

Nazwa kwalifikacji: **Świadczenie usług medycznych w zakresie ortoptyki**
Oznaczenie kwalifikacji: **MS.10**
Numer zadania: **01**

Wypełnia zdający

Numer PESEL zdającego*

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

Miejsce na naklejkę z numerem
PESEL i z kodem ośrodka

Czas trwania egzaminu: **120 minut**

MS.10-01-19.06

EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE

Rok 2019

CZEŚĆ 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 7-letnim chłopcem. Dziecko od roku skarży się na ból głowy w szczególności po wysiłku wzrokowym, często pociera oczy, ma dużą niechęć do nauki. Po dużym zmęczeniu rodzice zauważają uciekające oko prawe w kierunku nosa.

Wykonano badanie wady refrakcji przed i po cykloplegii. Zalecono korekcję okularową i terapię ortoptyczną.

Uzupełnij *Kartę badania pacjenta*, wpisując brakujące dane w miejsca zaznaczone kropkami i puste pola 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 korekcji okularowej,
- karta badania pacjenta – podstawowe badania ortoptyczne,
- karta badania pacjenta – badania ortoptyczne kątów zeza, stanu widzenia obuocznego i korespondencji siatkówkowej,
- karta badania pacjenta – badanie ortoptyczne, amplitudy akomodacji i sprawności akomodacji,
- karta planowanego leczenia – cele leczenia, zestaw ćwiczeń do wykonania w gabinecie ortoptycznym,
- karta planowanego leczenia – zestaw ćwiczeń zleconych do wykonywania w domu.

Karta badania pacjenta**Imię i nazwisko:** Stanisław Mączka**Wiek:** 7 lat**Rozpoznanie:**

.....

.....

.....


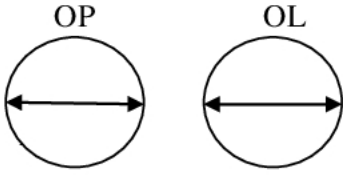
.....

Wartości korekcji okularowej:

	SPH	CYL	AX	PD
OP				
OL				

Podstawowe badanie ortoptyczne

Lp	Rodzaj badania, metoda	Wynik badania	Rodzaj sprzętu, aparatury, pomocy wzrokowych i materiałów pomocniczych
1.	Badanie ostrości wzroku w korekcji i bez do dali	Visus OP = 1,0 c.c. Visus OL = 1,0 c.c. Visus OP = 0,63 s.c. Visus OL = 0,80 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 = 0,63 s.c. /Lea Visus OL = 0,80 s.c. /Lea	
3.	Badanie fiksacji siatkówkowej	OP OL	
4.	Badanie wady refrakcji przed cykloplegią metodą	OP 0,00/-0,75/160° OL +0,25/-0,50/90°	

5.	Badanie wady refrakcji po cykloplegii metodą	OP +1,50/-0,50/180° OL +1,25/-0,25/90° Zapis graficzny wyniku (uzupełnij) OP OL 	
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	Uzupełnij wg zapisu wektorowego  Ruchomość gałek ocznych	
8.	Badanie konwergencji metodą	Konwergencja: c.c. PBK = 4 cm c.c. PBK = 6 cm s.c.	
Badanie ortoptyczne kąta zez, stanu widzenia obuocznego i korespondencji siatkówkowej			
9.	Badanie kąta obiektywnego zez na synoptoforze metodą w korekcji okularowej i bez Badanie kąta subiektywnego zez na synoptoforze w korekcji okularowej i bez	Synoptofor: Kąt obiektywny = c.c Kąt obiektywny = s.c Kąt subiektywny = 0°c.c Kąt subiektywny = +4°s.c	

10.	Badanie kąta zeza do bliży i dali metodą	PCT bliż: 0 Δ c.c. PCT bliż: 12 Δ s.c. PCT dal: 0 Δ c.c. PCT dal: 8 Δ s.c.	
11.	Badanie kąta zeza do bliży przy użyciu testu Maddoxa w korekcji i bez	OP 0 Δ BS c.c. OP 12 Δ BS s.c.	
12.	Badanie korespondencji siatkówkowej metodą w korekcji i bez korekcji	Korespondencja siatkówkowa c.c. Korespondencja siatkówkowa s.c.	- płytki z pionową i poziomą szczeliną, - -
13.	Badanie widzenia obuocznego na synoptoforze i przy użyciu listwy pryzmatycznej w korekcji	Synoptofor: Widzenie obuoczne c.c. Jednoczesna percepcja (.....) Fuzja (.....) Zakres w conv = +4° Zakres w div = -3° Stereopsja (.....) Listwa pryzmatyczna: Zakres w conv = Zakres w div =	
14.	Badanie widzenia stereoskopowego do bliży w korekcji	Test Titmusa: 100" Mucha (...) A (...) B (...) C (...) pierścienie: 1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 ... 6... 7 ... 8 ... 9 ... Test TNO: 480" tablica: 1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 ... 6 ... 7...	

Badanie ortoptyczne amplitudy akomodacji i sprawności akomodacji			
15.	Badanie amplitudy akomodacji w korekcji metodą Dondersa	AA OP = 10 D AA OL = 13 D	
16.	Badanie sprawności akomodacji metodą Badanie w korekcji	Ilość cykli OP: 8/1 minutę Ilość cykli OL: 10/1 minutę Ilość cykli OPL: 8/1 minutę	- tablica Lea do bliży i dali, - zasłonka, -
17.	Badanie sprawności akomodacji przy użyciu flippera akomodacyjnego +2,00 D/-2,00 D Badanie w korekcji	Ilość cykli OP: 5/1 minutę Ilość cykli OL: 6/1 minutę Ilość cykli OPL: 5/1 minutę - trudności z ostrym widzeniem na	

Uwaga. Uzupełnij puste pola oraz miejsca zaznaczone kropkami w Karcie badania pacjenta

Karta planowanego leczenia**Imię i nazwisko:** Stanisław Mączka**Wiek:** 7 lat

Cele leczenia (zapisz co najmniej 5):

.....

.....

.....

.....

.....

Zestaw ćwiczeń do wykonania w gabinecie ortoptycznym

Zalecenie, metoda leczenia	Czas trwania	Rodzaj sprzętu, aparatury, pomocy wzrokowych oraz materiałów pomocniczych
Ćwiczenia w konwergencji i dywergencji	
.....		Tablice Harta, flippery akomodacyjne
Ćwiczenia widzenia stereoskopowego	
.....		Fiksator lub ortoball

Zestaw ćwiczeń zleconych do wykonywania w domu

Rodzaj ćwiczeń/aktywności	Czas trwania w ciągu dnia	Częstotliwość (w ciągu tygodnia)
Ćwiczenia usprawniające motorykę oka (zapisz co najmniej 3):		
Ćwiczenia sprawności akomodacji (zapisz co najmniej 3):		
Ćwiczenia usprawniające koordynację wzrokowo-ruchową (zapisz co najmniej 3):		

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

