

**EGZAMIN ZAWODOWY  
Rok 2021  
ZASADY OCENIANIA**

*Arkusz zawiera informacje prawnie chronione  
do momentu rozpoczęcia egzaminu*

Nazwa kwalifikacji: **Udzielanie pomocy i organizacja wsparcia osobie niepełnosprawnej**  
Oznaczenie arkusza: **SPO.01-02-21.06-SG**  
Oznaczenie kwalifikacji: **SPO.01**  
Numer zadania: **02**  
Wersja arkusza: **SG**

**PODSTAWA PROGRAMOWA  
2019**

*Wypełnia egzaminator*

Kod ośrodka 



 –

Kod egzaminatora

Data egzaminu 



  
*Dzień      Miesiąc      Rok*

Godzina rozpoczęcia egzaminu 



 :

| Numer <i>PESEL</i> 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, przełącz 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 osoby podopiecznej

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

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |  |  |  |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 1  | nadciśnienie tętnicze, cukrzyca typu 1, niedowład kończyn dolnych, osłabienie siły mięśniowej kończyn górnych, zaburzenia ostrości widzenia/zaburzenia widzenia<br><i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 4 problemy</i>                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |
| 2  | brak systematyczności w przyjmowaniu leków obniżających ciśnienie, przeciwcukrzycowych, brak systematycznych pomiarów ciśnienia krwi, tętna, poziomu cukru, brak dokumentowania wyników/nie zapisuje wyników<br><i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 3 problemy</i>                                                                                      |  |  |  |  |  |  |
| 3  | nadwaga, nieprzestrzeganie zaleceń dietetycznych/nieprzestrzeganie diety/błędy żywieniowe/spożywanie tłustych, ostro przyprawionych potraw/słodocy                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |
| 4  | poruszanie się na wózku inwalidzkim, problem z samodzielnym przemieszczaniem się z łóżka na wózek inwalidzki/z wózka na łóżko, szybko się męczy, zawroty głowy<br><i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 3 problemy</i>                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |
| 5  | brak systematyczności w wykonywaniu zleconych ćwiczeń rehabilitacyjnych/niechęć do wykonywania zleconych ćwiczeń                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |  |  |  |
| 6  | trudności w wyjściu na zewnątrz/na zakupy/do urzędów, trudności w przygotowaniu posiłków<br><i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisany jest co najmniej 1 problem</i>                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |
| 7  | trudności/ograniczenia przy wykonywaniu czynności higienicznych/kąpieli/myciu głowy, zmianie bielizny osobistej/pościelowej                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |
| 8  | bariery architektoniczne w budynku/brak rampy podjazdowej do wózków inwalidzkich/stopnie na klatce schodowej/mieszkanie niedostosowane do potrzeb osoby z niepełnosprawnością lub zapisane co najmniej 2 informacje typu: w łazience prysznic z kabiną z wąskim wejściem, wąskie futryny w drzwiach/w drzwiach łazienki, brak uchwytów w kabinie prysznicowej, przy sedesie, przy umywalce |  |  |  |  |  |  |
| 9  | obniżony nastrój, mała aktywność/mała aktywność fizyczna<br><i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisany jest co najmniej 1 problem</i>                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |
| 10 | sporadyczny telefoniczny kontakt z bratem i siostrą/rodzeństwem/bezpośredni kontakt tylko z dwiema przyjaciółkami/brak kontaktów z sąsiadami/ze znajomymi/społecznych                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |

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

**Rezultat 2: Wykaz planowanych działań asystenta wspierających osobę podopieczną, adekwatnych do zdiagnozowanych problemów osoby podopiecznej**

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

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 1  | organizowanie konsultacji lekarskich/dowózanie na wizyty lekarskie/konsultacja z rehabilitantem/lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej/rodzinnym/neurologiem/kardiologiem/diabetologiem/okulistą                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |
| 2  | pomiar/monitorowanie ciśnienia tętniczego krwi, pomiary tętna/pulsu, pomiary poziomu cukru we krwi, dokumentowanie wyników pomiarów, nadzór w zakresie przyjmowania leków przepisanych przez lekarza/kontrolowanie/mobilizowanie do systematycznego przyjmowania leków obniżających ciśnienie i przeciwcukrzycowych<br><i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 3 działania</i> |  |  |  |  |  |  |
| 3  | rozmowa/edukacja na temat konieczności przestrzegania diety, diety cukrzycowej, diety z ograniczeniem soli, unikania ostrych przypraw, tłustych potraw, słodczy, zachęcanie do przestrzegania zaleceń dietetycznych<br><i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 3 działania</i>                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |
| 4  | pomoc podczas przemieszczania z łóżka na wózek inwalidzki/z wózka na łóżko                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |
| 5  | pomoc w wykonywaniu/kontrola wykonywania ćwiczeń zleconych/mobilizowanie do systematycznych ćwiczeń                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |  |  |  |
| 6  | załatwianie spraw w urzędach, robienie zakupów, pomoc w przygotowaniu/dostarczaniu posiłków<br><i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 2 działania</i>                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |
| 7  | pomoc przy wykonywaniu czynności higienicznych/kąpieli/myciu głowy, pomoc przy zmianie bielizny osobistej/pościelowej                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |
| 8  | pomoc w likwidacji barier architektonicznych/pomoc w złożeniu wniosku o dofinansowanie do likwidacji barier architektonicznych/pomoc w dostosowaniu mieszkania do potrzeb osoby z niepełnosprawnością                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |
| 9  | pomoc w organizowaniu czasu wolnego/czytanie podopiecznej książek/zakup/wypożyczanie audiobooków/pobudzanie nowych zainteresowań/mobilizowanie do udziału w wykonywaniu czynności codziennych                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |
| 10 | przewodzenie rozmów wspierających, nawiązanie kontaktu z bratem i siostrą/rodzeństwem, mobilizowanie brata, siostry/rodzeństwa do kontaktów telefonicznych z podopieczną/do odwiedzin podopiecznej, nawiązanie kontaktu z grupami wsparcia dla osób z niepełnosprawnością ruchową, nawiązanie kontaktu z sąsiadami<br><i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 2 działania</i>  |  |  |  |  |  |  |

Numer  
stanowiska

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

### Przebieg 1: Przemieszczanie osoby podopiecznej z łóżka na wózek inwalidzki

Zdający na wykonanie czynności przemieszczenia osoby podopiecznej z łóżka na wózek inwalidzki ma przeznaczone 40 minut. Po przekroczeniu 45 minut przewodniczący ZN skieruje do zdającego komunikat „czas minął”, oznaczający zakończenie procesu oceny

Zdający kolejno:

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 1  | poinformował osobę podopieczną o zamiarze przesadzenia z łóżka na wózek inwalidzki i zapytał o zgodę na wykonanie czynności<br><i>Uwaga. Na potrzeby egzaminu kryterium należy uznać za spełnione również, jeżeli zdający poinformuje i zapyta o zgodę po umyciu/zdezynfekowaniu rąk</i>                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |
| 2  | umył higienicznie/zdezynfekował ręce, założył rękawiczki jednorazowe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |
| 3  | umieścił wózek inwalidzki obok łóżka                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |
| 4  | zablokował koła wózka hamulcami, rozsunął podnóżki na boki/uniósł podnóżki wózka                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |  |  |  |
| 5  | posadził osobę podopieczną na brzegu łóżka ze spuszczone nogami                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |
| 6  | stał twarzą do osoby podopiecznej, założył ręce osoby podopiecznej na swoje barki/biodra/łopatki. Dokonał pionizacji osoby podopiecznej<br><i>Kryterium należy uznać za spełnione również, jeżeli na skutek bezwładności fantomu kończyny górne opadną</i><br><i>Uwaga! Kryterium <u>nie należy</u> uznawać za spełnione, jeżeli zdający podczas pionizacji ciągnął osobę podopieczną za kończyny górne</i> |  |  |  |  |  |  |
| 7  | ruchem obrotowym przemieścił osobę podopieczną w stronę wózka inwalidzkiego, posadził osobę podopieczną na siedzisku wózka                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |
| 8  | zapewnił osobie podopiecznej stabilne oparcie pleców, ustawił jej stopy na podnóżkach wózka<br><i>Kryterium należy uznać za spełnione również, jeżeli po posadzeniu osoby podopiecznej na wózku, ze względu na konstrukcję fantomu, jej plecy i stopy będą bezwładnie opadać</i>                                                                                                                            |  |  |  |  |  |  |
| 9  | kończyny górne/przedramiona osoby podopiecznej ułożył na podłokietnikach/na kolanach, zapytał osobę podopieczną o wygodę/samopoczucie<br><i>Kryterium należy uznać za spełnione również, jeżeli na skutek bezwładności fantomu, kończyny górne zsuną się z podłokietników</i>                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |
| 10 | użyte rękawiczki wyrzucił do kosza z napisem Odpady zmieszane, zdezynfekował ręce                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |  |  |  |

Egzaminator .....

imię i nazwisko

.....

data i czytelny podpis