

Nazwa kwalifikacji: **Świadczenie usług w zakresie masażu**

Oznaczenie kwalifikacji: **MS.01**

Numer zadania: **01**

Wersja arkusza: **AG**

Miejsce na naklejkę
z numerem PESEL
i z kodem ośrodka

Wypełnia zdający

Numer PESEL zdającego*

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

Czas trwania egzaminu: **120 minut**

MS.01-01-20.06-AG

EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE

Rok 2020

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. KARTEŃ OCENY przekaŹ zespołowi nadzorującemu.
4. Sprawdź, czy arkusz egzaminacyjny zawiera 10 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

Przeprowadź ocenę palpacyjną mięśni grupy tylnej prawego podudzia, orientacyjną ocenę zakresu ruchu w stawach skokowych kończyny dolnej prawej, a następnie wykonaj pomiary obwodów w obrębie obu podudzi, wykorzystując taśmę centymetrową.

Wykonaj pierwszą i drugą fazę masażu izometrycznego zgodnie ze *Skierowaniem na zabieg masażu*, zamieszczonym w arkuszu. W drugiej fazie tego masażu opracuj mięsień trójgłowy łydki kończyny dolnej prawej podczas 2 do 4 napięć izometrycznych przeciw oporowi, uzyskanych bez stosowania dodatkowych przyborów. Zabieg wykonaj na pacjencie, który przyjął pozycję leżenia przodem.

Do wykonania zadania wykorzystaj informacje zawarte w *Opisie stanu zdrowia i możliwościach ruchowych pacjenta*. Wypełnij *Kartę zabiegów pacjenta* oraz druk *Informacje dla pacjenta*.

Po zapoznaniu się z treścią zadania zgłoś przewodniczącemu ZN przez podniesienie ręki gotowość do przygotowania stanowiska do zleconego masażu, a następnie kieruj się poleceniami wydawanymi przez przewodniczącego ZN.

W czasie wykonywania zadania na stanowisku do masażu zgłaszaj przez podniesienie ręki:

- zakończenie czynności związanych z przygotowaniem stanowiska do zleconego masażu,
- zakończenie czynności związanych z przygotowaniem pacjenta do zabiegu masażu,
- zakończenie wykonania masażu,
- zakończenie czynności związanych z uporządkowaniem stanowiska po wykonanym masażu.

Cały zabieg (ocenę oraz masaż) wykonaj w czasie nie dłuższym niż 20 minut lub do momentu, gdy usłyszysz od egzaminatora komunikat: „dziękuję”, oznaczający konieczność zaprzestania dalszych czynności związanych z masażem. W przypadku braku komunikatu od egzaminatora zakończ masaż, gdy uznasz, że zadanie zostało przez Ciebie wykonane.

Na potrzeby egzaminu każdy z chwytów zastosowanych technik masażu w pierwszej fazie powtórz 5 razy.

Po przekroczeniu czasu (20 minut) przewodniczący ZN przerwie Ci wykonanie masażu słowami „czas minął”.

Zadanie wykonaj zgodnie z zasadami i procedurami uwzględniającymi przepisy BHP i ergonomię pracy.

Za datę zabiegu przyjmij datę egzaminu. Wszystkie potrzebne do wypełnienia formularze znajdują się w arkuszu.

Po zakończeniu egzaminu arkusz pozostaw na indywidualnym stanowisku egzaminacyjnym, na stoliku.

Uwaga: Komunikując się z osobą pełniącą rolę Twojego pacjenta, przekazuj tylko komendy niezbędne do realizacji zadania. Rób to w taki sposób, aby nie przeszkadzać innym zdającym.

Skierowanie na zabieg masażu

Imię i nazwisko pacjenta: *Wiktor Laube*

Wiek pacjenta: *25 lat*

Rozpoznanie: *osłabienie siły mięśniowej oraz zmniejszenie masy mięśnia trójgłowego łydki kończyny dolnej prawej*

Cel zabiegu: *zwiększenie siły i masy mięśnia trójgłowego łydki kończyny dolnej prawej*

Obszar zabiegu: *tylna strona podudzia kończyny dolnej prawej*

Rodzaj zabiegu: *masaż izometryczny*

Liczba zabiegów: *10*

Pieczęć i podpis lekarza rehabilitacji

Renata Wojas

lekarz rehabilitacji

ul. Krucza 6/2 Sanok

Renata Wojas

Opis stanu zdrowia i możliwości ruchowych pacjenta

- 25 letni pacjent – biegacz amator, przed 9 tygodniami podczas treningu doznał skręcenia II stopnia prawego stawu skokowego;
- w wyniku kontuzji stwierdzono masywny obrzęk, krwiak i silny ból w prawym stawie skokowym;
- w badaniu rentgenowskim nie stwierdzono złamania elementów kostnych;
- zastosowano kinesiotaping przeciwobrzękowo, farmakoterapię przeciwbólową, stabilizator stawu skokowego oraz zalecono odciążanie kończyny podczas chodu;
- obecnie pacjent ma zdjęte unieruchomienie, ale kończyna w obrębie podudzia jest osłabiona (szczególnie mięsień trójgłowy łydki) i utrudnia pacjentowi chodzenie;
- nie stwierdzono chorób współistniejących;
- w dniu dzisiejszym ogólny stan pacjenta jest dobry, brak przeciwwskazań do masażu.

Czas przeznaczony na wykonanie zadania wynosi 120 minut.

Ocenie podlegać będzie 5 rezultatów:

- stanowisko przygotowane do zleconego masażu,
- pacjent przygotowany do zabiegu masażu,
- uporządkowane stanowisko po wykonanym masażu,
- Karta zabiegów pacjenta,
- Informacje dla pacjenta

oraz

przebieg wykonania oceny palpacyjnej mięśni grupy tylnej prawego podudzia, orientacyjnej oceny zakresu ruchu w stawach skokowych kończyny dolnej prawej, pomiarów obwodów w obrębie obu podudzi, pierwszej i drugiej fazy masażu izometrycznego mięśnia trójgłowego łydki kończyny dolnej prawej.

KARTA ZABIEGÓW PACJENTA

Imię i nazwisko:

Wiek:lat

Rozpoznanie:

.....

.....

.....

.....

.....

Cel zabiegu:

.....

.....

.....

.....

Lp.	Rodzaj zabiegu	Obszar zabiegu	Data	Podpis
1.				

Mięśnie antagonistyczne mięśnia trójkłowego łydki w stawach skokowych (co najmniej 3):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Przyczepy mięśnia trójkłowego łydki (co najmniej 4):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Informacje dla pacjenta

Metody zmniejszenia obrzęku w okolicy stawów skokowych do zastosowania przez pacjenta w domu (co najmniej 4):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

[illegible]