

Nazwa kwalifikacji: **Świadczenie usług opiekuńczych osobie chorej i niesamodzielnej**

Oznaczenie kwalifikacji: **MS.04**

Numer zadania: **01**

Wersja arkusza: **SG**

Wypełnia zdający

Numer PESEL zdającego\*

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

Miejsce na naklejkę z numerem  
PESEL i z kodem ośrodka

Czas trwania egzaminu: **120** minut.

MS.04-01-21.06-SG

## **EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE**

**Rok 2021**

**CZĘŚĆ PRAKTYCZNA**

**PODSTAWA PROGRAMOWA  
2017**

### **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

Na oddziale neurologicznym przebywa 68-letnia Janina Pawlak z powodu zespołu Guillaina-Barrégo. Jest osobą leżącą w łóżku. W skali Norton otrzymała 10 punktów, pomaga przy zmianie pozycji, lecz sama nie jest w stanie jej zmienić. Występuje ból i znacznego stopnia niedowład kończyn dolnych oraz zaburzenia czucia i osłabienie kończyn górnych. Pani Janina jest sadzana na łóżku ze spuszczone nogami. Nie wykonuje czynności higienicznych oraz czynności samoobsługowych oprócz spożywania posiłków i mycia zębów. Zaobserwowano oznaki krztuszenia się podczas połykania pokarmów stałych i płynów. Z powodu zalegania moczu w pęcherzu pacjentka ma założony cewnik *Foleya*. Wydała małe ilości moczu, prowadzony jest u niej bilans płynów. Zgłasza potrzebę wydalania stolca. Kontakt słowny z pacjentką jest zachowany. Czuje się samotna, rodzina rzadko ją odwiedza, kontaktuje się z nią telefonicznie. Jest nerwowa, niecierpliwa, reaguje podniesionym głosem. Okresami jest smutna, płacze, często się modli. Lubi czytać czasopisma. Z pacjentkami na sali niechętnie nawiązuje kontakt słowny. Przez założone wkłucie obwodowe na prawym przedramieniu otrzymuje preparat immunoglobulin, przed i po podaniu którego należy kontrolować wartość tętna i ciśnienia tętniczego krwi.

Sporządź wykaz problemów pacjentki oraz działań opiekuna wynikających z problemów pacjentki. Formularze do wypełnienia zamieszczone są w arkuszu egzaminacyjnym.

Na fantomie osoby dorosłej wykonaj opróżnianie i wymianę worka na mocz, a następnie zmianę szpitalnej koszuli nocnej pacjentce leżącej w łóżku. Gotowość do wykonania czynności zgłoś przewodniczącemu ZN przez podniesienie ręki. Po uzyskaniu pozwolenia przystąp do wykonania czynności. Materiały, przybory, środki i sprzęt niezbędne do wykonania zadania znajdują się w magazynie.

Traktuj fantom jak autentyczną pacjentkę. Wszystkie czynności wykonaj w czasie nie dłuższym niż 45 minut. Po przekroczeniu tego czasu przewodniczący ZN skieruje komunikat *czas minął* oznaczający zakończenie procesu oceny przez egzaminatora.

W Indywidualnej karcie pielęgnacji pacjenta potwierdź wykonanie czynności składając w odpowiednim miejscu nieczytelną parafkę (nie wpisuj swojego nazwiska) oraz wpisz ilość wydalonego przez pacjentkę moczu. Data i godziny powinny odpowiadać stanowi faktycznemu w dniu egzaminu.

Wszystkie czynności wykonaj zgodnie z zasadami i procedurami uwzględniając przepisy bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ergonomię pracy. Po wykonaniu zadania uporządkuj stanowisko pracy.

Arkusz egzaminacyjny pozostaw na stoliku.

**Czas przeznaczony na wykonanie zadania wynosi 120 minut.**

**Ocenie podlegać będą 3 rezultaty:**

- wykaz problemów pacjentki,
- wykaz działań opiekuna wynikających z problemów pacjentki,
- Indywidualna karta pielęgnacji pacjenta

oraz

przebieg opróżniania i wymiany worka na mocz oraz zmiany koszuli nocnej pacjentce leżącej w łóżku.

### Wykaz problemów pacjentki

[illegible]

**Wykaz działań opiekuna wynikających z problemów pacjentki**

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

**Wykaz działań opiekuna wynikających z problemów pacjentki**

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

## INDYWIDUALNA KARTA PIELEGNACJI PACJENTA

Imię i nazwisko pacjentki: ..... Wiek: ..... lat

Oddział/placówka: ...neurologiczny.....

Data wykonywanych czynności: .....

| Zakres czynności              | Godzina | Parafka | Zakres czynności                                      | Godzina | Parafka |
|-------------------------------|---------|---------|-------------------------------------------------------|---------|---------|
| Mycie zębów                   |         |         | Całkowita zmiana bielizny pościelowej                 |         |         |
| Toaleta jamy ustnej           |         |         | Zmiana podkładu płóciennego                           |         |         |
| Golenie zarostu na twarzy     |         |         | Zmiana prześcieradła                                  |         |         |
| Mycie kończyn górnych/dolnych |         |         | Zmiana poszwy                                         |         |         |
| Mycie klatki piersiowej       |         |         | Zmiana poszewek na poduszce/poszewki                  |         |         |
| Toaleta krocza                |         |         | Zakładanie czepca przeciwwszawiczego                  |         |         |
| Mycie pleców                  |         |         | Zmiana pieluchomajtek                                 |         |         |
| Oklepywanie pleców            |         |         | Wymiana worka stomijnego                              |         |         |
| Mycie głowy                   |         |         | Wymiana worka na mocz<br>Ilość moczu w worku: .....ml |         |         |
| Założenie okładu ciepłego     |         |         | Podanie basenu/kaczki                                 |         |         |
| Założenie okładu zimnego      |         |         | Prześcielenie łóżka                                   |         |         |
| Zmiana koszuli nocnej         |         |         | Przesadzanie na wózek inwalidzki                      |         |         |