

Nazwa kwalifikacji: **Wykonywanie medycznych czynności ratunkowych i innych świadczeń opieki zdrowotnej w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz prowadzenie edukacji w tym zakresie**

Oznaczenie kwalifikacji: **Z.12**

Numer zadania: **01**

Wersja arkusza: **SG**

Wypełnia zdający

Miejsce na naklejkę z numerem
PESEL i z kodem ośrodka

Numer PESEL zdającego*

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

Z.12-01-21.06-SG

Czas trwania egzaminu: **180 minut**

EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE

Rok 2021

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 przełącz zespołowi nadzorującemu.
4. Sprawdź, czy arkusz egzaminacyjny zawiera 6 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

Dyspozytor Centrum Powiadamiania Ratunkowego otrzymał zgłoszenie o wybuchu w domu jednorodzinnym na obrzeżach miasta. Poszkodowana została kobieta lat ok. 50. Do zdarzenia zadysponowano zespół podstawowy ratownictwa medycznego oraz zastęp ratowniczy Straży Pożarnej.

Na miejscu zdarzenia zastano:

- teren zabezpieczony przez Policję i Straż Pożarną,
- poszkodowana (właścicielka domu, w którym doszło do wybuchu) leży na trawie przykryta kocem termoizolacyjnym.

Stan poszkodowanej:

- otwiera oczy na bodźce bólowe, nie odpowiada na pytania, jęczy, zgina kończyny w reakcji na ból,
- parametry: ciśnienie tętnicze 170/100 mmHg, tętno 48 uderzeń /min, oddech 9/min niemiary,
- gałki oczne zbaczają w prawą stronę, reagują na światło, prawa źrenica szersza,
- na skórze głowy w okolicy skroniowej prawej rana tłuczona z niewielkim krwawieniem,
- skóra twarzy z oparzeniami II°.

W trakcie wykonywania czynności ratunkowych u poszkodowanej wystąpiły drgawki, a po ich ustąpieniu zauważono obniżenie napięcia mięśniowego kończyny górnej i dolnej po stronie lewej.

Czas dotarcia ambulansu z miejsca zdarzenia do najbliższego SOR wynosi 14 minut, do Centrum Urazowego – 30 minut.

Przedstaw plan działań ratowniczych związanych z udzieleniem poszkodowanej kobiecie pomocy medycznej przez zespół podstawowy RM na miejscu zdarzenia.

Wypełnij Kartę Medycznych Czynności Ratunkowych dla poszkodowanej.

Sporządź zestawienie sprzętu i materiałów niezbędnych do wykonania intubacji dotchawiczej oraz założenia jałowego opatrunku na ranę głowy.

Formularze do wypełnienia znajdują się w arkuszu egzaminacyjnym.

Na fantomie osoby dorosłej wykonaj szybkie badanie urazowe (z pominięciem badania płuc) i kaniulację żyły obwodowej kończyny górnej.

Czas przeznaczony na wykonanie zadania wynosi 180 minut.

Ocenie podlegać będą 3 rezultaty:

- plan działań ratowniczych,
- wypełniona Karta Medycznych Czynności Ratunkowych,
- wykaz sprzętu i materiałów niezbędnych do wykonania intubacji dotchawiczej oraz założenia opatrunku

oraz

przebieg wykonania na fantomie osoby dorosłej badania urazowego (z pominięciem badania płuc) i kaniulacji żyły obwodowej kończyny górnej.

Plan działań ratowniczych
(związanych z udzieleniem poszkodowanej kobiecie pomocy medycznej przez zespół podstawowy RM na miejscu zdarzenia)

[illegible]

[illegible]

KARTA MEDYCZNYCH CZYNNOŚCI RATUNKOWYCH

Oznaczenie dysponenta zespołu ratownictwa medycznego (ZRM)	Kod ZRM realizującego zlecenie:	Nr zlecenia wyjazdu:
--	---------------------------------	----------------------

I - WYWIAD

		MIEJSCE ZDARZENIA w domu..... w miejscu publicznym..... w ruchu uliczno-drog..... w pracy ☐ w szkole..... w rolnictwie.....	
--	--	--	--

II - BADANIE

GLASGOW-COMA-SCALE		RTS		UKŁAD ODDECHOWY		ŻRZENIE: Reakcja na światło:		CISNIENIE TĘTNICZE		TĘTNO		Saturacja	
OTWIERANIE OCZU		CZ. ODDECHÓW		częstość oddechów		prawidłowa		mm Hg		miarowe		%	
spontanicznie.....4		10-29.....4		/min		L P		/.....		/.....		/.....	
na głos.....3		>29.....3		duszność.....T N		L P		/.....		/.....		/.....	
na ból.....2		6-9.....2		sinica.....T N		L P		/.....		/.....		/.....	
brak.....1		1-5.....1		bezdech.....T N		L P		/.....		/.....		/.....	
REAKCJA SŁOWNA		BR. SKURCZOWE		szmer prawidł.		szerokość:		szeroła		nierównoległe		rozbiegłe	
zorientowany.....5		>89.....4		L P		L P		L P		/.....		/.....	
splątany.....4		76-89.....3		L P		L P		L P		/.....		/.....	
niewłaściwe słowa.....3		50-75.....2		L P		L P		L P		/.....		/.....	
niezrozumiałe dźwięki.....2		1-49.....1		L P		L P		L P		/.....		/.....	
brak.....1		0.....0		L P		L P		L P		/.....		/.....	
REAKCJA RUCHOWA		GCS		szwisty		szeroła		szeroła		szeroła		szeroła	
wykonuje polecenia.....6		13-15.....4		L P		L P		L P		/.....		/.....	
lokalizacja bólu.....5		9-12.....3		L P		L P		L P		/.....		/.....	
ucieczka od bólu.....4		6-8.....2		L P		L P		L P		/.....		/.....	
zgięciowa.....3		4-5.....1		L P		L P		L P		/.....		/.....	
wyprostna.....2		3.....0		brak szmeru		szeroła		szeroła		szeroła		szeroła	
brak.....1		SUM		Inne		szeroła		szeroła		szeroła		szeroła	
SUM		SUM		Saturacja		Saturacja		Saturacja		Saturacja		Saturacja	
.....				%		%		%		%		%	

OBJAWY		SKÓRA		JAMA BRZUSZNA		TONY SERCA		EKG		OPIS	
wstrząs.....	☐ T ☐ N	Wygląd:		w normie.....	☐	czyste/głośnie.....	☐	Rytm zatokowy.....	☐		
NZK.....	☐ T ☐ N	w normie.....	☐	bolesność	☐	stłumione.....	☐	Tachykardia	☐		
obj.oponowe.....	☐ T ☐ N	blada.....	☐	palpacyjna.....	☐	inne:.....	☐	nadkomorowa.....	☐		
drgawki.....	☐ T ☐ N	rumień.....	☐	brak	☐			Tachykardia	☐		
afazja.....	☐ T ☐ N	zażółcenie.....	☐	perystaltyki.....	☐			komorowa.....	☐		
wymioty.....	☐ T ☐ N	sinica obw.....	☐	objawy	☐	NIEDOWŁAD	☐	Migotanie/	☐		
biegunka.....	☐ T ☐ N	sinica centr.....	☐	otrzewnowe.....	☐	/ PORAZENIE	☐	trzepotanie	☐		
krwawienie.....	☐ T ☐ N	Wilgotność:						przedsionków.....	☐		
obrzęki.....	☐ T ☐ N	w normie.....	☐			kończyna górna	☐ L ☐ P	AV blok	☐		
zasłabnięcia.....	☐ T ☐ N	wilgotna.....	☐			kończyna dolna	☐	sVES.....	☐		
		sucha.....	☐					VES.....	☐		
INNE:		Temperatura:		OCENA		ZAPACH Z UST		VF/VT.....	☐		
cięża.....	☐ T ☐ N	w normie.....	☐	PSYCHO-RUCH.		rozpuszczalnik org.....	☐	Asystolia.....	☐		
poród.....	☐ T	chłodna.....	☐	w normie.....	☐	alkohol.....	☐	PEA.....	☐		
chor.zakaźna.....	☐ T	ciepła.....	☐	spowolniały.....	☐	inne.....	☐	Rozrusznik.....	☐		
				pobudzony.....	☐			OZW.....	☐		
				agresywny.....	☐	POZIOM	☐ mg%	Zawał.....	☐		
						GLUKOZY	☐ g/l	Inne.....	☐		

III - ROZPOZNANIE

H1 - ROZPOCENIE			
		KOD ICD10	KOD ICD10

IV - POSTĘPOWANIE Z PACJENTEM

CZYNNOŚCI odsysanie..... ☐ defibrylacja..... ☐ kołnierz..... ☐ linia żył. obw..... ☐ went. workiem..... ☐ stymulacja zew..... ☐ deska ortoped..... ☐ linia żył.cent..... ☐ rurka UG..... ☐ kardiowersja..... ☐ materac próż..... ☐ cewnikowanie..... ☐ intubacja..... ☐ masaż serca..... ☐ unieruchomienie..... ☐ sonda żołąd..... ☐ respirator..... ☐ EKG..... ☐ opatrunek..... ☐ monitorowanie..... ☐ tlenoter.bierna..... ☐ teletransmisja..... ☐ inne..... ☐				ZASTOSOWANE LEKI, WYROBY MED. (nazwa,dawka, droga podania)
ZALECENIA/UWAGI KIEROWNIKA ZESPÓŁU				

V - DANE PACJENTA I PRZEKAZANIE PACJENTA

DANE PACJENTA Imię: Nazwisko: Adres zamieszkania: ul. nr. m. Rodz. i nr dok. tożsamości:	Ident. NFZ: Data urodzenia / wiek NUMER PESEL pacjenta: 	Decyzja Zakładu Opieki Zdrowotnej: ☐ Przyjęcie pacjenta ☐ Odmowa przyjęcia pieczęć IP/SOR podpis i pieczętka lekarza
Podpis i pieczętka kierownika ZRM: 		Zespół (S/P)
data udzielenia pomocy:		

This image shows a full page of white paper with horizontal dotted lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a guide for handwriting practice. There are no margins, text, or other markings on the page.