

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**

Wypełnia zdający

Miejsce na naklejkę z numerem
PESEL i z kodem ośrodka

Numer PESEL zdającego*

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

Z.12-01-15.05

Czas trwania egzaminu: **180 minut**

**EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE
Rok 2015
CZĘŚĆ 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*,
 - 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 (ZNCP).
5. Zapoznaj się z treścią zadania oraz stanowiskiem egzaminacyjnym. Masz na to 10 minut. Czas ten nie jest wliczony do czasu trwania egzaminu.
6. Czas rozpoczęcia i zakończenia pracy zapisze w widocznym miejscu przewodniczący ZNCP.
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 ZNCP.
9. Po zakończeniu wykonania zadania pozostaw rezultaty oraz arkusz egzaminacyjny na swoim stanowisku lub w miejscu wskazanym przez przewodniczącego ZNCP.
10. Po uzyskaniu zgody zespołu nadzorującego możesz opuścić salę/miejsce przeprowadzania egzaminu.

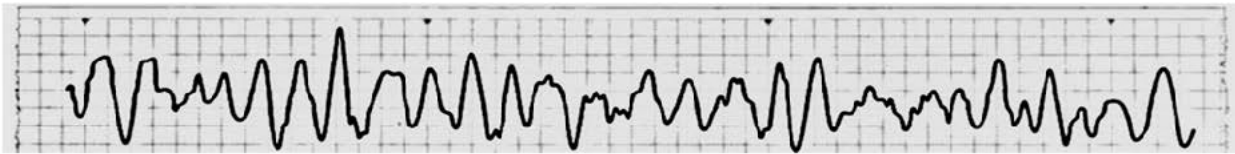
Powodzenia!

* w przypadku braku numeru PESEL – seria i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamości

Zadanie egzaminacyjne

Dyspozytor pogotowia ratunkowego przyjął wezwanie do 50-letniego mężczyzny, który zasnął podczas zakupów w hipermarkecie. Świadek zdarzenia – klientka sklepu – podaje, że poszkodowany zwrócił się do niej o pomoc skarżąc się na złe samopoczucie i silny dławiący ból w klatce piersiowej. Po chwili rozmowy poszkodowany stracił przytomność, a upadając rozbił słoik z przetworem owocowym kalecząc sobie prawą dłoń.

Podstawowy zespół ratownictwa medycznego na miejscu zdarzenia stwierdza: mężczyzna bez reakcji, leży na podłodze, wokół prawej ręki widać plamy krwi; drugi mężczyzna wykonuje u niego masaż serca. W badaniu przedmiotowym stwierdzono: źrenice szerokie, niereagujące na światło, skóra blada, chłodna, wilgotna. Stan świadomości wg GCS: otwieranie oczu – brak, odpowiedź werbalna – brak, motoryczna – brak. Parametry życiowe: oddech – brak, tętno niewyczuwalne na tętnicy szyjnej, RR – nieoznaczalne. Na monitorze EKG widoczny jest zapis:



Na części dłoniowej prawej ręki płytka rana cięta o długości ok. 3 cm.

Po 10 minutach prowadzonych działań ratowniczych nastąpił powrót tętna na tętnicy szyjnej, na monitorze EKG widoczny jest zapis:



Przedstaw plan działań ratowniczych związanych z udzieleniem poszkodowanemu mężczyźnie pomocy medycznej na miejscu zdarzenia.

Wypełnij Kartę Medycznych Czynności Ratunkowych dla poszkodowanego (zmiany stanu pacjenta, wraz z interpretacją drugiego zapisu EKG, należy zapisać w rubryce Opis).

Sporządź zestawienie sprzętu, środków i materiałów niezbędnych do wykonania kaniulacji żyły obwodowej i do podania płynu drogą dożylną.

Formularze do wypełnienia są zamieszczone.

Na fantomie osoby dorosłej wykonaj zabieg defibrylacji elektrycznej.

Uwaga!

Przez podniesienie ręki zgłoś Przewodniczącemu ZNCP gotowość do wykonania zabiegu na fantomie, a następnie jego zakończenie.

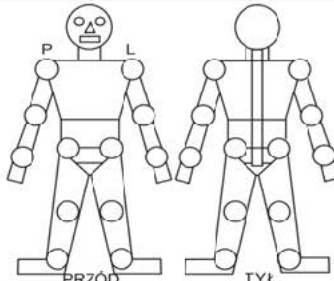
KARTA MEDYCZNYCH CZYNNOŚCI RATUNKOWYCH

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

I - WYWIAD

		MIĘSCIE ZDARZENIA w domu..... <input type="checkbox"/> w miejscu publicznym..... <input type="checkbox"/> w ruchu uliczno-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 spontanicznie.....4 na głos.....3 na ból.....2 brak.....1 REAKCJA SŁOWNA zorientowany.....5 splątany.....4 niewłaściwe słowa.....3 ucieczka od dźwięki.....2 brak.....1 REAKCJA RUCHOWA wykonuje polecenia.....6 lokalizacja bólu.....5 ucieczka od bólu.....4 zgięciowa.....3 wyprostna.....2 brak.....1 SUMA <input type="text"/>	RTS CZ. ODDECHÓW 10-29.....4 >29.....3 6-9.....2 1-5.....1 brak.....0 RR SKURCZOWE >89.....4 76-89.....3 50-75.....2 1-49.....1 0.....0 GCS 13-15.....4 9-12.....3 6-8.....2 4-5.....1 3.....0 SUMA <input type="text"/>	UKŁAD ODDECHOWY częstość oddechów..... <input type="text"/> /min duszność..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N sinica..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N bezdech..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N szmer prawidłowy..... <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P fureczenie..... <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P świsty..... <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P trzeszczenie..... <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P ręczenie..... <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P brak szmeru..... <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P Inne..... <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P Saturacja <input type="text"/> %	ŻRENICIE: Reakcja na światło: prawidłowa..... <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P powolna..... <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P brak..... <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P szerokość: normalna..... <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P wąska..... <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P szeroka..... <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P CISNIENIE TĘTNICZE <input type="text"/> / <input type="text"/> mm Hg TĘTNO <input type="checkbox"/> miarowe <input type="checkbox"/> niemiary <input type="text"/> /min	 <input type="checkbox"/> brak obrażeń O Złamanie otwarte Z Złamanie zamknięte W Zwłóknienie S Słuczenie R Rana K Krwotok z rany M Związanie A Amputacja N Ból nieurazowy P Oparzenie <input type="checkbox"/> stopnia <input type="text"/> % <input type="checkbox"/> stopnia <input type="text"/> % <input type="checkbox"/> oparzenie wżewne	<input type="checkbox"/> brak obrażeń O Złamanie otwarte Z Złamanie zamknięte W Zwłóknienie S Słuczenie R Rana K Krwotok z rany M Związanie A Amputacja N Ból nieurazowy P Oparzenie <input type="checkbox"/> stopnia <input type="text"/> % <input type="checkbox"/> stopnia <input type="text"/> % <input type="checkbox"/> oparzenie wżewne
--	---	---	--	---	---

OBJAWY wstrząs..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N NZK..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N obj. oponowe..... <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..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N biegunka..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N krwawienie..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N obrzęki..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N zasłabnięcie..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N INNE: ciąża..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N poród..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N chor. zakaźna..... <input type="checkbox"/> T	SKÓRA Wygląd: w normie..... <input type="checkbox"/> błada..... <input type="checkbox"/> rumień..... <input type="checkbox"/> zażółcenie..... <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"/> spowolniały..... <input type="checkbox"/> pobudzony..... <input type="checkbox"/> agresywny..... <input type="checkbox"/>	TONY SERCA czyste/głośnie..... <input type="checkbox"/> stłumione..... <input type="checkbox"/> inne..... <input type="checkbox"/> NIEDOWIAD / PORAZENIE kończyna góra..... <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P kończyna dolna..... <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P ZAPACH Z UST rozpuszczalnik org..... <input type="checkbox"/> alkohol..... <input type="checkbox"/> inne..... <input type="checkbox"/> POZIOM <input type="text"/> mg% GLUKOZY <input type="text"/> 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"/> VF/VT..... <input type="checkbox"/> Asystolia..... <input type="checkbox"/> PEA..... <input type="checkbox"/> Rozrusznik..... <input type="checkbox"/> OZW..... <input type="checkbox"/> Zawał..... <input type="checkbox"/> Inne..... <input type="checkbox"/>	OPIS <input type="checkbox"/> uszkodzenie rdzenia kręgowego <input type="checkbox"/> złamanie kończyny z uszkodzeniem naczyń i nerwów <input type="checkbox"/> złamanie co najmniej dwóch proksymalnych kości długich kończyny lub miednicy <input type="checkbox"/> amputacja kończyny powyżej kolana lub łokcia <input type="checkbox"/> rozległe zmiążdżenia kończyn <input type="checkbox"/> penetrujące rany głowy i tułowia lub urazy tepe z objawami uszkodzenia narządów wewnętrznych: głowy, klatki piersiowej i brzucha
---	--	--	--	---	--

III - ROZPOZNANIE

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

IV - POSTĘPOWANIE Z PACJENTEM

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

V - DANE PACJENTA I PRZEKAZANIE PACJENTA

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

