

Nazwa kwalifikacji: **Świadczenie usług medycznych w zakresie ortoptyki**

Oznaczenie kwalifikacji: **MS.10**

Numer zadania: **01**

Wersja arkusza: **SG**

Wypełnia zdający

Numer PESEL zdającego*

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

Miejsce na naklejkę z numerem
PESEL i z kodem ośrodka

Czas trwania egzaminu: **120** minut.

MS.10-01-21.06-SG

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. Sprawdź, czy arkusz egzaminacyjny zawiera 8 stron i nie zawiera błędów. Ewentualny brak stron lub inne usterki zgłoś przez podniesienie ręki przewodniczącemu zespołu nadzorującego.
4. Zapoznaj się z treścią zadania oraz stanowiskiem egzaminacyjnym. Masz na to 10 minut. Czas ten nie jest wliczany do czasu trwania egzaminu.
5. Czas rozpoczęcia i zakończenia pracy zapisze w widocznym miejscu przewodniczący zespołu nadzorującego.
6. Wykonaj samodzielnie zadanie egzaminacyjne. Przestrzegaj zasad bezpieczeństwa i organizacji pracy.
7. Po zakończeniu wykonania zadania pozostaw arkusz egzaminacyjny z rezultatami oraz KARTĘ OCENY na swoim stanowisku lub w miejscu wskazanym przez przewodniczącego zespołu nadzorującego.
8. 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

Do gabinetu ortoptycznego w Poradni Leczenia Zeza i Niedowidzenia zgłosił się rodzic z 10-letnią córką. Dziewczynka od roku skarży się na ból głowy i uczucie przeciążenia wzroku w szczególności po wysiłku wzrokowym. Z wywiadu wynika, że u jednego z rodziców występuje krótkowzroczność OP i OL średniego stopnia. Lekarz okulista wykonał dziecku badanie wady refrakcji przed cykloplegią i po cykloplegii oraz zalecił korekcję okularową i terapię ortoptyczną.

Na podstawie wyników badań diagnostycznych zamieszczonych w *Karcie badania pacjenta* ustal pozostałe wyniki, uzupełniając Kartę badania pacjenta oraz wypełnij *Kartę planowanego leczenia*, planując proces leczenia zaburzeń stwierdzonych u dziecka.

Formularze do wypełnienia znajdują się w arkuszu egzaminacyjnym.

Czas przeznaczony na wykonanie zadania wynosi 120 minut.

Ocenie podlegać będzie 6 rezultatów:

- Karta badania pacjenta – rozpoznanie i wartości szkieł korekcyjnych,
- Karta badania pacjenta – podstawowe badania ortoptyczne,
- Karta badania pacjenta – badania ortoptyczne kąta zeza, stanu widzenia obuocznego i korespondencji siatkówkowej,
- Karta badania pacjenta – badania ortoptyczne AC/A, amplitudy akomodacji, sprawności akomodacji,
- Karta planowanego leczenia – cele leczenia, zestaw ćwiczeń przeznaczonych do wykonania w gabinecie ortoptycznym,
- Karta planowanego leczenia – zestaw ćwiczeń zleconych do wykonywania w domu.

Karta badania pacjenta

Imię i nazwisko: Paulina Sas

Wiek pacjenta: 10 lat

Rozpoznanie (co najmniej 4 elementy składowe rozpoznania):

.....

.....

.....

.....

.....

Wartości szkieł korekcyjnych:

	SPH	CYL	AX	PRYZMAT/BAZA	PD
OP					
OL					

Podstawowe badania ortoptyczne

Rodzaj badania/metoda	Wynik badania	Sprzęt, aparatura, materiały pomocnicze zastosowane do badania
1. Badanie ostrości wzroku w korekcji i bez do dali	Visus OP = 0,8 c.c. Visus OL = 0,8 c.c. Visus OP = 0,7 s.c. Visus OL = 0,7 s.c.	
2. Badanie ostrości wzroku w korekcji i bez do bliży	Visus OP = 1,0 c.c. / Lea Visus OL = 1,0 c.c. / Lea Visus OP = 0,8 s.c. / Lea Visus OL = 0,8 s.c. / Lea	
3. Badanie fiksacji siatkówkowej	OP OL	
4. Badanie wady refrakcji przed cykloplegią metodą obiektywną 	OP -1,50/-0,50/90° OL -1,00/-0,50/180°	

5. Badanie wady refrakcji po cykloplegii metodą obiektywną 	Sk OP +1.50 └── +1.00 Sk OL +1.00 └── +1.50	
6. Badanie równowagi mięśniowej metodą 	CT (...) do dali c.c. CT (...) do bliży c.c. CT (...) do dali s.c. CT (...) do bliży s.c.	
7. Badanie ruchów oczu metodą 	OP OL  Ruchomość gałek ocznych prawidłowa	
8. Badanie konwergencji metodą Badanie konwergencji metodą	Konwergencja PBK= 4 cm Konwergencja PBK= 5 cm	
Badania ortoptyczne kąta zez, stanu widzenia obuocznego i korespondencji siatkówkowej		
9. Badanie kąta obiektywnego zez na synoptoforze w korekcji okularowej i bez metodą Badanie kąta subiektywnego zez na synoptoforze w korekcji okularowej i bez	Synoptofor: Kąt obiektywny = 0° c.c. Kąt obiektywny= 0° s.c. Kąt subiektywny=c.c. Kąt subiektywny=s.c.	

14. Badanie widzenia stereoskopowego	Test Muchy (...) 200” A(...), B(...), C(...) Pierścienie / Test TNO (....) Tabl..... 480” Test Langa (....).....”	
Badania ortoptyczne AC/A, amplitudy akomodacji, sprawności akomodacji		
15. Badanie AC/A metodą 		skrzydło Maddoxa
16. Badanie amplitudy akomodacji w korekcji metodą zbliżania wg Dondersa	AA OP = 10 D AA OL = 10 D	
17. Badanie sprawności akomodacji metodą w korekcji	Ilość cykli OP: 4/ 1 minutę Ilość cykli OL: 4/ 1 minutę Ilość cykli OPL: 3/ 1 minutę	
18. Badanie sprawności akomodacji przy użyciu flippera akomodacyjnego +2,00D/-2,00D w korekcji	Ilość cykli OP: 3/ 1 minutę Ilość cykli OL: 3/ 1 minutę Trudność z ostrym widzeniem przy mocy.....	

Uwaga. Uzupełnij miejsca zaznaczone kropkami i/lub puste pola w Karcie badania pacjenta

Karta planowanego leczenia

Imię nazwisko: Paulina Sas

Wiek pacjenta: 10 lat

Cele leczenia (co najmniej 5):

.....

.....

.....

.....

.....

Zestaw ćwiczeń przeznaczonych do wykonania w gabinecie ortoptycznym

Zalecenie/metoda leczenia	Czas trwania w ciągu dnia	Częstotliwość (w ciągu tygodnia)	Rodzaj sprzętu, aparatury, pomocy wzrokowych oraz materiałów pomocniczych zastosowanych do ćwiczeń
Zastosowanie korekcji okularowej			
			Synoptofor z zestawem obrazków fuzyjnych
			Tablica Harta,
Ćwiczenia widzenia stereoskopowego			
			Tekst i pałeczka lub sznur Brocka

Zestaw ćwiczeń zleconych do wykonywania w domu

Metoda leczenia/rodzaj ćwiczenia/aktywności	Czas trwania w ciągu dnia/tygodnia
Ćwiczenia usprawniające motorykę oka (co najmniej 4):	
Ćwiczenia sprawności akomodacji (co najmniej 4):	
Ćwiczenia usprawniające i rozwijające koordynację wzrokowo-ruchową (co najmniej 4):	

Uwaga. Uzupełnij puste pola i miejsca zaznaczone kropkami w Karcie planowanego leczenia

