

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

Układ graficzny © CKE 2020



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

Oznaczenie kwalifikacji: **Z.10**

Numer zadania: **01**

Wersja arkusza: **SG**

Wypełnia zdający

Miejsce na naklejkę z numerem  
PESEL i z kodem ośrodka

Numer PESEL zdającego\*

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

**Z.10-01-21.01-SG**

Czas trwania egzaminu: **120 minut**

## **EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE**

**Rok 2021**

**CZĘŚĆ PRAKTYCZNA**

**PODSTAWA PROGRAMOWA  
2012**

### **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. Sprawdź, czy arkusz egzaminacyjny zawiera 8 stron i nie zawiera błędów. Ewentualny brak stron lub inne usterki zgłoś przez podniesienie ręki przewodniczącemu zespołu nadzorującego.
4. Zapoznaj się z treścią zadania oraz stanowiskiem egzaminacyjnym. Masz na to 10 minut. Czas ten nie jest wliczany do czasu trwania egzaminu.
5. Czas rozpoczęcia i zakończenia pracy zapisze w widocznym miejscu przewodniczący zespołu nadzorującego.
6. Wykonaj samodzielnie zadanie egzaminacyjne. Przestrzegaj zasad bezpieczeństwa i organizacji pracy.
7. Po zakończeniu wykonania zadania pozostaw arkusz egzaminacyjny z rezultatami oraz KARTĘ OCENY na swoim stanowisku lub w miejscu wskazanym przez przewodniczącego zespołu nadzorującego.
8. 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 ortoptycznego zgłosili się rodzice z 8-letnią dziewczynką. Dziecko jest leczone od momentu wystąpienia zezu (4 lata temu). Pół roku temu dziewczynce wykonano operację zezu zbieżnego oka prawego. Od 4 lat dziecko nosi okulary korygujące wadę wzroku. Przed operacją miało zasłaniane oko i wykonywało ćwiczenia pleoptyczno-ortoptyczne. Obecnie zdiagnozowano obniżenie ostrości widzenia, dziewczynka nadal dyskretnie zezuje okiem prawym. Zlecono kolejne ćwiczenia pleoptyczno-ortoptyczne.

Na podstawie wyników badań diagnostycznych zamieszczonych w *Karcie badania pacjenta* ustal pozostałe wyniki, uzupełniając *Kartę badania pacjenta* oraz zaplanuj i wypełnij – w *Karcie planowanego leczenia* – proces leczenia zaburzeń u dziecka.

Formularze do wypełnienia znajdują się w arkuszu egzaminacyjnym.

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

**Ocenić podlegać będzie 5 rezultatów:**

- Karta badania pacjenta – rozpoznanie i wartości szkieł korekcyjnych,
- Karta badania pacjenta – podstawowe badania ortoptyczne,
- Karta badania pacjenta – badania ortoptyczne kątów zezu, korespondencji siatkówkowej i obuocznego widzenia,
- Karta planowanego leczenia – cele leczenia, zestaw ćwiczeń do wykonania w gabinecie ortoptycznym,
- Karta planowanego leczenia – zestaw ćwiczeń zleconych do wykonywania w domu.

**Karta badania pacjenta****Imię i nazwisko:** Jagoda Nowak**Wiek pacjenta:** 8 lat**Rozpoznanie** (co najmniej 5 elementów składowych rozpoznania):

.....

.....

.....

.....


.....

.....

**Wartości szkieł korekcyjnych:**

	SPH	CYL (-)	AX	PD
OP				
OL				

<b>Podstawowe badania ortoptyczne</b>			
Lp.	Rodzaj badania, metoda	Wynik badania	Sprzęt, aparatura, materiały pomocnicze zastosowane do badania
1.	Badanie ostrości wzroku w korekcji do dali	Visus OP = 0,8 c.c. Visus OL = ..... c.c.	..... ..... .....
2.	Badanie ostrości wzroku w korekcji do bliży	Sn OP = ..... c.c. Sn OL = ..... c.c.	..... ..... .....
3.	Badanie wady refrakcji metodą obiektywną .....	Sk OP +5,00 L +5,00 Sk OL +4,50 L +4,50	..... ..... .....

4.	Badanie orientacyjne ruchów oczu metodą jakościową	<p><i>Zapis wyniku badania wektorowy i opisowy</i></p> <p style="text-align: center;">OP                      OL</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p>Ruchomość gałek ocznych</p> <p>OP</p> <p>.....</p> <p>OL</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
5.	Badanie równowagi mięśniowej metodą ..... .....	<p>CT do dali ( ..... ) c.c.</p> <p style="padding-left: 40px;">do bliży ( ..... ) c.c.</p> <p>CT do dali ( ..... ) s.c.</p> <p style="padding-left: 40px;">do bliży ( ..... ) s.c.</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

**Badania ortoptyczne kątów zeza, korespondencji siatkówkowej i obuocznego widzenia**

Lp.	Rodzaj badania, metoda	Wynik badania	Sprzęt, aparatura, materiały pomocnicze zastosowane do badania
1.	Badanie kąta obiektywnego zeza na synoptoforze metodą ..... ..... i z użyciem listw pryzmatycznych ..... ..... w korekcji	Synoptofor: Kąt obiektywny OP = +4° c.c.  Listwa pryzmatyczna: Kąt obiektywny: do dali = ..... .c.c. do bliży = 12Δ BS c.c.	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
2.	Badanie kąta subiektywnego zeza na synoptoforze w korekcji	Kąt subiektywny = ..... jednoczesna percepcja (.....)	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

3.	Badanie korespondencji siatkówkowej na synoptoforze metodą ..... w korekcji	Korespondencja siatkówkowa ..... ..... <i>wynik opisowy lub graficzny:</i> ..... .....	..... ..... .....
4.	Badanie korespondencji siatkówkowej metodą ..... .....	kąt obiektywny ..... c.c. kąt subiektywny +4° c.c.	czerwony filtr, ..... .....
5.	Badanie obuocznego widzenia na synoptoforze w korekcji	Obuoczne widzenie c.c. jednoczesna percepcja: (+/-) ..... fuzja (.....) stereopsja (.....)	..... ..... .....
6.	Badanie obuocznego widzenia testami słabo i silnie dysocjującymi w korekcji do dali i do bliży	Test Wortha do dali <i>Zapis słowny lub graficzny:</i>	..... ..... .....
		Test Wortha do bliży <i>Zapis słowny lub graficzny:</i>	..... ..... .....
		Test Bagoliniego <i>Zapis słowny lub graficzny:</i>	..... ..... .....
		..... lub ..... (.....)	..... okulary polaryzacyjne

		ABC (...../3)	..... .....
		Pierścienie (0/.....)	..... .....
		TNO (-) I tablica	..... .....

*Uwaga. Uzupełnij miejsca zaznaczone kropkami i/lub puste pola w Karcie badania pacjenta*

**Karta planowanego leczenia****Imię i nazwisko:** Jagoda Nowak**Wiek pacjenta:** 8 lat**Cele leczenia** (wymień co najmniej 5)

.....

.....

.....

.....

.....

**1. Zestaw ćwiczeń do wykonania w gabinecie ortoptycznym\***

Lp.	Metoda leczenia	Rodzaj sprzętu, aparatury, pomocy wzrokowych oraz materiałów pomocniczych zastosowanych do ćwiczeń
1.		fiksator
2.		eutyskop, ..... ..... .....
3.		synoptofor, ..... .....
4.		czerwony filtr, .....
5.	Ćwiczenia w celu normalizacji widzenia obuocznego	..... ..... .....

Czas trwania ćwiczeń w gabinecie w ciągu dnia.....

Zalecany termin kontroli .....

**2. Zestaw ćwiczeń zleconych do wykonywania w domu\***

Lp.	Metoda leczenia/rodzaj ćwiczeń/aktywności	Czas trwania w ciągu dnia/tygodnia
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

*\*Uwaga. Uzupełnij puste pola i miejsca zaznaczone kropkami w Karcie planowanego leczenia*



