

Nazwa kwalifikacji: **Świadczenie usług medycznych w zakresie ortoptyki**

Oznaczenie kwalifikacji: **MS.10**

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.10-01-21.01-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. Sprawdź, czy arkusz egzaminacyjny zawiera 8 stron i nie zawiera błędów. Ewentualny brak stron lub inne usterki zgłoś przez podniesienie ręki przewodniczącemu zespołu nadzorującego.
4. Zapoznaj się z treścią zadania oraz stanowiskiem egzaminacyjnym. Masz na to 10 minut. Czas ten nie jest wliczany do czasu trwania egzaminu.
5. Czas rozpoczęcia i zakończenia pracy zapisze w widocznym miejscu przewodniczący zespołu nadzorującego.
6. Wykonaj samodzielnie zadanie egzaminacyjne. Przestrzegaj zasad bezpieczeństwa i organizacji pracy.
7. Po zakończeniu wykonania zadania pozostaw arkusz egzaminacyjny z rezultatami oraz KARTĘ OCENY na swoim stanowisku lub w miejscu wskazanym przez przewodniczącego zespołu nadzorującego.
8. 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

Do gabinetu ortoptycznego zgłosili się rodzice z 8-letnią dziewczynką. Dziecko jest leczone od momentu wystąpienia zezu (4 lata temu). Pół roku temu dziewczynce wykonano operację zezu zbieżnego oka prawego. Od 4 lat dziecko nosi okulary korygujące wadę wzroku. Przed operacją miało zasłaniane oko i wykonywało ćwiczenia pleoptyczno-ortoptyczne. Obecnie zdiagnozowano obniżenie ostrości widzenia, dziewczynka nadal dyskretnie zezuje okiem prawym. Zlecono kolejne ćwiczenia pleoptyczno-ortoptyczne.

Na podstawie wyników badań diagnostycznych zamieszczonych w *Karcie badania pacjenta* ustal pozostałe wyniki, uzupełniając *Kartę badania pacjenta* oraz zaplanuj i wypełnij – w *Karcie planowanego leczenia* – proces leczenia zaburzeń u dziecka.

Formularze do wypełnienia znajdują się w arkuszu egzaminacyjnym.

Czas przeznaczony na wykonanie zadania wynosi 120 minut.

Ocenie podlegać będzie 5 rezultatów:

- Karta badania pacjenta – rozpoznanie i wartości szkieł korekcyjnych,
- Karta badania pacjenta – podstawowe badania ortoptyczne,
- Karta badania pacjenta – badania ortoptyczne kątów zezu, korespondencji siatkówkowej i obuocznego widzenia,
- Karta planowanego leczenia – cele leczenia, zestaw ćwiczeń do wykonania w gabinecie ortoptycznym,
- Karta planowanego leczenia – zestaw ćwiczeń zleconych do wykonywania w domu.

Karta badania pacjenta**Imię i nazwisko:** Jagoda Nowak**Wiek pacjenta:** 8 lat**Rozpoznanie** (co najmniej 5 elementów składowych rozpoznania):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wartości szkieł korekcyjnych:

	SPH	CYL (-)	AX	PD
OP				
OL				

Podstawowe badania ortoptyczne			
Lp.	Rodzaj badania, metoda	Wynik badania	Sprzęt, aparatura, materiały pomocnicze zastosowane do badania
1.	Badanie ostrości wzroku w korekcji do dali	Visus OP = 0,8 c.c. Visus OL = c.c.	..... ..... .....
2.	Badanie ostrości wzroku w korekcji do bliży	Sn OP = c.c. Sn OL = c.c.	..... ..... .....
3.	Badanie wady refrakcji metodą obiektywną	Sk OP +5,00 L +5,00 Sk OL +4,50 L +4,50	..... ..... .....

4.	Badanie orientacyjne ruchów oczu metodą jakościową	<i>Zapis wyniku badania wektorowy i opisowy</i> OP  OL  Ruchomość gałek ocznych OP OL .....	..... ..... .....
5.	Badanie równowagi mięśniowej metodą	CT do dali (.....) c.c. do bliży (.....) c.c. CT do dali (.....) s.c. do bliży (.....) s.c.	..... ..... .....
Badania ortoptyczne kątów zeza, korespondencji siatkówkowej i obuocznego widzenia			
Lp.	Rodzaj badania, metoda	Wynik badania	Sprzęt, aparatura, materiały pomocnicze zastosowane do badania
1.	Badanie kąta obiektywnego zeza na synoptoforze metodą i z użyciem listw pryzmatycznych w korekcji	Synoptofor: Kąt obiektywny OP = +4° c.c. Listwa pryzmatyczna: Kąt obiektywny: do dali = c.c. do bliży = 12Δ BS c.c.	..... ..... ..... ..... ..... .....
2.	Badanie kąta subiektywnego zeza na synoptoforze w korekcji	Kąt subiektywny = jednoczesna percepcja (.....)	..... ..... .....

3.	Badanie korespondencji siatkówkowej na synoptoforze metodą w korekcji	Korespondencja siatkówkowa <i>wynik opisowy lub graficzny:</i> ..... .....	..... ..... .....
4.	Badanie korespondencji siatkówkowej metodą	kąt obiektywny .....c.c. kąt subiektywny +4°c.c.	czerwony filtr,
5.	Badanie obuocznego widzenia na synoptoforze w korekcji	Obuoczne widzenie c.c. jednoczesna percepcja: (+/-) fuzja (.....) stereopsja (.....)	..... ..... .....
6.	Badanie obuocznego widzenia testami słabo i silnie dysocjującymi w korekcji do dali i do bliży	Test Wortha do dali <i>Zapis słowny lub graficzny:</i>	..... ..... .....
		Test Wortha do bliży <i>Zapis słowny lub graficzny:</i>	..... ..... .....
		Test Bagoliniego <i>Zapis słowny lub graficzny:</i>	..... ..... .....
		 lub (.....)	 okulary polaryzacyjne

		ABC (...../3)	..... .....
		Pierścienie (0/....)	..... .....
		TNO (-) I tablica	..... .....

Uwaga. Uzupełnij miejsca zaznaczone kropkami i/lub puste pola w Karcie badania pacjenta

Karta planowanego leczenia**Imię i nazwisko:** Jagoda Nowak**Wiek pacjenta:** 8 lat**Cele leczenia** (wymień co najmniej 5)

.....

.....

.....

.....

.....

1. Zestaw ćwiczeń do wykonania w gabinecie ortoptycznym*

Lp.	Metoda leczenia	Rodzaj sprzętu, aparatury, pomocy wzrokowych oraz materiałów pomocniczych zastosowanych do ćwiczeń
1.		fiksator
2.		eutyskop,
3.		synoptofor,
4.		czerwony filtr,
5.	Ćwiczenia w celu normalizacji widzenia obuocznego	..... ..... .....

Czas trwania ćwiczeń w gabinecie w ciągu dnia.....

Zalecany termin kontroli

2. Zestaw ćwiczeń zleconych do wykonywania w domu*

Lp.	Metoda leczenia/rodzaj ćwiczeń/aktywności	Czas trwania w ciągu dnia/tygodnia
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

**Uwaga. Uzupełnij puste pola i miejsca zaznaczone kropkami w Karcie planowanego leczenia*

