

**Arkusze 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**

Wypełnia zdający

Miejsce na naklejkę z numerem  
PESEL i z kodem ośrodka

Numer PESEL zdającego\*

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

**Z.14-01-24.01-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 Julia Samsel. 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-miesiący; 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).

**ORTODONTYCZNA KARTA PACJENTA NR 12/24**

**DANE O PACJENCIE**

Imię i nazwisko: *Adam Madej*

Wiek: 10 lat

Adres: *ul. Siodlarska 6A 01-461 Warszawa*

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**

6 V 4 3 2 1	1 2 3 4 V 6
6 V 4 3 2 1	1 2 3 4 V 6

- 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
4.01.2024	00	<p><i>Badanie jamy ustnej</i></p> <p><b><u>Na kolejnej wizycie</u></b>  <b>Zlecam</b> pokaz wykonania ćwiczenia Skalouda (ilość powtórzeń: 4) dla pacjenta i rodzica (opiekuna prawnego).                      Proszę wykonać zabieg lakierowania zębów 16, 14, 24, 26 lakierem fluorowym FluoroDose.</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 align="center"><i>Lekarz dentysta Marek Wilk</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**

.....