

*Arkusz zawiera informacje prawnie chronione  
do momentu rozpoczęcia egzaminu*

Nazwa kwalifikacji: **Świadczenie usług opiekuńczych osobie chorej i niesamodzielnej**

Oznaczenie arkusza: **MS.04-03-20.06-SG**

Oznaczenie kwalifikacji: **MS.04**

Numer zadania: **03**

Wersja arkusza: **SG**

**PODSTAWA PROGRAMOWA  
2017**

*Wypełnia egzaminator*

Kod ośrodka 

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

 – 

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

Kod egzaminatora 

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

Data egzaminu 

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

  
*Dzień Miesiąc Rok*

Godzina rozpoczęcia egzaminu 

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

 : 

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

| Numer PESEL zdającego* |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Numer stanowiska |  |
|------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------------|--|
|                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |
|                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |
|                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |
|                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |
|                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |
|                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |
|                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |

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

## **Egzaminatorze!**

- Oceniaj prace zdających rzetelnie i z zaangażowaniem. Dokumentuj wyniki oceny.
- Stosuj przyjęte zasady oceniania w sposób obiektywny.
- Jeżeli zdający, wykonując zadanie egzaminacyjne, uzyskuje inne rezultaty albo pożądane rezultaty uzyskuje w inny sposób niż uwzględniony w zasadach oceniania lub przedstawia nietypowe rozwiązanie, ale zgodnie ze sztuką w zawodzie, to nadal oceniaj zgodnie z kryteriami zawartymi w zasadach oceniania. Informacje o tym, że zasady oceniania nie przewidują zaistniałej sytuacji, przekaz niezwłocznie w formie pisemnej notatki do Przewodniczącego Zespołu Egzaminacyjnego z prośbą o przekazanie jej do Okręgowej Komisji Egzaminacyjnej. Notatka może być sporządzona odręcznie w trybie roboczym.
- Informuj przewodniczącego zespołu nadzorującego o wszystkich nieprawidłowościach zaistniałych w trakcie egzaminu, w tym w szczególności o naruszeniach przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy i o podejrzeniach niesamodzielności w wykonaniu zadania przez zdającego.

Numer  
stanowiska

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

### Elementy podlegające ocenie/kryteria oceny

Egzaminator wpisuje **T**,  
jeżeli zdający spełnił  
kryterium albo **N**, jeżeli  
nie spełnił

#### Rezultat 1: Wykaz problemów pacjentki

Zapisać (niekoniecznie w identycznym brzmieniu, pod warunkiem poprawności merytorycznej):

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 1 | stwardnienie rozsiane, niedowład kończyny dolnej prawej, uczucie drętwienia prawej ręki/trudność trzymania przedmiotów w prawej ręce, skurcze mięśni, ból podczas skurczów mięśni, zaburzenia równowagi<br><i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 3 problemy</i> |  |  |  |  |  |  |
| 2 | wyłoniona stomia /stomia jelita grubego                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |
| 3 | podwójne widzenie, utrata ostrości wzroku, zaburzenie widzenia barw<br><i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 2 problemy</i>                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |
| 4 | niepokój o swój stan zdrowia/o przyszłość/brak kontaktu z mężem/mąż nie odwiedził pacjentki                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |
| 5 | nietrzymanie moczu/założone pieluchomajtki                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |
| 6 | leżenie w łóżku, niemożność unoszenia głowy, trudności w przyjmowaniu płynów/w przyjmowaniu posiłków<br><i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 2 problemy</i>                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |
| 7 | nie śpi w nocy / zmęczenie                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |

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

## Rezultat 2. Wykaz działań opiekuna dotyczący opieki nad pacjentką podczas unieruchomienia z powodu nakłucia lędźwiowego

Zapisane (niekoniecznie w identycznym brzmieniu, pod warunkiem poprawności merytorycznej):

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 1 | kontrola przestrzegania zalecanej pozycji w łóżku /powinna leżeć płasko w łóżku przez 12 godzin                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |
| 2 | dostarczanie płynów/dostarczenie 1,5 l płynów, kontrola ilości przyjętych płynów, pomoc podczas przyjmowania posiłków/karmienie, pomoc w przyjmowaniu płynów, dostarczenie słomki/rurki/pojniczka/drenu<br><i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 2 działania</i> |  |  |  |  |  |  |
| 3 | wymiana worka stomijnego w zależności od potrzeby                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |
| 4 | wymiana pieluchomajtek                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |  |  |  |
| 5 | wykonanie toalety/pomoc w wykonaniu toalety, mycie rąk przed posiłkami, mycie rąk po posiłkach<br><i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 2 działania</i>                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |
| 6 | przesłanie łóżka, zmiana poszwy na kocu, wywietrzenie sali<br><i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 2 działania</i>                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |
| 7 | rozmowy z pacjentką, czytanie książki, organizacja czasu leżenia w łóżku, umożliwienie kontaktu telefonicznego z mężem, obserwacja pacjentki<br><i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 2 działania</i>                                                            |  |  |  |  |  |  |

## Rezultat 3. Indywidualna karta pielęgnacji

Wpisane:

|   |                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 1 | Imię i nazwisko pacjentki: Marianna Włodarska                                                                       |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Oddział: neurologiczny                                                                                              |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Data wykonania czynności: zgodna z datą egzaminu                                                                    |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Godzina wykonania czynności (mieści się w czasie trwania egzaminu) oraz parafka w pozycji: wymiana worka stomijnego |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Godzina wykonania czynności (mieści się w czasie trwania egzaminu) oraz parafka w pozycji: zmiana poszwy            |  |  |  |  |  |  |

Numer  
stanowiska

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

### Przebieg 1. Wymiana worka stomijnego jednoczęściowego

Zdający na wykonanie czynności w przebiegu 1 i 2 ma przeznaczone 45 min. Po przekroczeniu tego czasu przewodniczący ZN skieruje do zdającego komunikat „czas minął” oznaczający zakończenie procesu oceny.

Zdający:

|    |                                                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 1  | poinformował pacjentkę o planowanej wymianie worka stomijnego, zapytał o zgodę na wykonanie                                                                                  |  |  |  |  |  |  |
| 2  | umył i/lub zdezynfekował ręce. Założył rękawice jednorazowe i fartuch ochronny                                                                                               |  |  |  |  |  |  |
| 3  | nappełnił miskę wodą i sprawdził temperaturę wody<br><i>Kryterium należy uznać za spełnione również, jeżeli zdający napęlni miskę i sprawdzi temperaturę wody wcześniej</i>  |  |  |  |  |  |  |
| 4  | odsłonił brzuch pacjentki nie odsłaniając jej krocza, zabezpieczył pościel podkładem/ręcznikiem                                                                              |  |  |  |  |  |  |
| 5  | odkleił worek stomijny od góry ku dołowi i wrzucił do worka na odpady medyczne                                                                                               |  |  |  |  |  |  |
| 6  | myjką/gazikami umył wodą z mydłem skórę wokół stomii, nie zamoczył pościeli, osuszył skórę wokół stomii                                                                      |  |  |  |  |  |  |
| 7  | zmierzył wielkość stomii szablonem/miarką, wyciął równo, bez zacięć, ubytków i sterczących fragmentów otwór w płytce, nie uszkodził worka w czasie wycinania otworu w płytce |  |  |  |  |  |  |
| 8  | płytkę przykleił do skóry brzucha pacjentki w kierunku od dołu ku górze. Otwór stomii w całości umieścił w wyciętym otworze płytki                                           |  |  |  |  |  |  |
| 9  | worek stomijny przykleił bez pofałdowań, odklejeń na obwodzie, w ten sposób, aby koniec worka skierowany był w dół ciała pacjentki                                           |  |  |  |  |  |  |
| 10 | rękawice jednorazowe i myjkę/gazik wyrzucił do pojemnika z odpadami medycznymi                                                                                               |  |  |  |  |  |  |

Numer  
stanowiska

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

## Przebieg 2. Zmiana poszwy na kocu

Zdający:

|    |                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 1  | poinformował pacjentkę o planowanej zmianie poszwy, zapytał o zgodę na wykonanie<br><i>Kryterium należy uznać za spełnione również, jeżeli zdający wcześniej poinformował i zapytał pacjentkę</i> |  |  |  |  |  |  |
| 2  | założył nowe rękawice jednorazowe                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |
| 3  | wyjął z brudnej poszwy koc. Zmienił czystą poszwę w taki sposób, że podopieczna podczas wykonywanych czynności nie była pozbawiona okrycia                                                        |  |  |  |  |  |  |
| 4  | podczas zmiany poszwę czystą założył na koc tak, że nie stykała się z poszwą brudną i nie dotykała podłogi                                                                                        |  |  |  |  |  |  |
| 5  | brudną poszwę włożył do kosza / pojemnika na brudną bieliznę                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |
| 6  | wyrównał koc w poszwie                                                                                                                                                                            |  |  |  |  |  |  |
| 7  | poszwę z kocem założył na łóżko tak, aby zapięcie /zawiązanie nie znajdowało się od strony wezgłowia łóżka                                                                                        |  |  |  |  |  |  |
| 8  | przynajmniej raz zapytał pacjentkę o samopoczucie/wygodę                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |
| 9  | rękawiczki jednorazowe i fartuch ochronny wrzucił do kosza z workiem czerwonym                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |
| 10 | po wykonanych czynnościach zdezynfekował ręce                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |

Egzaminator .....

*imię i nazwisko*

.....

*data i czytelny podpis*