

Nazwa kwalifikacji: **Wykonywanie medycznych czynności ratunkowych i innych świadczeń opieki zdrowotnej w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz prowadzenie edukacji w tym zakresie**

Oznaczenie kwalifikacji: **Z.12**

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.12-01-14.05

Czas trwania egzaminu: **120 minut**

**EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE
Rok 2014
CZĘŚĆ PRAKTYCZNA**

Układ graficzny © CKK 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 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

Dyspozytor CPR odebrał wezwanie do zdarzenia na osiedlu mieszkaniowym. Przypadkowy przechodzień poinformował, że zauważył mężczyznę w wieku około 60 lat, leżącego pod drzewem, z którym nie ma kontaktu słownego.

Dyspozytor pogotowia wysłał na miejsce zdarzenia zespół podstawowy z dwoma ratownikami medycznymi i kierowcą (ratownikiem medycznym).

Na miejscu zdarzenia ratownicy stwierdzili następującą sytuację: mężczyzna lat około 60, bez kontaktu słownego, reaguje obroną na próbę dotyku, brudny. Ma obrażenia całego ciała w wyniku pobicia.

W badaniu fizykalnym ratownicy stwierdzili: stan świadomości według GCS – 7 pkt (wzrokowa 1, słuchowa 2, ruchowa 4), HR 112 uderzeń/minutę, RR 90/50 mm Hg, źrenice szerokie, objawy hiperkinezy i drżenia.

Poszkodowany ma bladą, spoconą skórę, oddech 16/min, nad polami płucnymi szmer pęcherzykowy prawidłowy, symetryczny, tony serca czyste. Mężczyzna ma liczne krwawiące okaleczenia twarzy i obu rąk. Na głowie w części potylicznej stwierdzono rozległą ranę ciętą o znacznym krwawieniu. Brak objawów patologicznych w ruchomości kończyn i stawów. Występuje nasilona reakcja bólowa klatki piersiowej i jamy brzusznej oraz dodatnie objawy otrzewnowe. Zmierzono poziom glukozy – glikemia 35 mg %.

Przedstaw diagnozę ratowniczą oraz plan działań ratowniczych związanych z udzieleniem pomocy medycznej poszkodowanemu mężczyźnie na miejscu zdarzenia oraz w czasie transportu do szpitala.

Wypełnij Kartę Medycznych Czynności Ratunkowych. Formularze do wypełnienia znajdują się w arkuszu egzaminacyjnym.

Arkusz egzaminacyjny pozostaw na stanowisku egzaminacyjnym.

Na fantomie osoby dorosłej wykonaj zabieg kaniulacji żyły obwodowej kończyny górnej oraz podaj płyn infuzyjny drogą dożylną we wlewie kroplowym. Po wykonaniu zabiegu uporządkuj stanowisko pracy.

Uwaga! Zamiar wykonania zabiegu zgłoś przez podniesienie ręki.

Czas przeznaczony na wykonanie zadania wynosi 180 minut.

Ocenie podlegać będą 2 rezultaty:

- sporządzony Plan działań ratowniczych zespołu ratownictwa medycznego,
- wypełniona Karta Medycznych Czynności Ratunkowych

oraz

przebieg wykonania kaniulacji żyły obwodowej kończyny górnej i podania płynu infuzyjnego drogą dożylną we wlewie kroplowym.

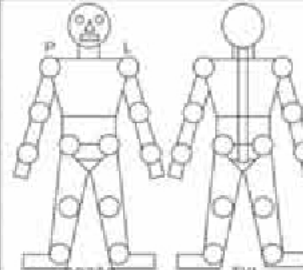
KARTA MEDYCZNYCH CZYNNOŚCI RATUNKOWYCH

Opiszenie dysponenta zespołu ratownictwa medycznego (ZRM)	Kod ZRM realizującego zlecenie:	Nr zlecenia wyjazdu:
---	---------------------------------	----------------------

I - WYWIAD

	MIEJSCA ZDARZENIA w domu: <input type="checkbox"/> w miejscu publicznym: <input type="checkbox"/> w ruchu ulicznym-drog.: <input type="checkbox"/> w pracy <input type="checkbox"/> w szkole: <input type="checkbox"/> w rolnictwie: <input type="checkbox"/>
--	---

II - BADANIE

GLASGOW-COMA-SCALE OTWIERANIE OCZU spontaniczne 4 na głos 3 na ból 2 brak 1 REAKCJA SŁOWNA zorientowany 5 splątany 4 niewłaściwe słowa 3 niezrozumiałe dźwięki 2 brak 1 REAKCJA RUCHOWA wykonuje polecenia 6 lokalizacja bólu 5 ucieczka od bólu 4 zgłębiona 3 wyprostna 2 brak 1 SUMA	RTS CZ. ODDECHÓW 10-29 4 >29 3 6-9 2 1-5 1 brak 0 BR. SKURCZOWE >89 4 76-89 3 50-75 2 1-49 1 0 0 OCS 13-15 4 9-12 3 6-8 2 4-5 1 3 0 SUMA	UKŁAD ODDECHOWY częstość oddechów <input type="checkbox"/> /min duszność <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N śmiech T <input type="checkbox"/> N bezdech T <input type="checkbox"/> N szmer prawidł. <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P fureczenie <input type="checkbox"/> świsty <input type="checkbox"/> trzeszczenie <input type="checkbox"/> rżenie <input type="checkbox"/> brak szmeru <input type="checkbox"/> inne: <input type="checkbox"/> Saturacja %	ZRENICE: Reakcja na światło: prawidłowa <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P prawidłowa <input type="checkbox"/> powolna <input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> szerokość: normalna <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P wąska <input type="checkbox"/> szeroka <input type="checkbox"/>	 <p style="text-align: center;">PRZOD TYŁ</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> brak obrażeń O Złamanie otwarte Z Złamanie zamknięte W Zwłóknienie S Słabienie R Rana K Krwotok z rany MZ Znieczulenie A Amputacja N Ból neuropatyczny F Oparzenie <p> <input type="checkbox"/> stopnia % <input type="checkbox"/> stopnia % <input type="checkbox"/> oparzenie wielowarstwowe </p>
Obrażenia anatomiczne kwalifikujące do centrum urazowego penetrujące rany głowy i twarzy lub rany klatki piersiowej i brzucha <input type="checkbox"/> uszkodzenie rdzenia kręgowego <input type="checkbox"/> złamanie kończyny z uszkodzeniem naczyń i nerwów <input type="checkbox"/> obrażenie co najmniej dwóch przokształtych kości dławi <input type="checkbox"/> klatki piersiowej lub miednicy				

OBJAWY wstrząs <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N NZK <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N obj. opornowe <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N drgawki <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N afazja <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N wymioty T <input type="checkbox"/> N biegunka T <input type="checkbox"/> N krwawienie T <input type="checkbox"/> N obrzęki T <input type="checkbox"/> N zasklepienie T <input type="checkbox"/> N INNE: cięża <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N poród T <input type="checkbox"/> N chor. zakaźna <input type="checkbox"/> T	SKÓRA Wygląd: w normie <input type="checkbox"/> blada <input type="checkbox"/> namien. <input type="checkbox"/> rozdolecenie <input type="checkbox"/> sinica obw. <input type="checkbox"/> sinica centr. <input type="checkbox"/> Wilgotność: w normie <input type="checkbox"/> wilgotna <input type="checkbox"/> sucha <input type="checkbox"/> Temperatura: w normie <input type="checkbox"/> chłodna <input type="checkbox"/> ciepła <input type="checkbox"/>	JAMA BRZUSZNA w normie <input type="checkbox"/> bolesność palpacyjna <input type="checkbox"/> brak perystaltyki <input type="checkbox"/> objawy otrzewnowe <input type="checkbox"/> OCENA PSYCHO-RUCH w normie <input type="checkbox"/> spowolniony <input type="checkbox"/> pobudzony <input type="checkbox"/> agresywny <input type="checkbox"/>	TONY SERCA czyste/głośnie <input type="checkbox"/> sibilantowe <input type="checkbox"/> inne: <input type="checkbox"/> NIEDOWŁAD / PORAZENIE kończyna górna <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P kończyna dolna <input type="checkbox"/> ZAPACH Z UST rozpuszczalnik org. <input type="checkbox"/> alkohol <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> POZIOM mg% GLUKOZY g/l	EKG Rytm zatokowy <input type="checkbox"/> Tachykardia nadkomorowa <input type="checkbox"/> Tachykardia komorowa <input type="checkbox"/> Migotanie/trzepotanie przedsionków <input type="checkbox"/> AV blok <input type="checkbox"/> sVES <input type="checkbox"/> VES <input type="checkbox"/> VE/VT <input type="checkbox"/> Asystolia <input type="checkbox"/> PEA <input type="checkbox"/> Rozrzuśnik <input type="checkbox"/> OZW <input type="checkbox"/> Zawał <input type="checkbox"/> Inne: <input type="checkbox"/>	OPIS
---	--	---	--	--	---

III - ROZPOZNANIE

	KOD ICD10	KOD ICD10	KOD ICD10
--	-----------	-----------	-----------

IV - POSTĘPOWANIE Z PACJENTEM

CZYNNOŚCI odsysanie <input type="checkbox"/> defibrylacja <input type="checkbox"/> kołnier <input type="checkbox"/> linia żył obw. <input type="checkbox"/> went. workiem <input type="checkbox"/> stymulacja zew. <input type="checkbox"/> deska ortoped <input type="checkbox"/> linia żył cent. <input type="checkbox"/> rurka UG <input type="checkbox"/> kardiowersja <input type="checkbox"/> materac próż. <input type="checkbox"/> cewnikowanie <input type="checkbox"/> intubacja <input type="checkbox"/> masaż serca <input type="checkbox"/> unieruchomienie <input type="checkbox"/> sonda żołąd. <input type="checkbox"/> respirator <input type="checkbox"/> EKG <input type="checkbox"/> opatrunek <input type="checkbox"/> monitorowanie <input type="checkbox"/> tlenoter. bierna <input type="checkbox"/> teletransmisja <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/>	ZASTOSOWANE LEKI, WYROBY MED. (nazwa, dawka, droga podania)
ZALECENIA/WAGI KIEROWNIKA ZESPOŁU	

V - DANE PACJENTA I PRZEKAZANIE PACJENTA

DANE PACJENTA Imię: Nazwisko: Adres zamieszkania: ul. nr. m. Rodz. i nr dok. tożsamości:	Ident. NFZ: Data urodzenia / wiek: NUMER PESEL pacjenta: Podpis i pieczęć kierownika ZRM: Zespół (L.P.): data udzielenia pomocy:	Decyzja Zakładu Opieki Zdrowotnej: <input type="checkbox"/> Przyjęcie pacjenta <input type="checkbox"/> Odmowa przyjęcia proceś IP/SCOR podpis i pieczęć lekarza Przekazanie pacjenta w IP/SCOR / innym: data godz. min Stwierdzenie zgony / odstąpienie od mod. czynności rat. data godz. min
--	---	---