

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

Oznaczenie kwalifikacji: **MED.01**

Numer zadania: **02**

Wersja arkusza: **SG**

Wypełnia zdający

Numer PESEL zdającego\*

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

Miejsce na naklejkę z numerem  
PESEL i z kodem ośrodka

Czas trwania egzaminu: **120 minut**

MED.01-02-20.06-SG

## EGZAMIN ZAWODOWY

Rok 2020

CZĘŚĆ PRAKTYCZNA

**PODSTAWA PROGRAMOWA  
2019**

### 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 przekaz 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 będzie Karol Nowak, u którego zaplanowano ekstrakcję zęba w znieczuleniu oraz zeszyt rany.

Sporządź w wanience dezynfekcyjnej 2 litry roztworu środka dezynfekcyjnego zgodnie z zamieszczoną w arkuszu *Ulotką informacyjną preparatu dezynfekcyjnego*. Wypełnij *Metryczkę na wanienkę ze środkiem dezynfekcyjnym*.

**UWAGA** – gotowość do przygotowania roztworu dezynfekcyjnego zgłoś przez podniesienie ręki. Po uzyskaniu zgody PZN i w obecności egzaminatora wykonaj zadanie.

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

**UWAGA** – zgłoś gotowość do prezentacji gotowego stanowiska przez podniesienie ręki. Po uzyskaniu zgody PZN i w obecności egzaminatora przygotuj znieczulenie.

Uporządkuj stanowisko pracy po zakończonym zabiegu. Wszystkie narzędzia i materiały traktuj jako zakaźne. Z plastikową ampulką po znieczuleniu postępuj jak ze szklaną. Wanienkę dezynfekcyjną z narzędziami oraz materiały niewymagające dezynfekcji w wanience z roztworem środka dezynfekcyjnego pozostaw na stanowisku pracy.

Wypełnij dokumentację: *Kartę choroby poradni chirurgii stomatologicznej, Zalecenia po zabiegu ekstrakcji zęba, Termin następnej wizyty, Metryczkę na pojemnik z odpadami medycznymi zakaźnymi i Metryczkę na pojemnik z odpadami medycznymi innymi niż niebezpieczne*. Arkusz pozostaw na biurku do oceny.

W dokumentacji stosuj bieżącą datę, w miejscu podpisu wpisz Anna Złośliwa.

Wszystkie formularze do wypełnienia znajdują się w arkuszu egzaminacyjnym.

Wykonując zadanie, przestrzegaj zasad ochrony środowiska, bezpieczeństwa, higieny i ergonomii pracy.

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

**Ocenie podlegać będą 3 rezultaty:**

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

oraz

przebieg przygotowania roztworu środka dezynfekcyjnego i przygotowania znieczulenia.

## POLECENIA LEKARZA DENTYSTY

Proszę przygotować:

- kleszcze bagnetowe do ekstrakcji korzenia zęba 13,
- dźwignię prostą Beina,
- znieczulenie nasiękowe w strzykawce jednorazowej,
- środek znieczulający – 2% Lignocainum hydrochloricum cum noradrenalino,
- łyzeczkę 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 (gabinet jest czynny 7 dni w tygodniu).

## 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             |
|----------------|-----------------|--------------------------------|
| <b>2</b>       | <b>10 min</b>   | WIRUSOBÓJCZY                   |
| <b>2</b>       | <b>15 min</b>   | BAKTERIOBÓJCZY<br>GRZYBOBÓJCZY |
| <b>2</b>       | <b>15 min</b>   | PRĄTKOBÓJCZY                   |

### RZYGOTOWANIE 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                                                                                                                                                                                   |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                        |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |   |  |  |   |  |   |   |   |  |  |
| <b>GABINET CHIRURGII STOMATOLOGICZNEJ</b><br>ul. Prosiaczka 12, 41-300 Dąbrowa Górnicza<br>REGON 276760701<br>NR KSIĘGI REJESTROWEJ 0000012356                                                                       |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                        |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |   |  |  |   |  |   |   |   |  |  |
| Imię: <b>Karol</b>                                                                                                                                                                                                   | Nazwisko: <b>Nowak</b> | Data urodzenia: <b>03.03.1949 r.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | PESEL: <b>490303000005</b>                                             |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |   |  |  |   |  |   |   |   |  |  |
| Adres:<br><b>ul. Cisowa 5</b><br><b>22-222 Wisła</b>                                                                                                                                                                 |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                        |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |   |  |  |   |  |   |   |   |  |  |
| <b>Stan jamy ustnej</b><br>Błona śluzowa: <i>Isniąca i gładka, różowa</i><br>Przyzębie: <i>zdrowe</i><br>Higiena: <i>wystarczająca</i>                                                                               |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                        |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |   |  |  |   |  |   |   |   |  |  |
| <b>Sposób oznaczenia w diagramie</b><br>o – ząb niewyrzynięty      c – próchnica<br>k – korona protetyczna      - – brak zęba<br>~ – kamień lub osad nazębny<br>w – wypełnienie      v – ząb lub korzeń do usunięcia |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                        |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |   |  |  |   |  |   |   |   |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                      |                        | <table border="1"> <tr> <td>-</td><td>-</td><td>w</td><td>-</td><td>-</td><td>v</td><td>k</td><td>w</td><td>w</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>w</td><td>-</td> </tr> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> <tr> <td>-</td><td>-</td><td>w</td><td></td><td></td><td></td><td>c</td><td></td><td></td><td>w</td><td></td><td>c</td><td>w</td><td>c</td><td></td><td></td> </tr> </table> |                                                                        | -              | - | w | - | - | v | k | w | w | - | - | - | - | w | - | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | - | - | w |  |  |  | c |  |  | w |  | c | w | c |  |  |
| -                                                                                                                                                                                                                    | -                      | w                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | -                                                                      | -              | v | k | w | w | - | - | - | - | w | - |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |   |  |  |   |  |   |   |   |  |  |
| 8                                                                                                                                                                                                                    | 7                      | 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 5                                                                      | 4              | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |   |  |  |   |  |   |   |   |  |  |
| 8                                                                                                                                                                                                                    | 7                      | 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 5                                                                      | 4              | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |   |  |  |   |  |   |   |   |  |  |
| -                                                                                                                                                                                                                    | -                      | w                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                        |                |   | c |   |   | w |   | c | w | c |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |   |  |  |   |  |   |   |   |  |  |
| DATA                                                                                                                                                                                                                 | ZĄB                    | ROZPOZNANIE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ZABIEGI, ZALECENIA, SKIEROWANIA, NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY, TERMIN KONTROLI | PODPIS LEKARZA |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |   |  |  |   |  |   |   |   |  |  |
| 13.05.2020 r.                                                                                                                                                                                                        | 13                     | Korzeń zęba, zmiany OKW.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Ząb zakwalifikowany do usunięcia.                                      | M. Witek       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |   |  |  |   |  |   |   |   |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                      |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                        |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |   |  |  |   |  |   |   |   |  |  |

|                                                          |  |
|----------------------------------------------------------|--|
| <b>ZALECENIA DLA PACJENTA PO ZABIEGU EKSTRAKCJI ZĘBA</b> |  |
| —                                                        |  |
| —                                                        |  |
| —                                                        |  |
| —                                                        |  |
| —                                                        |  |

|                                |                |                   |
|--------------------------------|----------------|-------------------|
| <b>TERMIN NASTĘPNEJ WIZYTY</b> |                |                   |
| <b>DATA</b>                    | <b>GODZINA</b> | <b>CEL WIZYTY</b> |
|                                |                |                   |

|                                                            |  |
|------------------------------------------------------------|--|
| <b>METRYCZKA<br/>NA WANIEKĘ ZE ŚRODKIEM DEZYNFEKCYJNYM</b> |  |
| <b>NAZWA ŚRODKA DEZYNFEKCYJNEGO</b>                        |  |
| <b>DATA I GODZINA SPORZĄDZENIA ŚRODKA</b>                  |  |
| <b>CZAS EKSPOZYCJI</b>                                     |  |
| <b>ILOŚĆ WODY<br/>w mililitrach</b>                        |  |
| <b>ILOŚĆ PREPARATU DEZYNFEKCYJNEGO<br/>w gramach</b>       |  |
| <b>STĘŻENIE W %</b>                                        |  |
| <b>PODPIS OSOBY SPORZĄDZAJĄCEJ ROZTWÓR</b>                 |  |

| <b>METRYCZKA</b><br><b>NA POJEMNIK Z ODPADAMI MEDYCZNYMI ZAKAŻNYMI</b> |  |
|------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>NAZWA GABINETU DENTYSTYCZNEGO</b>                                   |  |
| <b>REGON</b>                                                           |  |
| <b>NR KSIĘGI REJESTROWEJ</b>                                           |  |
| <b>DATA I GODZINA OTWARCIA</b>                                         |  |
| <b>DATA I GODZINA ZAMKNIĘCIA</b>                                       |  |
| <b>KOD ODPADÓW</b>                                                     |  |

| <b>METRYCZKA</b><br><b>NA POJEMNIK Z ODPADAMI MEDYCZNYMI INNYMI NIŻ NIEBEZPIECZNE</b> |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>NAZWA GABINETU DENTYSTYCZNEGO</b>                                                  |  |
| <b>REGON</b>                                                                          |  |
| <b>NR KSIĘGI REJESTROWEJ</b>                                                          |  |
| <b>DATA I GODZINA OTWARCIA</b>                                                        |  |
| <b>DATA I GODZINA ZAMKNIĘCIA</b>                                                      |  |
| <b>KOD ODPADÓW</b>                                                                    |  |