

**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**

Symbol 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.12-01-24.06-SG

Czas trwania egzaminu: **180 minut**

EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE

Rok 2024

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 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 przyjął wezwanie do zdarzenia w Ośrodku Szkolenia Wspinaczkowego. Właściciel ośrodka przekazał dyspozytorowi informację, że w wyniku upadku z wysokości około 8 metrów został uszkodzony 42-letni mężczyzna. Jest nieprzytomny. Na miejsce zdarzenia został wysłany podstawowy zespół ratownictwa medycznego w dwuosobowym składzie.

Podczas badania na miejscu zdarzenia stwierdzono, że uszkodzony mężczyzna jest nieprzytomny, leży na plecach z głową odchyloną na prawy bok. Ma złamaną nasadę nosa i żuchwę oraz krwawiącą ranę wielkości ok. 3 cm na prawym policzku. Występuje krwawienie z jamy ustnej, nosa i uszu. Stwierdzono również niestabilność w obrębie kośćca miednicy. Powłoki skórne są blade, pokryte zimnym potem.

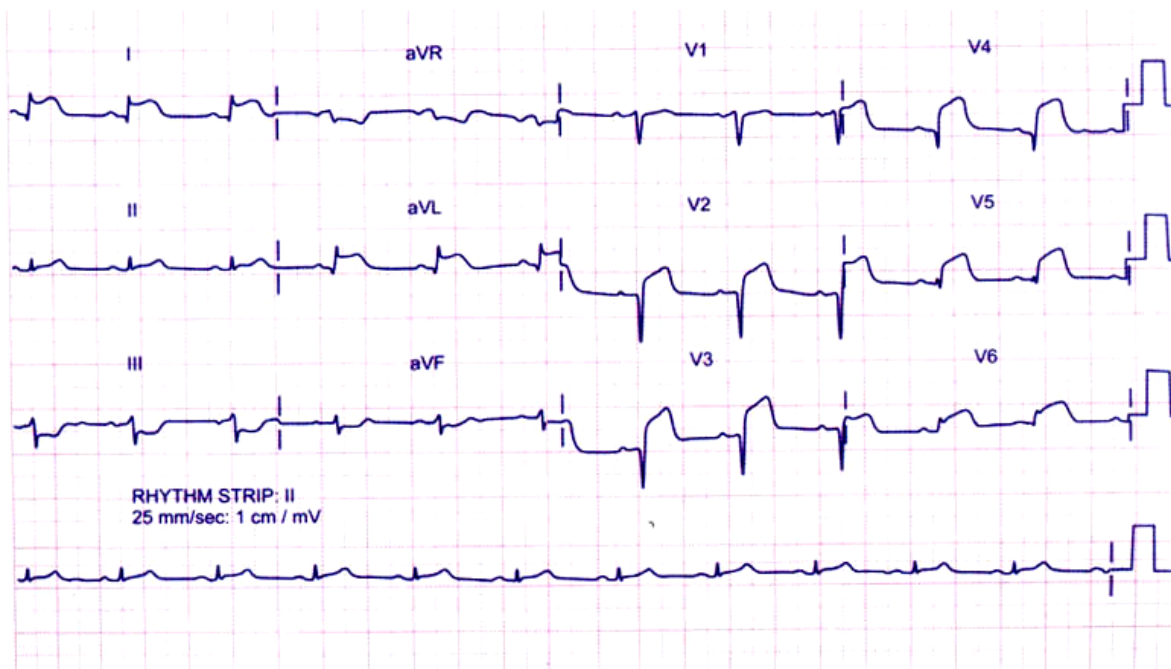
Parametry życiowe uszkodzonego: tętno 110 ud/min, RR 70/50 mm Hg, oddech płytki, 10/min, źrenice równe, niereagujące na światło.

Otwieranie oczu: nie otwiera.

Reakcja słowna: brak.

Reakcja ruchowa: brak.

Na monitorze EKG widoczny jest zapis:



W trakcie wykonywania czynności ratunkowych zwiększyło się krwawienie z jamy ustnej.

Najbliższy SOR jest oddalony od miejsca zdarzenia o 12 km, a Centrum Urazowe o 38 km.

Przedstaw plan działań ratowniczych związanych z udzieleniem pomocy medycznej uszkodzonemu mężczyźnie przez podstawowy zespół RM, na miejscu zdarzenia.

Wypełnij Kartę Medycznych Czynności Ratunkowych dla uszkodzonego mężczyzny.

Sporządź wykaz sprzętu i środków medycznych potrzebnych do wykonania intubacji dotchawiczej oraz kaniulacji żyły obwodowej z podaniem wlewu kroplowego.

Formularze do wypełnienia znajdują się w arkuszu egzaminacyjnym.

Wykonaj na fantomie osoby dorosłej szybkie badanie urazowe (pomiń ocenę pleców) oraz załóż rurkę ustno-gardłową.

Uwaga!

Przez podniesienie ręki zgłoś egzaminatorowi gotowość do wykonania zabiegów na fantomie, a następnie ich zakończenie.

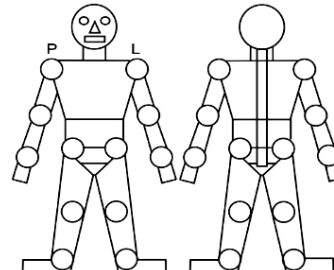
KARTA MEDYCZNYCH CZYNNOŚCI RATUNKOWYCH

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 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 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"/> <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"/> <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"/> %	ŻRENICIE: 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"/> CIŚNIENIE TĘTNICZE mm Hg <input type="text"/> / <input type="text"/> TĘTNO miarowe <input type="checkbox"/> <input type="text"/> /min niemiarek <input type="checkbox"/>	 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> brak obrażeń <input type="checkbox"/> O Złamanie otwarte <input type="checkbox"/> Z Złamanie zamknięte <input type="checkbox"/> W Zwłknięcie <input type="checkbox"/> S Słuczenie <input type="checkbox"/> R Rana <input type="checkbox"/> K Krwotok z rany <input type="checkbox"/> M.Zmiażdżenie <input type="checkbox"/> A Amputacja <input type="checkbox"/> N Ból nieurazowy <input type="checkbox"/> P. Oparzenie <p><input type="checkbox"/> stopnia <input type="text"/> <input type="text"/> % <input type="checkbox"/> stopnia <input type="text"/> <input type="text"/> % <input type="checkbox"/> oparzenie wżwienne</p> <p>Obrażenia anatomiczne kwalifikujące do centrum urazowego</p> <ul style="list-style-type: none"> <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 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 zastąbnienie <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"/> <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 <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"/> <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: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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.....

