

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

Układ graficzny © CKE 2016

**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.01-01-17.01**

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 przełącz zespołowi nadzorującemu.
4. Sprawdź, czy arkusz egzaminacyjny zawiera 6 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 pacjentki objętych masażem oraz ocenę ruchomości stawu nadgarstkowego. Wykonaj masaż zgodnie ze skierowaniem lekarskim zamieszczonym w arkuszu egzaminacyjnym oraz ćwiczenia zwiększające zakres ruchomości stawu nadgarstkowego. Wykorzystaj informacje zawarte w *Opisie stanu zdrowia pacjentki na podstawie wywiadu*. Wypełnij dokumentację obejmującą: Kartę zabiegów pacjenta, Przeciwwskazania ogólne i miejscowe do masażu oraz zalecenia i ćwiczenia dla pacjentki.

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

W szczególności zwróć uwagę na to, że przez podniesienie ręki powinienes zgłosić:

- zakończenie czynności związanych z przygotowaniem stanowiska do masażu,
- gotowość do wykonania oceny stanu tkanek pacjenta, ruchomości stawu nadgarstkowego i masażu,
- zakończenie wykonania zabiegu masażu i ćwiczeń zwiększających zakres ruchomości stawu nadgarstkowego,
- zakończenie czynności związanych z uporządkowaniem stanowiska do masażu, po wykonaniu zabiegu.

Ocenę, masaż i ćwiczenia wykonaj w czasie nie dłuższym niż 20 minut lub do momentu, gdy usłyszysz od egzaminatora komunikat „dziękuję” oznaczający konieczność zaprzestania 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 chwytów 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 Twojej pacjentki, przekazuj 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 lekarskie

Imię i nazwisko pacjenta: *Janina Nowak*

Wiek pacjenta: *60 lat*

Rozpoznanie: *stan po złamaniu nasady dalszej kości promieniowej prawej kończyny górnej*

Zlecony zabieg: *masaż klasyczny strony dłoniowej ręki, stawu nadgarstkowego i grupy przedniej mięśni przedramienia kończyny górnej prawej*

Cel zabiegów: *poprawa zakresu ruchomości prawego stawu nadgarstkowego*

Liczba zabiegów: *10*

pieczętka i podpis lekarza  
Piotr Nowakowski  
lekarz ortopeda  
ul. Krótka 12  
Tarnów  
*Piotr Nowakowski*

### Opis stanu zdrowia pacjentki na podstawie wywiadu

- 1 marca 2016 roku Janina Nowak doznała złamania nasady dalszej kości promieniowej podczas upadku na wyprostowaną kończynę górną prawą,
- badanie RTG wykazało złamanie stabilne, bez przemieszczeń, kończynę unieruchomiono opatrunkiem gipsowym,
- zalecono: leki przeciwobrzękowe, pole magnetyczne 10x,
- po 3 tygodniach zmieniono opatrunek gipsowy na ortozę stabilizującą,
- po kolejnych 2 tygodniach stwierdzono całkowity zrost kostny,
- wprowadzono masaż wirowy, jonoforezę wapniową oraz ćwiczenia w odciążeniu,
- aktualnie stan ogólny pacjentki jest dobry, występuje ograniczenie ruchomości stawu nadgarstkowego prawego w zakresie wyprost,
- w dniu dzisiejszym brak przeciwwskazań do wykonania masażu.

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

### Ocenie podlegać będzie 5 rezultatów:

- stanowisko przygotowane do zleconego masażu,
- pacjentka przygotowana do zabiegu,
- stanowisko po wykonanym zabiegu,
- Karta zabiegów pacjenta,
- Przeciwwskazania ogólne i miejscowe do masażu oraz zalecenia i ćwiczenia dla pacjentki

oraz

przebieg wykonania oceny stanu tkanek oraz oceny ruchomości stawu nadgarstkowego pacjentki, wykonania zabiegu masażu klasycznego strony dłoniowej ręki, stawu nadgarstkowego i grupy przedniej mięśni przedramienia oraz ćwiczeń zwiększających zakres ruchomości stawu nadgarstkowego.

Data założenia karty .....

**Karta zabiegów pacjenta**

Imię i nazwisko: ..... Wiek: .....

Rozpoznanie: .....

.....

Cel zabiegu: .....

.....

Lp.	Rodzaj zabiegu	Obszar zabiegu	Data	Podpis
				XXX

Mięśnie masowanego obszaru:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## **Przeciwwskazania ogólne i miejscowe do masażu oraz zalecenia i ćwiczenia dla pacjentki**

Przeciwwskazania ogólne do zabiegu masażu:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Przeciwwskazania miejscowe (lokalne) do zabiegu masażu:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Zalecenia dla pacjentki odnośnie postępowania profilaktyczno-leczniczego wspomagającego usprawnienie prawej kończyny górnej:

.....

.....

.....

.....

.....

Zalecone pacjentce ćwiczenia dla stawu nadgarstkowego do samodzielnego wykonywania w warunkach domowych celem poprawy zakresu ruchomości tego stawu:

.....

.....

.....

.....

.....

.....