

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

*Układ graficzny © CKE 2019*

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

Oznaczenie kwalifikacji: **Z.01**

Numer zadania: **04**

Wersja arkusza: **AG**

**Z.01-04-20.06-AG**

Czas trwania egzaminu: **120 minut**

Wypełnia zdający

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

Miejsce na naklejkę  
z numerem PESEL  
i z kodem ośrodka

Numer PESEL zdającego\*

## **EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE**

**Rok 2020**

**CZĘŚĆ PRAKTYCZNA**

**PODSTAWA PROGRAMOWA  
2012**

### **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:

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

- swój numer PESEL\*,
- oznaczenie kwalifikacji,
- numer zadania,
- numer stanowiska.

3. KARTĘ OCENY przekaż zespołowi nadzorującemu.
4. Sprawdź, czy arkusz egzaminacyjny zawiera 8 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!***

## Zadanie egzaminacyjne

Przeprowadź ocenę palpacyjną mięśni grupy tylnej i bocznej podudzia oraz tkanek okołostawowych stawów skokowych kończyny dolnej prawej, orientacyjną ocenę zakresu ruchu w stawach skokowych kończyny dolnej prawej, a następnie wykonaj masaż zgodnie ze *Skierowaniem na zabieg masażu*, zamieszczonym w arkuszu. Zabieg wykonaj na pacjencie, który przyjął pozycję leżenia przodem.

Do wykonania zadania wykorzystaj informacje zawarte w *Opisie stanu zdrowia 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 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.

Wszystkie niezbędne 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:** *Karol Baczyk*

**Wiek pacjenta:** *20 lat*

**Rozpoznanie:** *zwiększone napięcie mięśni podudzia i ograniczenie zgięcia grzbietowego stopy kończyny dolnej prawej*

**Cel zabiegu:** *normalizacja napięcia mięśni podudzia kończyny dolnej prawej*

**Obszar zabiegu:** *mięśnie grupy tylnej i bocznej podudzia kończyny dolnej prawej*

**Rodzaj zabiegu:** *masaż klasyczny*

**Liczba zabiegów:** *10*

Pieczęć i podpis lekarza rehabilitacji

Renata Wojas

lekarz rehabilitacji

ul. Krucza 6/2 Sanok

Renata Wojas

## **Opis stanu zdrowia pacjenta**

Karol Baczyk jest 20-letnim zawodnikiem miejskiego klubu kolarskiego. Kolarstwo trenuje od 8 lat. Zawodnik wrócił właśnie ze zgrupowania, podczas którego uległ wypadkowi. Aktualnie odczuwa ból podudzia i ma ograniczoną ruchomość w stawach skokowych kończyny dolnej prawej. Pacjent był już u lekarza, wykonano badanie RTG, które nie wykazało złamań. Lekarz stwierdził zwiększone napięcie mięśni grupy tylnej i bocznej podudzia. Po dwutygodniowym unieruchomieniu w łusce stawów skokowych kończyny dolnej prawej i ustąpieniu obrzęku w tej okolicy zawodnik został skierowany na zabiegi masażu klasycznego. 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 i bocznej podudzia oraz tkanek okołostawowych stawów skokowych kończyny dolnej prawej, orientacyjnej oceny zakresu ruchu w stawach skokowych kończyny dolnej prawej i masażu klasycznego mięśni grupy tylnej i bocznej podudzia kończyny dolnej prawej.

## KARTA ZABIEGÓW PACJENTA

Imię i nazwisko: .....

Wiek: .....lat

Rozpoznanie:

.....  
.....  
.....

Cel zabiegu:

.....  
.....

L.p.	Rodzaj zabiegu	Obszar zabiegu	Data	Podpis
1.				X

**Mięśnie grupy tylnej podudzia (co najmniej 4):**

.....  
.....  
.....  
.....

**Mięśnie grupy przedniej i bocznej podudzia (co najmniej 3):**

.....

.....

.....

.....

## Informacje dla pacjenta

Przeciwwskazania miejscowe do wykonania zabiegu masażu klasycznego (co najmniej 4):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Inne niż masaż klasyczny zabiegi, które mogą być stosowane u zawodnika w celu zmniejszenia dolegliwości bólowych mięśni (co najmniej 3):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



