

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

Układ graficzny © CKE 2020

CKE **CENTRALNA
KOMISJA
EGZAMINACYJNA**

Nazwa kwalifikacji: **Prowadzenie działalności profilaktyczno-leczniczej pod nadzorem i na zlecenie lekarza dentystry oraz utrzymanie gabinetu w gotowości do pracy i prowadzenie promocji zdrowia**

Symbol kwalifikacji: **Z.14**

Numer zadania: **01**

Wersja arkusza: **SG**

Miejsce na naklejkę z numerem
PESEL i z kodem ośrodka

Wypełnia zdający

Numer PESEL zdającego*

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

Z.14-01-24.06-SG

Czas trwania egzaminu: **150 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

Wykorzystując informacje z *Ortodontycznej karty pacjenta*, przygotuj stanowisko pracy do zabiegu lakierowania zębów, wykonaj zabieg lakierowania zębów na modelu zębowym oraz wykonaj ćwiczenie Skalouda.

Skompletuj wszystkie potrzebne leki, materiały, narzędzia i sprzęt. Wanienska z roztworem środka dezynfekcyjnego oraz pojemniki na odpady medyczne zakaźne i medyczne inne niż niebezpieczne są już przygotowane na stanowisku pracy.

Do osuszania zębów wykorzystaj kuleczki z waty.

UWAGA - *Stanowisko przygotowane do pracy zasygnalizuj przez podniesienie ręki. Po uzyskaniu zgody PZN i w obecności egzaminatora wykonaj zabieg oraz ćwiczenie.*

Wykonanie zabiegu udokumentuj w *Ortodontycznej karcie pacjenta*.

Podpisuj się jako Malwina Woźna. Za datę zabiegu przyjmij datę egzaminu.

Ustal i zapisz w odpowiednich formularzach *Przeciwwskazania do zabiegu lakierowania zębów, Zalecenia pozabiegowe oraz Zalecenia higienizacyjne dla pacjentki.*

Wszystkie formularze do wypełnienia znajdują się w arkuszu egzaminacyjnym.

Uporządkuj stanowisko pracy po zabiegu. Wszystkie materiały i narzędzia użyte w czasie zabiegu traktuj jako zakaźne.

Arkusz pozostaw na biurku do oceny.

Wykonując zadanie, przestrzegaj zasad ochrony środowiska, bezpieczeństwa, higieny i ergonomii pracy.

Czas przeznaczony na wykonanie zadania wynosi 150 minut.

Ocenie podlegać będzie 5 rezultatów:

- stanowisko przygotowane do pracy,
- Ortodontyczna karta pacjenta,
- Przeciwwskazania do zabiegu lakierowania zębów i Zalecenia pozabiegowe,
- Zalecenia higienizacyjne dla pacjenta,
- uporządkowane stanowisko pracy po zabiegu

oraz

przebieg wykonania zabiegu lakierowania zębów oraz wykonania ćwiczenia Skalouda.

Instrukcja stosowania lakieru fluorowego

FluoroDose

Skład jakościowy i ilościowy - 0,3 ml lakieru zawiera 5% fluorek sodu (22 600 ppm).

Postać farmaceutyczna: lakier stomatologiczny.

Wskazania do stosowania: profilaktyka próchnicy zębów, leczenie nadwrażliwości szyjek zębowych, w trakcie leczenia ortodontycznego i po zdjęciu aparatu stałego, po wybielaniu.

Czyszczenie zębów przed zabiegiem fluoryzacji:

W gabinecie stomatologicznym zaleca się nakładanie lakieru po profesjonalnym oczyszczeniu zębów.

Dawkowanie: W przypadku przeciętnej podatności na próchnicę zaleca się powtarzanie zabiegu co 6 miesięcy; może to być połączone z rutynową kontrolą stanu uzębienia.

U pacjentów ze zwiększonym ryzykiem powstania próchnicy zaleca się przeprowadzanie zabiegu co 3 miesiące. W przypadku leczenia nadwrażliwości zębów poprawę przynosi 2, 3-krotne zastosowanie lakieru z kilkudniowymi przerwami pomiędzy kolejnymi zabiegami.

Sposób użycia:

- oczyścić zęby z płytki bakteryjnej
- osuszyć zęby za pomocą kuleczek z waty
- usunąć folię zabezpieczającą lakier i pędzelek
- przy pomocy pędzelka zamieszać lakier w zagłębieniu
- lakier nakładać cienką warstwą pędzelkiem na wszystkie powierzchnie zęba zagrożone próchnicą i dokładnie wcierać, zwłaszcza na powierzchniach stycznych
- lakier wysycha 10 s, po tym czasie pacjent może zamknąć usta
- wyrzucić opakowanie

Zalecenia pozabiegowe: Przez 2 godziny **po zabiegu** nie spożywać twardych produktów i nie pić gorących napojów oraz nie szczotkować zębów przez co najmniej 4-6 godzin.

Przeciwwskazania: Nadwrażliwość na składniki lakieru. Lakier nie powinien być stosowany u pacjentów: z wrzodziejącym zapaleniem dziąseł i śluzówki jamy ustnej, z astmą oskrzelową, a także u pacjentów, u których nie można zagwarantować kontroli odruchu połknięcia (np. pacjentów niepełnosprawnych).

Dodatkowe uwagi: Instrumenty stomatologiczne, ubranie itd., które ulegną zabrudzeniu lakierem można oczyścić za pomocą alkoholu.

ORTODONTYCZNA KARTA PACJENTA NR 102/22

DANE O PACJENCIE

Imię i nazwisko: *Maciej Mazur*

Data urodzenia: *12.05.2014 r.* **Wiek:** 10

Adres: *ul. Leśna 14 14-100 Ostróda* **tel.** 510 254 447

WYWIAD

Dolegliwości pacjenta: brak

Obciążenia rodzinne: brak

Czy pacjent był leczony ortodontycznie **TAK** **NIE**

Terapia: *brak*

Czas leczenia: *brak*

OBJAWY DYSFUNKCJI SSŻ **TAK** **NIE**

NAWYKI

- ssanie palca - smoczek lub butelka - zaciskanie zębów
- obgryzanie paznokci - gryzienie ołówka - żucie gumy
- zgrzytanie zębami - gryzienie policzka - gra na instrumentach
- inne *nie zgłasza*

STAN OGÓLNY PACJENTA

- wady postaw TAK NIE
- drożność dróg oddechowych TAK NIE
- choroby ogólne *brak*
- przyjmowane leki *brak*
- waga *26 kg* wzrost *128 cm*

ORTODONTYCZNE BADANIE KLINICZNE

Badanie zewnętrzne

1. Rysy twarzy:

- płaszczyna pośrodkowa: *bez zmian, prawidłowa*
- płaszczyna czołowa: *wysunięta okolica podnosowa*
- płaszczyna pozioma: *bez zmian, prawidłowa*

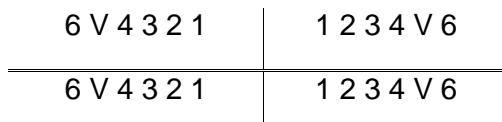
2. Badania czynnościowe:

- wynik testu czynnościowego wg Orlik-Grzybowskiej
 dodatni ujemny pośredni
- badanie SSŻ: *brak oznak dysfunkcji*
- mowa: *seplenienie*
- połykanie: *prawidłowe*
- oddychanie: *przez usta*
- żucie: *niechętnie*

Badanie wewnętrzne

DIAGRAM ZĘBOWY

data 20.05.2024 r.



- szpary między zębami TAK NIE
- starcie guzków TAK NIE
- klasa Angle'a I

ROZPOZNANIE KLINICZNE: *Protruzja siekaczy górnych. Hipotonia mięśnia okrężnego ust.*

PLAN LECZENIA ORTOPEDYCZNO-SZCZĘKOWEGO:

1. *Mioterapia. Wzmocnienie mięśnia okrężnego ust. Zlecono wykonywanie ćwiczenia Skalouda (10-15 razy 2-3 razy w ciągu dnia).*
2. *Zmiana nawyków żywieniowych, polecono żucie twardych pokarmów.*
3. *Zapobieganie próchnicy oraz przestrzeganie higieny jamy ustnej.*

PRZEBIEG LECZENIA

Data	Ząb	Zabiegi terapeutyczne i profilaktyczne, uwagi, zalecenia	Podpis
20.05.2024	00	<p><i>Badanie jamy ustnej</i></p> <p><u>Na kolejnej wizycie</u> Zlecam pokaz wykonania ćwiczenia Skalouda (ilość powtórzeń: 4) dla pacjenta i rodzica (opiekuna prawnego). <i>Proszę wykonać zabieg lakierowania zębów 16, 14, 24, 26 lakierem fluorowym FluoroDose.</i></p> <p><i>Wszystkie zęby zostały oczyszczone z płytki bakteryjnej.</i></p> <p><i>Proszę przekazać zalecenia pozabiegowe i zalecenia higienizacyjne dla pacjenta w formie pisemnej.</i></p>	<p><i>Lekarz dentysta Daria Lis</i></p>
.....

PRZECIWWSKAZANIA DO ZABIEGU LAKIEROWANIA ZĘBÓW:

1.
 2.
 3.
 4.
-
-

ZALECENIA POZABIEGOWE:

.....

.....

.....

ZALECENIA HIGIENIZACYJNE DLA PACJENTA**OPIS METODY SZCZOTKOWANIA ZĘBÓW METODĄ ROLL:**

.....

.....

.....

.....

.....

PASTA DO ZĘBÓW

.....

SZCZOTECZKA DO ZĘBÓW

.....

**ŚRODKI POMOCNICZE DO HIGIENY
JAMY USTNEJ (co najmniej 3)**

.....

CZĘSTOTLIWOŚĆ MYCIA ZĘBÓW

.....