



**CENTRALNA  
KOMISJA  
EGZAMINACYJNA**

**EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE  
Rok 2019  
ZASADY OCENIANIA**

*Arkusz zawiera informacje prawnie chronione  
do momentu rozpoczęcia egzaminu*

Nazwa kwalifikacji: **Udzielanie pomocy i organizowanie wsparcia osobie niepełnosprawnej**  
Oznaczenie arkusza: **Z.08-01-19.06**  
Oznaczenie kwalifikacji: **Z.08**  
Numer zadania: **01**

*Wypełnia egzaminator*

Kod ośrodka 



 –

Kod egzaminatora

Data egzaminu 



  
*Dzień Miesiąc Rok*

Godzina rozpoczęcia egzaminu 



 :

| Numer PESEL zdającego* |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Numer stanowiska |
|------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------------|
|                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |
|                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |
|                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |
|                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |
|                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |
|                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |
|                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |

\* w przypadku braku numeru *PESEL* – seria i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość

**Egzaminatorze!**

- Oceniaj prace zdających rzetelnie i z zaangażowaniem. Dokumentuj wyniki oceny.
- Stosuj przyjęte zasady oceniania w sposób obiektywny.
- Jeżeli zdający, wykonując zadanie egzaminacyjne, uzyskuje inne rezultaty albo pożądane rezultaty uzyskuje w inny sposób niż uwzględniony w zasadach oceniania lub przedstawia nietypowe rozwiązanie, ale zgodnie ze sztuką w zawodzie, to nadal oceniaj zgodnie z kryteriami zawartymi w zasadach oceniania. Informacje o tym, że zasady oceniania nie przewidują zaistniałej sytuacji, przekaz niezwłocznie w formie pisemnej notatki do Przewodniczącego Zespołu Egzaminacyjnego z prośbą o przekazanie jej do Okręgowej Komisji Egzaminacyjnej. Notatka może być sporządzona odręcznie w trybie roboczym.
- Informuj przewodniczącego zespołu nadzorującego o wszystkich nieprawidłowościach zaistniałych w trakcie egzaminu, w tym w szczególności o naruszeniach przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy i o podejrzeniach niesamodzielności w wykonaniu zadania przez zdającego.

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

## Elementy podlegające ocenie/kryteria oceny

Egzaminator wpisuje **T**,  
jeżeli zdający spełnił  
kryterium albo **N**, jeżeli  
nie spełnił

## Rezultat 1. Problemy zdrowotne i psychospołeczne podopiecznej

Zapisać (niekoniecznie w identycznym brzmieniu, pod warunkiem poprawności merytorycznej):

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 1 | stan po radykalnej prawostronnej mastektomii, obrzęk limfatyczny kończyny górnej po stronie operowanej/prawej kończyny górnej, ból i klucie w prawym boku, drętwienie prawej ręki, brak siły w prawej ręce, trudności w utrzymaniu przedmiotów w prawej ręce, niechęć do wykonywania ćwiczeń rehabilitacyjnych<br><i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 4 problemy</i> |  |  |  |  |  |  |
| 2 | nadciśnienie tętnicze, konieczność stałego przyjmowania leków, zapomina o przyjmowaniu leków doustnych<br><i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 2 problemy</i>                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |
| 3 | zaciemnienie w prawym oku, upośledzenie widzenia/obniżenie ostrości wzroku, nie jest w stanie samodzielnie wypełnić wniosku o refundację do zakupu aparatu słuchowego, utrudnione czytanie książek/prasy<br><i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 2 problemy</i>                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |
| 4 | niepełnosprawność słuchowa 2°, brak aparatu słuchowego, brak środków finansowych na zakup aparatu słuchowego<br><i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 2 problemy</i>                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |
| 5 | trudności z samodzielnym wykonywaniem toalety, kąpieli, ubieraniem się, noszeniem zakupów, z wykonywaniem czynności porządkowych, myciem głowy<br><i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 3 problemy</i>                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |
| 6 | obniżenie nastroju/uczucie samotności po śmierci męża/nie może pogodzić się z samotnością po śmierci męża/brak bliskiej rodziny/dzieci/kontaktów z dalszymi krewnymi/okazjonalne kontakty społeczne                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |
| 7 | ograniczone możliwości realizacji zainteresowań/utrudnienia w samorealizacji                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |  |  |  |

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

**Rezultat 2. Sposoby realizacji wsparcia społecznego podopiecznej**

Zapisane (niekoniecznie w identycznym brzmieniu, pod warunkiem poprawności merytorycznej):

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 1 | rozmowy wspierające/wyrażanie empatii/troski/zrozumienia/wzmacnianie poczucia bezpieczeństwa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | pomoc w docieraniu na wizyty lekarskie, umawianie na wizyty lekarskie/do internisty/okulisty/onkologa/ kardiologa/lekarza rehabilitacji/fizjoterapeuty, motywowanie do systematycznych ćwiczeń prawej kończyny górnej, kontrolowanie mierzenia ciśnienia krwi, przypominanie o regularnym przyjmowaniu leków/zaopatrzenie w dozownik leków/dozownik z alarmem przypominającym<br><i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 2 określenia</i> |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | zachęcenie do kontaktu z grupami wsparcia dla kobiet po mastektomii/organizacjami pozarządowymi/grupami samopomocowymi/wolontariuszami                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | czytanie podopiecznej książek/prasy/organizowanie wycieczek/spotkań towarzyskich/rozwijanie zainteresowań                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | pomoc w robieniu zakupów, załatwianiu spraw urzędowych, realizacji recept, pomoc przy kąpieli, myciu głowy, ubieraniu, przy wykonywaniu czynności porządkowych<br><i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 3 określenia</i>                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | pomoc w wypełnieniu wniosku o dofinansowanie do zakupu aparatu słuchowego/pomoc w załatwieniu formalności związanych z uzyskaniem dofinansowania do zakupu aparatu słuchowego/pomoc w złożeniu wniosku o dofinansowanie do zakupu aparatu słuchowego                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |

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

**Rezultat 3. Wniosek o dofinansowanie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**
*Zaznaczone wyłącznie:*

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 1 | Stopień niepełnosprawności: umiarkowany                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Sytuacja zawodowa wnioskodawcy: rencista/emeryt                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Sytuacja mieszkaniowa wnioskodawcy: mieszka samotnie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Dochód netto na jednego członka rodziny: powyżej 1201 zł                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Źródła utrzymania: renta/emerytura                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Korzystanie ze środków PFRON: nie korzystał                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |  |  |  |
| 7 | Rodzaj wnioskowanego przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego - zapisane: aparat słuchowy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |
| 8 | Uzasadnienie dofinansowania - zapisane: jest osobą samotną/posiada jedno źródło dochodu/emeryturę pracowniczą, brak dostatecznych środków na zakup aparatu słuchowego/dochód miesięczny netto 1817,57 zł, utrudniona komunikacja werbalna/utrudnione kontakty społeczne/izolacja społeczna/ograniczenie samodzielności<br><i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane jest co najmniej 1 uzasadnienie</i> |  |  |  |  |  |  |
| 9 | w miejscu Data wypełnienia wniosku: wpisana data egzaminu                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |

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

**Przebieg 1. Mycie głowy podopiecznej leżącej w łóżku**

Zdający ma na wykonanie zabiegów 45 minut. Po usłyszeniu komunikatu „czas minął” egzaminator kończy proces oceny

Zdający:

|    |                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1  | poinformował podopieczną o zamiarze mycia głowy i zapytał o zgodę                                                                                                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2  | wykonał higieniczne mycie rąk/dezynfekcję rąk, założył fartuch i rękawiczki ochronne                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3  | zsunął podopiecznej jedną poduszkę spod głowy pod barki/łopatki, a drugą odłożył na taboret/krzesło. Osłonił materac nieprzemakalnym podkładem nieprzemakalnym/folią, zabezpieczył ręcznikiem ramiona podopiecznej           |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4  | podłożył basen pneumatyczny/miskę pneumatyczną pod głowę podopiecznej, dren basenu umieścił w wiadrze                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5  | sprawdził temperaturę wody, polał głowę podopiecznej wodą                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6  | pobrał szampon na własną dłoń i wykonał mycie włosów podopiecznej, masował skórę głowy opuszkami palców                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7  | splukał włosy wodą, powtórzył czynność mycia i splukania                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8  | podczas splukiwania włosów nie zalał oczu podopiecznej                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9  | uniósł/posadził podopieczną, założył ręcznik na włosy/osuszył włosy ręcznikiem, zabrał miskę pneumatyczną/ basen pneumatyczny, wysunął poduszkę spod pleców i położył na wysokości głowy, na poduszcze położył suchy ręcznik |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | rozczesał/zamarkował rozczesanie włosów i wysuszył/zamarkował wysuszenie włosów suszarką lub pozostawił do swobodnego wyschnięcia                                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

**Przebieg 2. Zmiana koszuli nocnej podopiecznej leżącej w łóżku**

Zdający:

|   |                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 1 | poinformował podopieczną o zamiarze zmiany koszuli nocnej i zapytał o zgodę<br><i>Kryterium należy uznać za spełnione również, jeśli zdający poinformował podopieczną o zmianie koszuli i zapytał o zgodę przed przystąpieniem do mycia głowy</i> |  |  |  |  |  |  |
| 2 | porozpinał zapięcia koszuli/rozwiązał troki, wysunął podopiecznej koszulę spod pośladków, zdjął koszulę                                                                                                                                           |  |  |  |  |  |  |
| 3 | podczas zdejmowania koszuli podopieczna była przykryta kocem w poszwie                                                                                                                                                                            |  |  |  |  |  |  |
| 4 | założył podopiecznej czystą koszulę nocną, zapiął guziki/zawiązał troki                                                                                                                                                                           |  |  |  |  |  |  |
| 5 | podłożył i wyrównał koszulę pod plecami i pośladkami podopiecznej                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |
| 6 | podczas zakładania koszuli podopieczna była okryta kocem w poszwie                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |
| 7 | rękawiczki i fartuch umieścił w koszu, brudną koszulę i ręczniki umieścił w pojemniku na brudną bieliznę                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |
| 8 | zdezynfekował ręce                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |

Egzaminator .....

imię i nazwisko

.....

data i czytelny podpis