

Nazwa kwalifikacji: **Świadczenie usług w zakresie masażu**

Oznaczenie kwalifikacji: **Z.01**

Numer zadania: **01**

*Arkusze zawiera informacje prawnie chronione
do momentu rozpoczęcia egzaminu*

Miejsce na naklejkę
z numerem PESEL i z kodem
ośrodka

Wypełnia zdający

Numer PESEL zdającego*

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

Z.01-01-14.05

Czas trwania egzaminu: **120 minut**

EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE
Rok 2014
CZĘŚĆ PRAKTYCZNA

Układ graficzny © CKE 2013

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*,
 - symbol cyfrowy zawodu,
 - oznaczenie kwalifikacji,
 - numer zadania,
 - numer stanowiska.
3. KARTĘ OCENY przekaz zespołowi nadzorującemu część praktyczną egzaminu.
4. Sprawdź, czy arkusz egzaminacyjny zawiera 5 stron i nie zawiera błędów. Ewentualny brak stron lub inne usterki zgłoś przez podniesienie ręki przewodniczącemu zespołu nadzorującego część praktyczną egzaminu.
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

Wykonaj masaż leczniczy klasyczny grzbietu i kręgosłupa na odcinku L–Th zgodnie ze zleceniem lekarskim zamieszczonym w arkuszu egzaminacyjnym. Wypełnij Kartę zabiegów pacjenta.

Po zapoznaniu się z treścią zadania zgłoś Przewodniczącemu ZNCP przez podniesienie ręki gotowość do przygotowania stanowiska do masażu, a następnie kieruj się poleceniami wydawanymi przez Przewodniczącego ZNCP. Przewodniczący ZNCP wyda Ci polecenia, by przystąpić do:

- przygotowania stanowiska do masażu,
- przygotowania pacjenta do masażu,
- wykonania masażu,
- uporządkowania stanowiska po wykonaniu masażu,
- przejścia na indywidualne stanowisko egzaminacyjne w celu kontynuacji egzaminu.

W szczególności zwróć uwagę na to, że w odpowiednich momentach powinieneś zgłosić:

- zakończenie czynności związanych z przygotowaniem stanowiska do masażu,
- zakończenie czynności związanych z przygotowaniem pacjenta do zabiegu masażu,
- zakończenie czynności związanych z uporządkowaniem stanowiska do masażu, po wykonaniu zabiegu.

Zabieg masażu wykonaj w czasie nie dłuższym niż 10 minut, do momentu, gdy usłyszysz od Egzaminatora komunikat „dziękuję”, oznaczający konieczność zaprzestania wykonywania dalszych czynności związanych z masażem. W przypadku braku komunikatu od egzaminatora zakończ masaż, gdy uznasz, że wykonałeś zadanie.

Poszczególne techniki masażu wykonaj maksymalnie 2 razy.

Zadanie egzaminacyjne wykonaj zgodnie z zasadami i procedurami uwzględniając przepisy BHP oraz ergonomię pracy. Formularze do wypełnienia znajdują się w arkuszu egzaminacyjnym.

Arkusze egzaminacyjny pozostaw na indywidualnym stanowisku egzaminacyjnym, na stoliku.

Czas przeznaczony na wykonanie zadania wynosi 120 minut.

Ocenie podlegać będzie 5 rezultatów:

- wypełniona Karta zabiegów pacjenta – metryczka i rejestracja wykonywanych zabiegów,
- wypełniona Karta zabiegów pacjenta – wykaz przeciwwskazań i zalecenia,
- zorganizowane stanowisko do masażu,
- przygotowany pacjent do zabiegu,
- uporządkowane stanowisko do masażu po wykonaniu zabiegu

oraz

- przebieg wykonania masażu.

Data: 19.05.20XX r.

Skierowanie na zabieg masażu**Imię i nazwisko pacjenta:** Teresa Nagas**Wiek:** 47 lat**Adres zamieszkania:** Szczyrk, ul. Rzeczna 5**Zlecenie:** 10 zabiegów masażu klasycznego**Okolica ciała:** Grzbiet i kręgosłup na odcinku L i Th.**Rozpoznanie:** Zespół bólowy w okolicy lędźwiowej z przenoszeniem się objawów na okolicę Th**Cel zabiegu:** Zniesienie bólu i napięcia mięśniowego w okolicy odc. L-Th**Opis stanu zdrowia i możliwości ruchowych pacjentki na podstawie wywiadu:**

- pacjentka o wzroście 165 cm i wadze 80 kg, ogólnie sprawna fizycznie,
- prowadzi gospodarstwo domowe swojej córki: codziennie przez 8 godzin zajmuje się roczną wnuczką, robi zakupy, sprząta, przygotowuje posiłki i wychodzi na spacer,
- pacjentka zgłasza, że od kilku tygodni odczuwa ból i wzmożone napięcie lędźwi i odcinka piersiowego grzbietu, nasilające się podczas podnoszenia dziecka,
- w ostatnich latach kilkakrotnie przechodziła zaostrzenie objawów,
- badanie MR wykonane rok temu wykazało niewielkie narośle w postaci osteofitów na krawędziach trzonów kręgów oraz pogłębioną lordozę lędźwiową,
- pacjentka korzystała z zabiegów jonoforezy i gimnastyki leczniczej, po których stan ostry ustąpił,
- aktualnie nie zażywa lekarstw, nie wykonuje ćwiczeń leczniczych.

Janusz Salwowski
lekarz ortopeda
ul. Nowa 7/36, Szczyrk
tel 503 654 344

Janusz Salwowski
(pieczętka i podpis lekarza)

Data: 10.05.20XX r.

Wynik badania rezonansem magnetycznym (MR)

Imię i nazwisko: Teresa Nagas

Wiek: 47 lat

Adres zamieszkania: Szczyrk, ul. Rzeczna 5

Rodzaj badania: badanie odcinkowe okolicy lędźwiowej

Opis badania MR:

- zmiany degeneracyjne krążków międzykręgowych od L3 do S1 w postaci obniżenia ich wysokości,
- niewielkie narośle kostne na brzegach trzonów kręgów,
- pogłębiona lordoza odcinka lędźwiowego,
- kanał kręgowy bez zmian ogniskowych,
- nie stwierdza się innych zmian chorobowych.

Jan Kowalski
lekarz radiolog
ul. Słona 9, Szczyrk
tel 505 654 700

JAN KOWALSKI

(pieczętka i podpis lekarza)

Karta zabiegów pacjenta

Data założenia karty:

Imię i nazwisko:

Wiek:

Rejestracja wykonywanych zabiegów

L.p.	Rodzaj zabiegu	Nazwy mięśni objętych masażem	Cel zabiegu	Data wykonania zabiegu	Podpis osoby wykonującej zabieg
1					XX YY
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

Wykaz przeciwwskazań bezwzględnych do masażu:

1.
2.
3.
4.
5.
6.

Zalecenia praktyczne dla pacjentki wspomagające leczenie bólu i napięcia mięśniowego:

1.
2.
3.