

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°	

<p>10. Badanie widzenia obuocznego do dali metodą testu Schobera w korekcji i bez</p>	<p>Badanie w c.c. Przedstaw graficznie: Filtr czerwony przed OP</p> <p>Badanie w s.c. Przedstaw graficznie: . Filtr czerwony przed OP</p>	
<p>11. Badanie kąta zeza do bliży przy użyciu testu Maddoxa w korekcji i bez korekcji</p>	<p>3Δ eso c.c. 5Δ eso s.c.</p>	
<p>12. Badanie korespondencji siatkówkowej metodą</p> <p>w korekcji i bez korekcji</p>	<p>Korespondencja siatkówkowa - prawidłowa ustalona c.c. Korespondencja siatkówkowa - prawidłowa ustalona s.c.</p>	<p>synoptofor</p>
<p>13. Badanie widzenia obuocznego na synoptoforze i przy użyciu listwy pryzmatycznej w korekcji</p>	<p>Synoptofor: Widzenie obuoczne c.c. Jednoczesna percepcja (...) Fuzja (...) Zakres w conv = +7° Zakres w div = - 5° Stereopsja (...)</p> <p>Listwa pryzmatyczna</p> <p>Zakres w conv =c.c. Zakres w div =c.c</p>	

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. Uzupelnij 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

