

**Arkusz zawiera informacje prawnie
chronione do momentu rozpoczęcia egzaminu**

Układ graficzny © CKE 2016

CKE **CENTRALNA
KOMISJA
EGZAMINACYJNA**

Nazwa kwalifikacji: **Świadczenie usług w zakresie masażu**
Oznaczenie kwalifikacji: **Z.01**
Numer zadania: **01**

Wypełnia zdający

Miejsce na naklejkę z numerem
PESEL i z kodem ośrodka

Numer PESEL zdającego*

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Z.01-01-17.06

Czas trwania egzaminu: **120 minut**

EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE
Rok 2017
CZEŚĆ PRAKTYCZNA

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. **KARTĘ OCENY** przekaz zespołowi nadzorującemu.
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.
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

Przeprowadź na potrzeby egzaminu ocenę stanu tkanek pacjenta w obszarze objętym masażem oraz funkcjonalną ocenę ruchomości stawów biodrowego i kolanowego prawej kończyny dolnej.

Wykonaj masaż zgodnie ze skierowaniem lekarskim zamieszczonym w arkuszu egzaminacyjnym.

Wykorzystaj informacje zawarte w opisie stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu.

Wypełnij dokumentację obejmującą: kartę zabiegów pacjenta i informacje dla pacjenta.

Po zapoznaniu się z treścią zadania zgłoś przewodniczącemu ZN przez podniesienie ręki gotowość do przygotowania stanowiska do zleconego masażu, a następnie kieruj się poleceniami wydawanymi przez przewodniczącego ZN.

W szczególności zwróć uwagę na to, że w czasie wykonywania zadania na stanowisku do masażu powinieneś przez podniesienie ręki zgłosić kolejno:

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

Ocenę i masaż wykonaj w czasie nie dłuższym niż 20 minut lub 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. Po przekroczeniu czasu (20 minut) przewodniczący ZN przerwie Ci wykonywanie masażu słowami „czas minął”.

Poszczególne chwytty zastosowanych technik masażu wykonaj, powtarzając je maksymalnie 2 razy.

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

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

Wszystkie potrzebne do wypełnienia formularze znajdują się w arkuszu.

Po zakończeniu egzaminu arkusz pozostaw na indywidualnym stanowisku egzaminacyjnym, na stoliku.

Skierowanie na zabiegi masażu

Imię i nazwisko pacjenta: *Patryk Wojciechowski*

Wiek: *35 lat*

Zlecenie: *masaż klasyczny pasma biodrowo-piszczelowego oraz bocznej strony stawu kolanowego kończyny dolnej prawej*

Liczba zabiegów: *10*

Rozpoznanie: *zespół przeciążeniowy pasm a biodrowo-piszczelowego prawej kończyny dolnej*

Cel zabiegów: *poprawa elastyczności pasma biodrowo-piszczelowego prawej kończyny dolnej*

pieczętka i podpis lekarza
Janusz Wojciechowski
lekarz ortopeda
ul. Leśna 4
Kraków
Janusz Wojciechowski

Opis stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu

- pacjent biega amatorsko, ostatnio przygotowywał się do biegu maratońskiego,
- zgłosił się do poradni rehabilitacyjnej z bólem prawego biodra promieniującym po stronie bocznej uda do prawego stawu kolanowego,
- u pacjenta rozpoznano przeciążenie pasma biodrowo-piszczelowego w fazie przewlekłej,
- w badaniu lekarskim stwierdzono bolesność uciskową okolicy krętarza większego oraz zwiększone napięcie pasma biodrowo-piszczelowego prawej kończyny dolnej,
- w badaniu USG prawego pasma biodrowo-piszczelowego nie wykazano zmian patologicznych,
- badanie RTG prawego stawu biodrowego bez istotnych zmian chorobowych,
- w dniu dzisiejszym pacjent czuje się dobrze, nie ma przeciwwskazań do wykonania zabiegu masażu.

Czas przeznaczony na wykonanie zadania wynosi 120 minut.

Ocenie podlegać będzie 5 rezultatów:

- stanowisko przygotowane do wykonania zleconego masażu,
- pacjent przygotowany do wykonania zabiegu,
- stanowisko po wykonanym masażu,
- Karta zabiegów pacjenta,
- Informacje dla pacjenta

oraz

przebieg wykonania oceny stanu tkanek pacjenta w obszarze objętym masażem i funkcjonalnej oceny ruchomości w stawach kolanowym i biodrowym kończyny dolnej prawej oraz wykonania masażu klasycznego pasma biodrowo-piszczelowego i bocznej strony stawu kolanowego kończyny dolnej prawej.

Data założenia karty.....

KARTA ZABIEGÓW PACJENTA

Imię i nazwisko: Wiek:

Rozpoznanie:

.....

.....

.....

.....

Cel zabiegu:

.....

.....

.....

.....

| L.p. | Rodzaj zabiegu | Obszar zabiegu | Data | Podpis |
|------|----------------|----------------|------|--------|
| | | | | XXY |

Struktury mięśniowe i więzadłowe w obrębie strony bocznej uda i stawu kolanowego**Mięśnie tworzące pasmo biodrowo-piszczelowe:**

1/.....

2/.....

.....

Więzadła i troczki strony bocznej stawu kolanowego:

1/.....

2/.....

.....

