

Nazwa kwalifikacji: **Świadczenie usług medycznych w zakresie ortoptyki**

Oznaczenie kwalifikacji: **Z.10**

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.10-01-14.05**

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 przełącz zespołowi nadzorującemu część praktyczną egzaminu.
4. Sprawdź, czy arkusz egzaminacyjny zawiera 7 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**

Do gabinetu ćwiczeń ortoptycznych w Poradni Leczenia Zeza i Niedowidzenia zgłosił się rodzic z 5-letnią dziewczynką, która zezuje zbieżnie raz prawym, raz lewym okiem od 4-go roku życia. W dotychczasowym leczeniu zastosowano wyrównanie wady refrakcji poprzez korekcję okularową. Ojciec dziecka poinformował, że w rodzinie nie stwierdzono występowania zeza ani niedowidzenia.

Uzupełnij Kartę Badania Pacjenta oraz zaplanuj - w Karcie Planowanego Leczenia - proces leczenia zeza u dziecka. Formularze do wypełnienia znajdują się w arkuszu egzaminacyjnym.

Wypełnioną w arkuszu dokumentację pozostaw na stanowisku egzaminacyjnym do oceny.

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

**Ocenie podlegać będzie 6 rezultatów:**

- wypełniona Karta Badania Pacjenta – rozpoznanie choroby,
- wypełniona Karta Badania Pacjenta – badanie pleoptyczne,
- wypełniona Karta Badania Pacjenta – badanie ortoptyczne,
- wypełniona Karta Badania Pacjenta – badanie ortoptyczne na synoptoforze,
- wypełniona Karta Planowanego Leczenia – zestaw ćwiczeń przeznaczonych do wykonania w gabinecie ortoptycznym,
- wypełniona Karta Planowanego Leczenia – zestaw ćwiczeń przeznaczonych do wykonania w domu.

**KARTA BADANIA PACJENTA**

Imię i nazwisko: Anna Nowak

Wiek dziecka: 5 lat

Rozpoznanie: .....

.....

**Wartości szkieł korekcyjnych:**

	SPH	CYL	AX	PRYZMAT/BAZA	PD
OP					
OL					

<b>BADANIE PLEOPTYCZNE</b>		
<b>Rodzaj badania / metoda</b>	<b>Wynik badania</b>	<b>Rodzaj sprzętu, aparatury i materiałów pomocniczych</b>
1. Badanie ostrości wzroku w korekcji do dali	Visus OP = <b>1,0</b> c.c. Visus OL = <b>1,0</b> c.c.	
2. Badanie ostrości wzroku w korekcji do bliży	Sn OP = .....c.c. Sn OL = ..... c.c.	
3. Badanie fiksacji siatkówkowej Rodzaj cykloplegii: .....	OP..... OL.....	
4. Badanie wady refrakcji metodą obiektywną .....	Sk OP <b>+3,0 /+ 3,0</b> Sk OL <b>+2,5 /+2,5</b>	
5. Badanie obuocznego widzenia testami słabo i silnie dysocjującymi w korekcji i bez korekcji		

<b>BADANIE ORTOPTYCZNE</b>		
<b>Rodzaj badania / metoda</b>	<b>Wynik badania</b>	<b>Rodzaj sprzętu, aparatury i materiałów pomocniczych</b>
1. Badanie ruchów oczu metoda .....	OP add..... abd..... OL add..... abd.....	
2. Badanie równowagi mięśniowej metoda ..... .....	CT do dali ( ) s.c. do bliży ( ) s.c.  CT do dali ( ) c.c. do bliży ( ) c.c.	
3. Badanie konwergencji metoda.....	..... PBK.....	

<b>BADANIE ORTOPTYCZNE NA SYNOPTOFORZE</b>		
<b>Rodzaj badania / metoda</b>	<b>Wynik badania</b>	<b>Rodzaj sprzętu, aparatury i materiałów pomocniczych</b>
<p>1. Badanie kąta obiektywnego zeza na synoptoforze lub z użyciem listew pryzmatycznych metodą</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>w korekcji i bez korekcji</p>	<p>Synoptofor:</p> <p>Kąt obiektywny = + 5° c.c.</p> <p>Kąt obiektywny = +15° s.c.</p> <p>Listwa:</p> <p>Kąt obiektywny = .....c.c.</p> <p>Kąt obiektywny = .....s.c.</p>	
<p>2. Badanie kąta subiektywnego zeza na synoptoforze w korekcji i bez korekcji</p>	<p>Kąt subiektywny = + 5° c.c.</p> <p>Kąt subiektywny = +15° s.c.</p>	
<p>3. Badanie korespondencji siatkówkowej metodą</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>w korekcji i bez korekcji</p>	<p>Korespondencja.....</p> <p>.....c.c.</p> <p>Korespondencja.....</p> <p>.....s.c.</p>	
<p>4. Badanie obuocznego widzenia na synoptoforze w korekcji</p>	<p>Obuoczne widzenie c.c.</p> <p>jednoczesna percepcja ( )</p> <p>fuzja ( ) zakres w conv 8°</p> <p>zakres w div 2°</p> <p>stereopsja ( )</p>	

**KARTA PLANOWANEGO LECZENIA****Imię i nazwisko:** Anna Nowak**Wiek dziecka:** 5 lat**Rozpoznanie:** .....

.....

**Cele leczenia:** .....

.....

**Zestaw ćwiczeń przeznaczonych do wykonania w gabinecie ortoptycznym**

<b>Metoda leczenia</b>	<b>Czas trwania</b>	<b>Rodzaj sprzętu, aparatury, pomocy wzrokowych oraz materiałów pomocniczych</b>

**Zestaw ćwiczeń przeznaczonych do wykonania w domu**

<b>Metoda leczenia / rodzaj ćwiczenia</b>	<b>Czas trwania ćwiczenia w ciągu dnia</b>