

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

Układ graficzny © CKE 2016

**CKE** **CENTRALNA  
KOMISJA  
EGZAMINACYJNA**

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.12-01-16.05**

Czas trwania egzaminu: **180 minut**

**EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE  
Rok 2016  
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\*,
  - oznaczenie kwalifikacji,
  - numer zadania,
  - numer stanowiska.
3. KARTĘ OCENY przekaz z zespołowi nadzorującemu.
4. Sprawdź, czy arkusz egzaminacyjny zawiera 6 stron i nie zawiera błędów. Ewentualny brak stron lub inne usterki zgłoś przez podniesienie ręki przewodniczącemu zespołu nadzorującego.
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 Centrum Powiadamiania Ratunkowego otrzymał zgłoszenie o wybuchu w bloku mieszkalnym na II piętrze. Poszkodowany został mężczyzna. Do zdarzenia zadysponowano zespół podstawowy ratownictwa medycznego oraz zastęp ratowniczy Straży Pożarnej.

Na miejscu zdarzenia zastano:

- teren zabezpieczony przez Policję i Straż Pożarną,
- poszkodowanego (lokatora mieszkania, w którym doszło do wybuchu) leżącego na trawie, przykrytego kocem termoizolacyjnym.

Stan poszkodowanego:

- otwiera oczy na bodźce bólowe, nie odpowiada na pytania, jęczy, zgina kończyny w reakcji na ból,
- parametry: ciśnienie tętnicze 190/110 mmHg, tętno 48 uderzenia /min, oddech 9/min, niemiary,
- gałki oczne zbaczają w lewą stronę, reagują na światło, lewa źrenica szersza,
- na skórze głowy w okolicy skroniowej lewej rana tłuczona z niewielkim krwawieniem,
- skóra twarzy z oparzeniami II°.

W trakcie wykonywania czynności ratunkowych u poszkodowanego wystąpiły drgawki, a po nich zauważono obniżenie napięcia mięśniowego po stronie prawej.

Czas dotarcia ambulansem z miejsca zdarzenia do najbliższego SOR wynosi 14 minut, do Centrum Urazowego – 30 minut.

Przedstaw plan działań ratowniczych związanych z udzieleniem poszkodowanemu mężczyźnie pomocy medycznej przez zespół podstawowy RM na miejscu zdarzenia.

Wypełnij Kartę Medycznych Czynności Ratunkowych dla poszkodowanego.

Sporządź wykaz sprzętu i materiałów niezbędnych do wykonania intubacji dotchawiczej oraz kaniulacji żyły obwodowej.

Formularze do wypełnienia znajdują się w arkuszu egzaminacyjnym.

Na fantomie osoby dorosłej wykonaj szybkie badanie urazowe (z pominięciem pleców) i kaniulację żyły obwodowej. Zgłoś Przewodniczącemu Zespołu Nadzorującego gotowość do wykonania czynności na fantomie.

**Czas przeznaczony na wykonanie zadania wynosi 180 minut.**

**Ocenie podlegać będą 3 rezultaty:**

- plan działań ratowniczych związanych z udzieleniem poszkodowanemu mężczyźnie pomocy medycznej na miejscu zdarzenia,
- Karta Medycznych Czynności Ratunkowych,
- wykaz sprzętu i materiałów niezbędnych do wykonania intubacji dotchawiczej oraz kaniulacji żyły obwodowej

oraz

przebieg wykonania na fantomie osoby dorosłej badania urazowego (z pominięciem badania pleców) i kaniulacji żyły obwodowej.





# KARTA MEDYCZNYCH CZYNNOŚCI RATUNKOWYCH

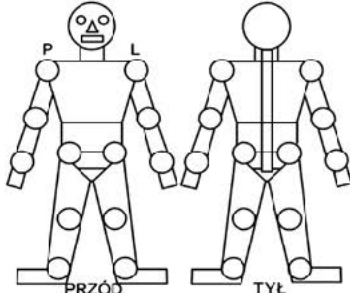
Pobrano z arkusze24.pl

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

## I - WYWIAD

		<b>MIEJSCE ZDARZENIA</b> 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

<b>GLASGOW-COMA-SCALE</b> <b>OTWIERANIE OCZU</b> spontanicznie.....4 na głos.....3 na ból.....2 brak.....1 <b>REAKCJA SŁOWNA</b> zorientowany.....5 splątany.....4 niewłaściwe słowa.....3 niezrozumiałe dźwięki.....2 brak.....1 <b>REAKCJA RUCHOWA</b> wykonuje polecenia.....6 lokalizacja bólu.....5 ucieczka od bólu.....4 zgięciowa.....3 wyprostna.....2 brak.....1 SUMA <input type="text"/>	<b>RTS</b> <b>CZ. ODDECHÓW</b> 10-29.....4 >29.....3 6-9.....2 1-5.....1 brak.....0 <b>RRSKURCZOWE</b> >89.....4 76-89.....3 50-75.....2 1-49.....1 0.....0 <b>GCS</b> 13-15.....4 9-12.....3 6-8.....2 4-5.....1 3.....0 SUMA <input type="text"/>	<b>UKŁAD ODDECHOWY</b> 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..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> świsty..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> trzeszczenie..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> rżenie..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> brak szmeru..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Inne:..... <input type="checkbox"/> Saturacja..... <input type="text"/> %	<b>ŹRZENIE:</b> Reakcja na światło: prawidłowa..... <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P powolna..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> brak..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> szerokość: normalna..... <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P wąska..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> szeroka..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/> brak obrażeń <input type="checkbox"/> O Złamanie otwarte <input type="checkbox"/> Z Złamanie zamknięte <input type="checkbox"/> W Zwężenie <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 nieurazowy <input type="checkbox"/> P. Oparzenie <input type="checkbox"/> stopnia <input type="text"/> % <input type="checkbox"/> stopnia <input type="text"/> % <input type="checkbox"/> oparzenie wżwiwne
		<b>CIŚNIENIE TĘTNICZE</b> <input type="text"/> / <input type="text"/> mm Hg	<b>TĘTNO</b> <input type="checkbox"/> miarowe <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> /min <input type="checkbox"/> niemiary	<b>Obrażenia anatomiczne kwalifikujące do centrum urazowego</b> <input type="checkbox"/> penetrujące rany głowy i tułowia lub urazy tępe z objawami uszkodzenia narządów wewnętrznych głowy, klatki piersiowej i brzucha <input type="checkbox"/> amputacja kończyny powyżej kolana lub łokcia <input type="checkbox"/> rozległe zmiazdżenia 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 kończyn lub miednicy

<b>OBJAWY</b> 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 dźwięki..... <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 <b>INNE:</b> ciąża..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N poród..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N chor. zakaźna..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N	<b>SKÓRA</b> <b>Wygląd:</b> w normie..... <input type="checkbox"/> blada..... <input type="checkbox"/> rumień..... <input type="checkbox"/> zażółcenie..... <input type="checkbox"/> sinica obw..... <input type="checkbox"/> sinica centr..... <input type="checkbox"/> <b>Wilgotność:</b> w normie..... <input type="checkbox"/> wilgotna..... <input type="checkbox"/> sucha..... <input type="checkbox"/> <b>Temperatura:</b> w normie..... <input type="checkbox"/> chłodna..... <input type="checkbox"/> ciepła..... <input type="checkbox"/>	<b>JAMA BRZUSZNA</b> w normie..... <input type="checkbox"/> bolesność palpacyjna..... <input type="checkbox"/> brak perystaltyki..... <input type="checkbox"/> objawy otrzewnowe..... <input type="checkbox"/> <b>OCENA PSYCHO-RUCH.</b> w normie..... <input type="checkbox"/> spowolniony..... <input type="checkbox"/> pobudzony..... <input type="checkbox"/> agresywny..... <input type="checkbox"/>	<b>TONY SERCA</b> czyste/głośnie..... <input type="checkbox"/> stłumione..... <input type="checkbox"/> inne:..... <input type="checkbox"/> <b>NIEDOWŁAD / PORAZENIE</b> kończyna górna..... <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P kończyna dolna..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>ZAPACH Z UST</b> rozpuszczalnik org..... <input type="checkbox"/> alkohol..... <input type="checkbox"/> inne..... <input type="checkbox"/> <b>POZIOM</b> <input type="text"/> mg% <b>GLUKOZY</b> <input type="text"/> g/l	<b>EKG</b> 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"/>	<b>OPIS</b>
--	--	--	--	---	-------------

## III - ROZPOZNIANIE

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

## IV - POSTĘPOWANIE Z PACJENTEM

<b>CZYNNOŚCI</b> odsysanie..... <input type="checkbox"/> defibrylacja..... <input type="checkbox"/> kołnierzyk..... <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.biema..... <input type="checkbox"/> teletransmisja..... <input type="checkbox"/> inne..... <input type="checkbox"/>	<b>ZASTOSOWANE LEKI, WYROBY MED.</b> (nazwa,dawka, droga podania)
<b>ZALECENIA/UWAGI KIEROWNIKA ZESPOŁU</b>	

## V - DANE PACJENTA I PRZEKAZANIE PACJENTA

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

