

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

Układ graficzny © CKE 2016



**CENTRALNA
KOMISJA
EGZAMINACYJNA**

Nazwa kwalifikacji: **Asystowanie lekarzowi dentyście i utrzymanie gabinetu w gotowości do pracy**

Oznaczenie kwalifikacji: **Z.15**

Numer zadania: **01**

Wypełnia zdający

Miejsce na naklejkę z numerem
PESEL i z kodem ośrodka

Numer PESEL zdającego*

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

Z.15-01-17.01

Czas trwania egzaminu: **120 minut**

EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE

Rok 2017

CZĘŚĆ PRAKTYCZNA

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 prześlij 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

W dniu dzisiejszym pierwszym pacjentem przyjmowanym w gabinecie chirurgii stomatologicznej ma być Ewa Piątek, u której zaplanowano ekstrakcję zęba w znieczuleniu oraz zszywanie rany.

Sporządź w wanience dezynfekcyjnej 1 litr roztworu środka dezynfekcyjnego zgodnie z zamieszczoną w arkuszu *Ulotką informacyjną preparatu dezynfekcyjnego*. Wypełnij *Metryczkę na wanienkę ze środkiem dezynfekcyjnym*.

UWAGA!

Gotowość do wykonania roztworu zgłoś przez podniesienie ręki.

Przygotuj stanowisko pracy asystentki stomatologicznej i lekarza dentysty (instrumenty materiały, leki, środki ochrony indywidualnej dla lekarza, asystentki i pacjenta). Wykorzystaj *Kartę choroby poradni chirurgii stomatologicznej* i zastosuj się do *Poleceń lekarza dentysty*.

UWAGA!

Po przygotowaniu stanowiska zgłoś wykonanie tej pracy przez podniesienie ręki, a następnie na polecenie egzaminatora i w jego obecności przygotuj znieczulenie.

Uporządkuj stanowisko pracy. Wszystkie narzędzia i materiały traktuj, jako skażone. Wanienkę dezynfekcyjną z narzędziami oraz materiały niewymagające dezynfekcji w wanience z roztworem środka dezynfekcyjnego pozostaw na stanowisku pracy.

Uzupełnij dokumentację wypełniając formularze znajdujące się w arkuszu egzaminacyjnym: kartę choroby, zalecenia po zabiegu, termin następnej wizyty, pozostałe metryczki.

W dokumentacji stosuj bieżącą datę, w miejscu podpisu wpisz swój PESEL.

Podczas wykonywania zadania przestrzegaj zasad bhp oraz ochrony środowiska.

Czas przeznaczony na wykonanie zadania wynosi 120 minut.

Ocenie podlegać będą 3 rezultaty:

- stanowisko lekarza dentysty i asystentki przygotowane do pracy,
- dokumentacja po uzupełnieniu,
- stanowisko pracy po zabiegu

oraz

przebieg przygotowania roztworu środka dezynfekcyjnego do narzędzi oraz przygotowania znieczulenia.

POLECENIA LEKARZA DENTYSTY

Proszę przygotować:

- *kleszcze do ekstrakcji zęba 18,*
- *dźwignię prostą Beina,*
- *znieczulenie nasiękowe – środek znieczulający Ubistesin forte w strzykawce typu karpula,*
- *łyżeczkę zębodołową,*
- *sterylne kompresy,*
- *zestaw do szycia*

oraz proszę udzielić pacjentowi zaleceń po zabiegu ekstrakcji zęba w formie pisemnej i umówić na zdjęcie szwów za 7 dni.

**Ulotka informacyjna preparatu dezynfekcyjnego
SEKUSEPT AKTIV**

Preparat cechuje szerokie spektrum działania obejmujące: bakterie, wirusy (HBV, HCV, HIV), grzyby, prątki gruźlicy (Tbc) i spory bakterii. Dzięki substancji aktywnej nowej generacji czyści i rozpuszcza krew, ropę, białko. Posiada doskonałe właściwości myjące. Może być stosowany w myjkach ultradźwiękowych.

STĘŻENIE (%)	CZAS EKSPOZYCJI	SPEKTRUM DZIAŁANIA
2	10 min	WIRUSOBÓJCZY
2	15 min	BAKTERIOBÓJCZY GRZYBOBÓJCZY
2	15 min	PRĄTKOBÓJCZY

Przygotowanie roztworu 2%

Napełnić wanienkę do dezynfekcji narzędzi odpowiednią, odmierzoną ilością zimnej wody. W celu uzyskania właściwego, 2% stężenia roztworu dezynfekcyjnego na każdy litr wody należy wsypać 1 pełną miarkę (tj. 20 g) Sekusept Aktiv. Powstały roztwór kilkakrotnie zamieszać.

KARTA CHOROBY PORADNI CHIRURGII STOMATOLOGICZNEJ		GABINET CHIRURGII STOMATOLOGICZNEJ ul. Zamkowa 115, 93-110 Łódź		Data rejestracji: 10.01.2017 r.	
Imię: Ewa Adres: ul. Poziomkowa 1 93 – 110 Łódź	Nazwisko: Piątek	Data urodzenia: 11.07.1980 r.	PESEL: 800711000002		
Stan jamy ustnej Błona śluzowa: <i>Isniąca i gładka</i> Przyzębie: <i>zdrowe</i> Higiena: <i>dobra</i>					
Sposób oznaczania w diagramie o – ząb niewyrzynięty k – korona protetyczna c – próchnica - - brak zęba ~ - kamień lub osad nazębny w - wypełnienie v – ząb lub korzeń do usunięcia					
DATA	ZĄB	ROZPOZNANIE	ZABIEGI, ZALECENIA, SKIEROWANIA, NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY, TERMIN KONTROLI		PODPIS LEKARZA
10.01.2017 r.	18	Utrudnione wyrzynanie, nawracające stany zapalne.	Ząb zakwalifikowany do usunięcia.		M. Nowak

ZALECENIA PO ZABIEGU EKSTRAKCJI ZĘBA

TERMIN NASTĘPNEJ WIZYTY

DATA	GODZINA	CEL WIZYTY

METRYCZKA NA WANIEKĘ ZE ŚRODKIEM DEZYNFEKCYJNYM	
NAZWA ŚRODKA DEZYNFEKCYJNEGO	
DATA I GODZINA SPORZĄDZENIA ŚRODKA	
CZAS EKSPOZYCJI	
IŁOŚĆ WODY	
IŁOŚĆ PREPARATU DEZYNFEKCYJNEGO	
STĘŻENIE W %	
PODPIS OSOBY SPORZĄDZAJĄCEJ ROZTWÓR	

METRYCZKA NA POJEMNIK Z ODPADAMI MEDYCZNYMI SKAŻONYMI	
NAZWA I ADRES GABINETU DENTYSTYCZNEGO	
DATA I GODZINA OTWARCIA	
DATA I GODZINA ZAMKNIĘCIA	
KOD ODPADÓW	
PODPIS	

METRYCZKA NA POJEMNIK Z ODPADAMI MEDYCZNYMI POZOSTAŁYMI	
NAZWA I ADRES GABINETU DENTYSTYCZNEGO	
DATA I GODZINA OTWARCIA	
DATA I GODZINA ZAMKNIĘCIA	
KOD ODPADÓW	
PODPIS	