

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.12-01-15.01

Czas trwania egzaminu: **180 minut**

**EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE
Rok 2015
CZĘŚĆ PRAKTYCZNA**

Układ graficzny © CKE 2015

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.

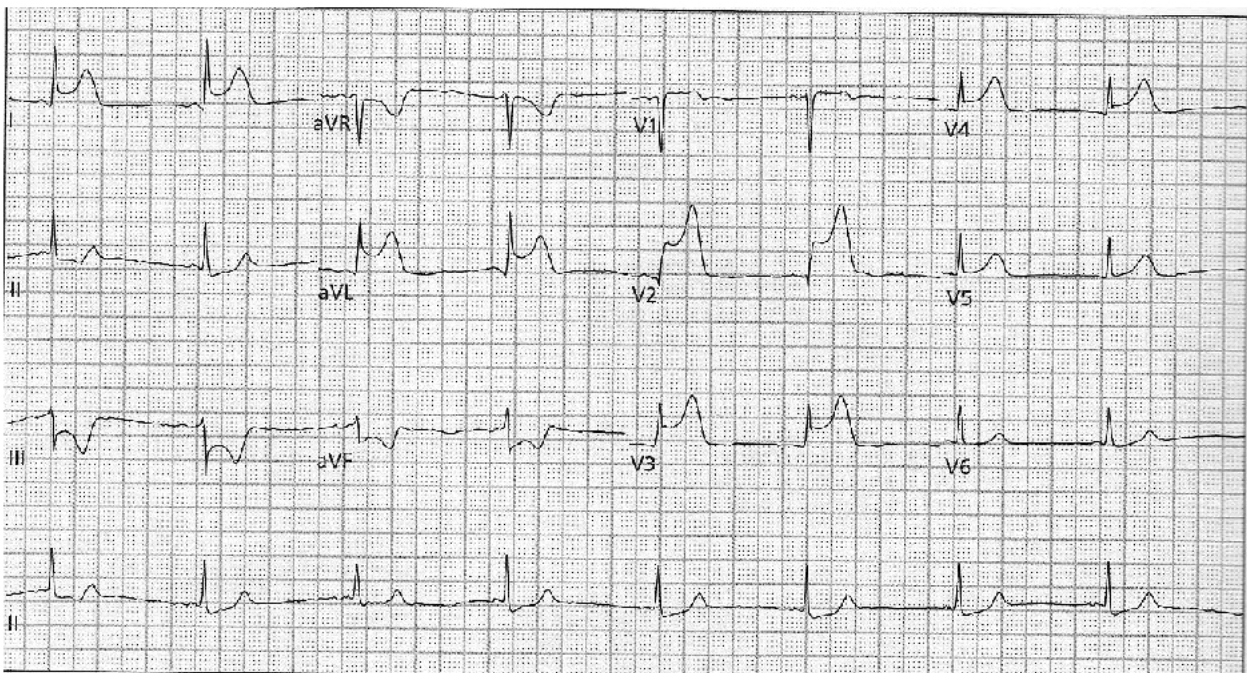
Powodzenia!

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

Zadanie egzaminacyjne

Dyspozytor pogotowia ratunkowego przyjął wezwanie do 50-letniego mężczyzny, Jana Kowalskiego, zamieszkałego w Pięknej przy ul. Ślicznej 1. Żona poszkodowanego przekazała, że w trakcie gotowania przez niego obiadu mąż nagle zasłabł, osunął się na podłogę i odruchowo pociągnął garnek z gotującą się zupą, oblewając się wrzątkiem. Dotychczas leczył się z powodu nadciśnienia tętniczego.

Podstawowy zespół ratownictwa medycznego na miejscu zdarzenia stwierdza: pacjent ważący około 75 kg, wzrostu 170 cm, otwiera oczy pod wpływem bodźców bólowych, jest splątany, wykazuje reakcję obronną na ból. Rumień i pęcherze na skórze brzucha, przedniej powierzchni obu ud oraz przedniej powierzchni lewego przedramienia; rumień na powierzchni przedniej prawego ramienia i przedramienia. Tętno 100/min, nitkowate, miarowe, RR 90/45 mm Hg, oddech 18/min, nad płucami prawidłowy szmer oddechowy, źrenice równe, symetryczne, saturacja 86%, poziom glukozy we krwi włosniczkowej 135 mg%. Po podłączeniu monitora uzyskano następujący zapis EKG:



W trakcie wykonywania czynności medycznych nastąpiło pogorszenie stanu pacjenta: stracił przytomność, nie oddycha, skóra blada, chłodna, tętno na tętnicy szyjnej niewyczuwalne. Ocena według GCS 3 punkty.

Na monitorze EKG widoczny 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 materiałów potrzebnych do wykonania kaniulacji żyły obwodowej i do podania płynu drogą dożylną.

Formularze do wypełnienia znajdują się w arkuszu egzaminacyjnym.

Na fantomie osoby dorosłej wykonaj zabieg intubacji dotchawiczej przez usta.

Uwaga!

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

Czas przeznaczony na wykonanie zadania wynosi 180 minut.

Ocenię podlegać będą 3 rezultaty:

- Plan działań ratowniczych zespołu ratownictwa medycznego na miejscu zdarzenia,
- Karta Medycznych Czynności Ratunkowych,
- Zestawienie materiałów potrzebnych do wykonania kaniulacji żyły obwodowej i do podania płynu drogą dożylną,

oraz

przebieg wykonania intubacji dotchawiczej przez usta.

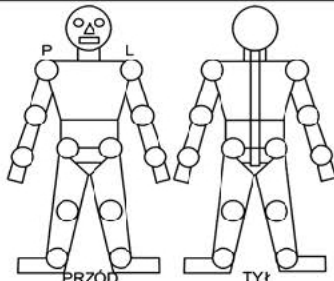
KARTA MEDYCZNYCH CZYNNOŚCI RATUNKOWYCH

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

I - WYWIAD

	MIEJSCE ZDARZENIA <input type="checkbox"/> 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.....
--	---

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 niezrozumiałe 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"/> <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 CCS 13-15.....4 9-12.....3 6-8.....2 4-5.....1 3.....0 SUMA <input type="text"/> <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 prawidł. <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P furczenie..... świsty..... trzeszczenie..... rżenie..... brak szmeru..... Inne:..... Saturacja.....%	ŻRENICIE: Reakcja na światło: prawidłowa <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P powolna..... brak..... szerokość: normalna..... wąska..... szeroka..... CIŚNIENIE TĘTNICZE mm Hg <input type="text"/> / <input type="text"/> TĘTNO miarowe <input type="checkbox"/> <input type="text"/> /min niemiare <input type="checkbox"/>	 brak obrażeń <input type="checkbox"/> O Złamanie otwarte <input type="checkbox"/> Z Złamanie zamknięte <input type="checkbox"/> W Zwłknięcie <input type="checkbox"/> S Stłuczenie <input type="checkbox"/> R Rana <input type="checkbox"/> K Krwotok z rany <input type="checkbox"/> M Zmiazdzenie <input type="checkbox"/> A Amputacja <input type="checkbox"/> N Ból nicu:azowy <input type="checkbox"/> P Oparzenie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> stopnia <input type="text"/> % <input type="checkbox"/> stopnia <input type="text"/> % <input type="checkbox"/> oparzenie wżwawie
Obrażenia anatomiczne kwalifikujące do centrum urazowego <input type="checkbox"/> penetrujące rany głowy i tułowia lub urazy tępe z objawami uszkodzenia narządów wewnętrznych głowy,katki pierśowej i brzucha <input type="checkbox"/> amputacja kończyny powyżej kolana lub łokcia <input type="checkbox"/> rozległe zmiążdżenia kończyn <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				

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 zasiabnięcie..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N INNE: ciąża..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N poród..... <input type="checkbox"/> T chor.zakaźna..... <input type="checkbox"/> T	SKÓRA Wygląd: w normie..... biała..... rumień..... zażółcenie..... sinica obw..... sinica centr..... Wilgotność: w normie..... wilgotna..... sucha..... Temperatura: w normie..... chłodna..... ciepła.....	JAMA BRZUSZNA w normie..... bolesność palpacyjna..... brak perystaltyki..... objawy otrzewnowe..... OCENA PSYCHO-RUCH. w normie..... spowolniały..... pobudzony..... agresywny.....	TONY SERCA czyste/głośnie..... stłumione..... inne..... NIEDOWŁAD / PORAZENIE kończyna górna <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P kończyna dolna <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ZAPACH Z UST rozpuszczalnik org..... alkohol..... inne..... POZIOM <input type="text"/> mg% GLUKOZY <input type="text"/> g/l	EKG Rytm zatokowy..... Tachykardia nadkomorowa..... Tachykardia komorowa..... Miotanie/trzepotanie przedsionków..... AV blok..... sVES..... VES..... VF/VT..... Asystolia..... PEA..... Rozrusznik..... OZW..... Zawał..... Inne.....	OPIS
--	--	--	---	--	-----------------

III - ROZPOZNANIE

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

IV - POSTĘPOWANIE Z PACJENTEM

CZYNNOŚCI odsysanie..... went. workiem..... rurka UG..... intubacja..... respirator..... tlenoter.bierna..... defibrylacja..... stymulacja zew..... kardiowersja..... masaż serca..... EKG..... teletransmisja..... kołnier..... deska ortoped..... materac próż..... unieruchomienie..... opatrunek..... inne..... linia żył. obw..... linia żył.cent..... cewnikowanie..... sonda żołąd..... monitorowanie.....	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. inr 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"/> <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"/>	Decyzja Zakładu Opieki Zdrowotnej: <input type="checkbox"/> Przyjęcie pacjenta <input type="checkbox"/> Odmowa przyjęcia pieczęć IP/SOR podpis i pieczęć lekarza
Podpis i pieczęć kierownika ZRM: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Zespół (S/P) data udzielenia pomocy.....		Przekazanie pacjenta w IP /SOR / innym: data.....godz.....min..... Stwierdzenie zgonu / odsąpienie cd med. czynności rat. data.....godz.....min.....

