

Nazwa kwalifikacji: **Świadczenie usług w zakresie masażu**
Oznaczenie kwalifikacji: **Z.01**
Numer zadania: **04**
Wersja arkusza: **SG**

Wypełnia zdający

Numer PESEL zdającego*

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

Miejsce na naklejkę z numerem
PESEL i z kodem ośrodka

Z.01-04-20.06-SG

Czas trwania egzaminu: **120 minut**

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:
 - swój numer PESEL*,
 - oznaczenie kwalifikacji,
 - numer zadania,
 - numer stanowiska.
3. **KARTĘ OCENY** przekaz zespołowi nadzorującemu.
4. Sprawdź, czy arkusz egzaminacyjny zawiera 5 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 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*

Pieczczę 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:

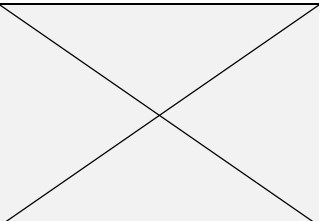
Wiek:lat

Rozpoznanie:

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

Cel zabiegu:

.....
.....

Lp.	Rodzaj zabiegu	Obszar zabiegu	Data	Podpis
1.				

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):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....