

EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE
Rok 2021
ZASADY OCENIANIA

*Arkusz zawiera informacje prawnie chronione
do momentu rozpoczęcia egzaminu*

Nazwa kwalifikacji: **Świadczenie usług opiekuńczych osobie chorej i niesamodzielnej**
Oznaczenie arkusza: **Z.04-01-21.06-SG**
Oznaczenie kwalifikacji: **Z.04**
Numer zadania: **01**
Wersja arkusza: **SG**

PODSTAWA PROGRAMOWA
2012

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, przekaż 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

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

Elementy podlegające ocenie/kryteria oceny

Rezultat 1: Wykaz problemów pacjentki

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

1	zespół Guillaina-Barrégo, ból kończyn dolnych, niedowład kończyn dolnych/znacznego stopnia niedowład kończyn dolnych, zaburzenie czucia/osłabienie/niedowład kończyn górnych <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 2 problemy</i>						
2	krztuszenie się podczas spożywania posiłków/pokarmów stałych i płynów/utrudnione połykanie/dysfagia						
3	małe ilości wydalanego moczu, zaleganie moczu w pęcherzu moczowym/założony cewnik do pęcherza moczowego						
4	narażenie na powstanie odleżyn/skala Norton 10 punktów						
5	samotność/rzadkie odwiedziny członków rodziny						
6	brak samodzielności w wykonywaniu czynności higienicznych/czynności życia codziennego/czynności samoobsługowych/deficyt samoopieki						
7	osoba leżąca w łóżku/nie jest w stanie samodzielnie poruszać się						
8	nerwowość, niecierpliwość, reagowanie podniesionym głosem, obniżenie nastroju/jest smutna/płacze <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 2 problemy</i>						
9	niechętnie nawiązuje kontakt z pacjentkami na sali						

Rezultat 2. Wykaz działań opiekuna wynikających z problemów pacjentki

Zapiseane (niekoniecznie w podanym brzmieniu, pod warunkiem poprawności merytorycznej):

1	obserwacja pacjentki podczas spożywania posiłków/przyjmowania płynów/obserwacja zaburzeń połykania/kontrola spożywania posiłków/informowanie pielęgniarki lub lekarza o zaburzeniach połykania/o ich nasileniu					
2	dostarczanie płynów, kontrola ilości przyjętych płynów, zagęszczanie płynów/podawanie kisieli, podawanie posiłków papkowatych/zmiksowanych/rozdrobnionych/półpłynnych, sadzanie do posiłków/zapewnienie pozycji wysokiej/sadzanie na łóżku ze spuszczone nogami, przygotowanie stolika przyłóżkowego do posiłków, pomoc/umycie rąk pacjentce, umycie kubka/szućców/łyżki, pomoc w myciu zębów/toalecie jamy ustnej po posiłkach, przekazanie pacjentce informacji żeby spożywała posiłki powoli/małymi porcjami <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 2 działania</i>					
3	wymiana worka na mocz, opróżnianie worka na mocz, kontrola ilości wydalanego moczu, prowadzenie kontroli wydalania stolca, prowadzenie bilansu płynów/przekazywanie pielęgniarence ilości wydalanego moczu i ilości przyjętych płynów, podawanie basenu, zapewnienie warunków intymności w trakcie wydalania <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 3 działania</i>					
4	kontrola tętna i ciśnienia tętniczego krwi/kontrola tętna i ciśnienia tętniczego krwi przed i po podaniu wlewu dożylnego/preparatu immunoglobulin, przekazywanie pielęgniarence informacji o wysokości tętna i ciśnienia tętniczego krwi <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane jest co najmniej 1 działanie</i>					
5	zastosowanie materaca przeciwoleżynowego, stosowanie udogodnień, zmiana pozycji co 2 godziny, stosowanie środków ochronnych/natluszczenie miejsc narażonych na ucisk, wygładzanie prześcieradła, obserwacja miejsc narażonych na odleżyny, stosowanie bielizny osobistej/pościelowej z włókien naturalnych/z bawełny, wymiatanie okruszków <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 2 działania</i>					
6	wykonywanie toalety ciała, mycie głowy, ślanie łóżka, zmiana bielizny osobistej, zmiana bielizny pościelowej, dbanie o czystość szafki przyłóżkowej/porządku na szafce, używanie do mycia ciała środków myjących o pH 5,5/lagodnych środków myjących/szarego mydła, mobilizowanie pacjentki do działania/mobilizowanie do wykonywania czynności w zakresie jej możliwości <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 3 działania</i>					
7	organizacja czasu wolnego/dostarczenie czasopism/książek, rozmowy z pacjentką, obserwacja stanu zdrowia psychicznego/poinformowanie lekarza/pielęgniarki/psychologa o niepokojących objawach występujących u pacjentki/o stanie psychicznym/emocjonalnym pacjentki <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane jest co najmniej 1 działanie</i>					
8	umożliwienie kontaktu z księdzem, umożliwienie swobodnej modlitwy, umożliwienie naładowania telefonu komórkowego/umożliwienie rozmów telefonicznych z rodziną, mobilizowanie rodziny do częstszych odwiedzin, zachęcanie pacjentki do rozmów z pacjentkami, zachęcanie pacjentek do rozmów z pacjentką <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane jest co najmniej 1 działanie</i>					

Rezultat 3. Indywidualna karta pielęgnacji pacjenta

Wpisane:

1	Imię i nazwisko pacjentki: Janina Pawlak Wiek: 68 lat Data wykonania czynności: zgodna z datą egzaminu						
2	Godzina wykonania czynności mieści się w czasie trwania egzaminu oraz parafka w pozycji: wymiana worka na mocz						
3	Ilość moczu w worku: 800 ml						
4	Godzina wykonania czynności mieści się w czasie trwania egzaminu oraz parafka w pozycji: zmiana koszuli nocnej						

Przebieg 1. Opróżnianie i wymiana worka na mocz

Zdający na wykonanie opróżniania i wymiany worka na mocz oraz zmiany koszuli nocnej ma przeznaczone 50 min. Po przekroczeniu tego czasu przewodniczący ZN skieruje komunikat „czas minął” oznaczający zakończenie procesu oceny.

Zdający:

1	poinformował pacjentkę o planowanym opróżnianiu i wymianie worka na mocz, zapytał o zgodę na wykonanie <i>Uwaga. Ze względu na specyfikę sytuacji egzaminacyjnej kryterium należy uznać za spełnione również, jeżeli zdający najpierw umyje/zdezynfekuje ręce, a potem poinformuje pacjentkę i zapyta o zgodę</i>						
2	higienicznie umył ręce/zdezynfekował ręce. Założył rękawice jednorazowe i fartuch ochronny						
3	otworzył zawór odpływowy worka na mocz i opróżnił worek z moczu						
4	zabezpieczył prześcieradło przed zalaniem moczem/pod miejscem połączenia cewnika z drenem worka na mocz						
5	zaciśnął cewnik zaciskiem/kleszczami Peana/kleszczykami plastikowymi						
6	wyjął końcówkę drenu worka na mocz z końcówki cewnika						
7	nie dotykając końcówki drenu nowego worka włożył ją (bez zatyczki) do końcówki cewnika						
8	zawiesił nowy worek na mocz na ramie łóżka poniżej poziomu pęcherza moczowego pacjentki. Zawiesił go na wieszaku/stelażu/uchwycie, tak aby nie był uciśnięty/zagięty						
9	usunął zacisk/kleszcze Peana/kleszczyki plastikowe z cewnika						
10	zużyty/stary worek na mocz i rękawice jednorazowe wrzucił do kosza/pojemnika z workiem czerwonym						

Numer
stanowiska

Przebieg 2. Zmiana koszuli nocnej pacjentce leżącej w łóżku

Zdający kolejno:

1	poinformował pacjentkę o planowanej zmianie koszuli nocnej, zapytał o zgodę na wykonanie <i>Kryterium również należy uznać za spełnione, jeżeli zdający wcześniej poinformował pacjentkę i zapytał o zgodę</i>						
2	założył nowe rękawice jednorazowe						
3	uniósł pośladki lub ułożył pacjentkę na boku i podsunął koszulę ku górze						
4	zdział koszulę nocną zaczynając od kończyny górnej lewej, włożył do pojemnika na brudną bieliznę						
5	założył pacjentce czystą koszulę nocną zaczynając od kończyny górnej prawej						
6	zapiął guziki lub zawiązał tasiemki od koszuli						
7	wyrównał ułożenie koszuli nocnej pod plecami i pośladkami pacjentki, wyrównał ułożenie wierzchniego okrycia <i>Kryterium również należy uznać za spełnione, jeżeli zdający wyrówna koszulę przed zapięciem guzików/zawiązaniem tasiemek</i>						
8	rękawice jednorazowe i fartuch ochronny wrzucił do kosza/pojemnika z workiem czerwonym, zdezynfekował tacę/wózek zabiegowy, zdezynfekował ręce						

Egzaminator

imię i nazwisko

.....

data i czytelny podpis