

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.01-01-15.01**

Czas trwania egzaminu: **120 minut**

**EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE**  
**Rok 2015**  
**CZĘŚĆ PRAKTYCZNA**

Układ graficzny © CKE 2015

**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 przełącz 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 zgodnie ze zleceniem lekarza rehabilitacji zamieszczonym w arkuszu egzaminacyjnym, wykorzystując informacje zawarte w *Wywiadzie chorobowym*.

Wypełnij druk: *Informacje dla pacjenta* i *Kartę zabiegów pacjenta*.

Po zapoznaniu się z treścią zadania, pod kierunkiem Przewodniczącego ZNCP będziesz realizował kolejne etapy egzaminu. Zgłoś Przewodniczącemu ZNCP przez podniesienie ręki kolejno:

- gotowość do przygotowania stanowiska do masażu oraz zakończenie tej czynności,
- gotowość do przygotowania siebie i pacjenta do masażu oraz zakończenie tych czynności,
- zakończenie czynności związanych z uporządkowaniem stanowiska po wykonanym masażu.

Po komunikacie egzaminatora: „proszę rozpocząć masaż” dokonaj oceny strukturalnej tkanek pacjenta i wykonaj masaż. Czynności te zrealizuj w czasie nie dłuższym niż 15 minut, lub do momentu, gdy usłyszysz od egzaminatora komunikat: „dziękuję”. W przypadku braku komunikatu od egzaminatora zakończ masaż, gdy uznasz, że wykonałeś zadanie. Poszczególne techniki masażu wykonaj maksymalnie 2 razy.

Po uzyskaniu zgody Przewodniczącego ZNCP przejdź do indywidualnego stanowiska egzaminacyjnego w celu kontynuacji egzaminu.

Zadanie egzaminacyjne wykonaj zgodnie z zasadami i procedurami uwzględniającymi przepisy BHP i ergonomię pracy.

*Uwaga: Komunikując się z osobą pełniącą rolę twojego pacjenta przekazuj tylko komendy niezbędne do realizacji zadania. Rób to w taki sposób, aby nie przeszkadzać pozostałym zdającym.*

Wszystkie potrzebne do wypełnienia formularze znajdują się w arkuszu egzaminacyjnym.

Arkusz egzaminacyjny pozostaw na indywidualnym stanowisku egzaminacyjnym (stoliku).

### Wywiad chorobowy

Pacjentka Joanna Kowalska lat 42, w marcu 2014 roku w czasie wypadku komunikacyjnego doznała złamania podudzia prawego w okolicy główki kości strzałkowej.

Uraz był leczony zachowawczo opatrunkiem gipsowym. W trakcie leczenia zaobserwowano niedowład mięśni grupy przednio-bocznej podudzia oraz prostowników stopy. Wystąpiły zaburzenia czucia powierzchownego i głębokiego grzbietowej części stopy i palców. Wykonano EMG (elektromiografię). Stwierdzono pourazowe uszkodzenie nerwu strzałkowego typu axonotmesis (przerwanie włókien osiowych nerwu przy zachowaniu osłonek – rokujące całkowity powrót do stanu wyjściowego po długotrwałym leczeniu). Obecnie pacjentka ma osłabioną siłę mięśniową w niewielkim stopniu. Zaburzenia czucia ustąpiły. U pacjentki wykonano zabiegi fizykoterapeutyczne (magnetoterapia, światłolecznictwo, elektrostymulacja, kąpiele wirowe) oraz kinezyterapeutyczne (ćwiczenia bierne, wspomagane czynne). W wyniku rehabilitacji uzyskano pełen zakres ruchomości stawu skokowego prawego. Pacjentka wróciła do pracy. Obecnie rozpoczyna kolejną serię zabiegów.

**Data: 8.01.2015 r.**

**Skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne**

**Proszę o wykonanie zabiegów fizjoterapeutycznych u pacjentki:**

**Imię nazwisko:** Joanna Kowalska      **Wiek:** 42 lata

**Rozpoznanie:** Stan po złamaniu podudzia prawego. Niedowład nerwu strzałkowego prawego w okresie adaptacji. Pełen zrost kostny.

**Cel zabiegu :** Zwiększenie siły i masy osłabionych mięśni.

**Rodzaj zabiegu:** Masaż klasyczny.

**Okolica zabiegowa:** Grupa przednio-boczna mięśni podudzia prawego.

**Liczba zabiegów:** 10

Lekarz kierujący  
*Krzysztof Sowiński*

**Czas przeznaczony na wykonanie zadania wynosi 120 minut.**

**Ocenie podlegać będą 4 rezultaty:**

- druk Informacje dla pacjenta,
- Karta zabiegów pacjenta,
- przygotowane stanowisko do masażu,
- uporządkowane stanowisko po wykonanym masażu

**oraz**

- przebieg przygotowania masażyisty i pacjenta do masażu oraz wykonania zleconego masażu.

**Informacje dla pacjenta**

**Informacje, które należy przekazać pacjentowi w części wstępnej zabiegu masażu**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Informacje, które należy przekazać pacjentowi w części końcowej zabiegu masażu**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Karta zabiegów pacjenta**

Data założenia karty .....

Imię i nazwisko ..... Wiek .....

**Rozpoznanie**

.....

.....

.....

.....

L.p.	Rodzaj zabiegu	Okolica zabiegu (wymienione mięśnie objęte zabiegiem)	Data zabiegu	Podpis
1.				XXYY
2.				
3.				

**Przeciwwskazania ogólne do zabiegu**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Przeciwwskazania miejscowe do zabiegu**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....