

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

Oznaczenie kwalifikacji: **MS.01**

Numer zadania: **02**

Wersja arkusza: **AG**

Miejsce na naklejkę
z numerem PESEL
i z kodem ośrodka

Wypełnia zdający

Numer PESEL zdającego*

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

Czas trwania egzaminu: **120 minut**

MS.01-02-21.06-AG

EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE

Rok 2021

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. KARTĘ OCENY przekaż zespołowi nadzorującemu.
4. Sprawdź, czy arkusz egzaminacyjny zawiera 12 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 stanu napięcia mięśnia czworobocznego z uwzględnieniem jego poszczególnych części i dźwigacza łopatki po stronie prawej oraz orientacyjną ocenę czynnej ruchomości odcinka szyjnego kręgosłupa po stronie prawej, a następnie wykonaj masaż zgodnie ze *Skierowaniem na zabieg masażu*, zamieszczonym w arkuszu. Zabieg wykonaj u pacjenta, który przyjął pozycję leżenia przodem. Do wykonania zadania wykorzystaj informacje zawarte w *Opisie stanu zdrowia i możliwości ruchowych pacjenta na podstawie wywiadu*.

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.

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: Daria Duraj

Wiek pacjenta: 58 lat

Rozpoznanie: choroba zwyrodnieniowa górnego piersiowego i dolnego odcinka szyjnego kręgosłupa

Cel zabiegów: poprawa trofiki i normalizacja napięcia mięśnia czworobocznego i dźwigacza łopatki po stronie prawej

Obszar zabiegu: górna część tylnej części tułowia i okolica karku po stronie prawej

Rodzaj zabiegu: *masaż klasyczny* mięśnia czworobocznego i dźwigacza łopatki po stronie prawej

Liczba zabiegów: 10

Pieczęć i podpis lekarza rehabilitacji

Dorota Kaniuk

lekarz rehabilitacji

ul. Morska 6 Rybnik

Dorota Kaniuk

Opis stanu zdrowia i możliwości ruchowych pacjenta na podstawie wywiadu

- 58-letnia pacjentka, pracownik biurowy, zaczęła odczuwać nasilające się bóle w okolicy kręgosłupa szyjnego;
- badanie obrazowe RTG ujawniło zmiany zwyrodnieniowe ze zwężeniami przestrzeni międzykręgowych C5-C6, C6-C7, Th1-Th6, które są przyczyną dolegliwości bólowych pacjentki, a te z kolei powodują wzmożone napięcie mięśniowe głównie po stronie prawej;
- oprócz dolegliwości bólowych pacjentka nie odczuwa żadnych innych dolegliwości, nie podaje chorób współistniejących.
- wcześniej dolegliwości bólowe w tej okolicy były rozległe, lecz dotychczasowa fizjoterapia prowadzona przez 2 tygodnie doprowadziła do normalizacji napięcia mięśni przykręgosłupowych w tej okolicy;
- lekarz stwierdził wzmożone napięcie jedynie w mięśniu czworobocznym i dźwigaczu łopatki po stronie prawej.

Czas 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 stanu napięcia mięśnia czworobocznego z uwzględnieniem jego poszczególnych części i dźwigacza łopatki po stronie prawej, orientacyjnej oceny czynnej ruchomości odcinka szyjnego kręgosłupa, masażu klasycznego mięśnia czworobocznego i dźwigacza łopatki po stronie prawej.

KARTA ZABIEGÓW PACJENTA

Imię i nazwisko:

Wiek:lat

Rozpoznanie:

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

Cel zabiegu:

.....
.....

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

Części mięśnia czworobocznego:

.....

.....

.....

Kości do których przyczepia się mięsień czworoboczny oprócz kręgów (co najmniej 3):

.....

.....

.....

.....

Informacje dla pacjenta

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

[illegible]

[illegible]

[illegible]

