyna dolna..... ☐ ☐ ZAPACH Z UST rozpuszczalnik org..... ☐ alkohol..... ☐ inne..... ☐ POZIOM mg% GLUKOZY 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 ☐ uszkodzenie rdzenia kręgowego ☐ złamanie kończyny z uszkodzeniem naczyń i nerwów ☐ złamanie co najmniej dwóch proksymalnych kości długich kończyn lub miednicy
---	--	---	---	---	--

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.....	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: Data urodzenia / wiek NUMER PESEL pacjenta: Podpis i pieczęć kierownika ZRM: Zespół (S/P) data udzielenia pomocy:	Decyzja Zakładu Opieki Zdrowotnej: ☐ Przyjęcie pacjenta ☐ Odmowa przyjęcia pieczęć IP/SOR podpis i pieczęć lekarza Przekazanie pacjenta w IP /SOR / innym: data.....godz.....min..... Stwierdzenie zgonu / odstąpienie od med. czynności rat. data.....godz.....min.....
--	---	--

[illegible]