

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

Układ graficzny © CKE 2016



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.12-01-18.06

Czas trwania egzaminu: **180 minut**

EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE Rok 2018 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 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 CPR otrzymał zgłoszenie o leżącym na klatce schodowej młodym mężczyźnie. Zgłaszający twierdzi, że poszkodowany nie reaguje na głos, ale nie jest w stanie określić, czy mężczyzna oddycha prawidłowo. Na miejsce zdarzenia został zadysponowany podstawowy zespół ratownictwa medycznego. Z wywiadu uzyskanego od sąsiada na miejscu zdarzenia wynika, że poszkodowany leczy się w poradni zdrowia psychicznego oraz miewał próby samobójcze (zatrucie lekami). W mieszkaniu poszkodowanego znaleziono puste opakowanie po tabletkach diazepamu.

Stan poszkodowanego

Leży na wznak, na czole niewielka rana cięta ze skąpym krwawieniem, oddycha (10 oddechów/min), wyczuwalny zapach alkoholu z ust.

Otwiera oczy na bodźce bólowe, wydaje niezrozumiałe dźwięki, reaguje obroną na bodźce bólowe szczególnie w obrębie miednicy. Zauważono krwawienie z odbytu.

Ciśnienie tętnicze krwi 80/60 mmHg, tętno 60 uderzeń/min, miarowe, SpO₂ 93%, skóra blada wilgotna, chłodna.

Źrenice zwężone, równe. Poziom glikemii 96 mg%.

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 antagonistów/leków, stosowanych w przypadku zatruc, które mogą być podane przez zespół ratownictwa medycznego w warunkach przedszpitalnych.

Formularze do wypełnienia znajdują się w arkuszu egzaminacyjnym.

Na fantomie osoby dorosłej wykonaj szybkie badanie urazowe (z pominięciem badania pleców) oraz kaniulację żyły obwodowej kończyny górnej.

Uwaga!

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

Czas przeznaczony na wykonanie zadania wynosi 180 minut.

Ocenie podlegać będą 3 rezultaty:

- plan działań ratowniczych wykonanych przez zespół podstawowy RM na miejscu zdarzenia,
- Karta Medycznych Czynności Ratunkowych,
- wykaz antagonistów/leków, stosowanych w przypadku zatruc, które mogą być podane przez zespół ratownictwa medycznego w warunkach przedszpitalnych

oraz

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

Plan działań ratowniczych wykonanych przez zespół podstawowy RM na miejscu zdarzenia

A series of horizontal dotted lines for writing, consisting of 30 lines spaced evenly down the page.

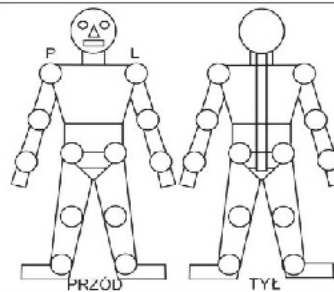
KARTA MEDYCZNYCH CZYNNOŚCI RATUNKOWYCH

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

I - WYWIAD

| | |
|--|---|
| | MIEJSCE 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 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"/> | 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 1-19.....1 0.....0 GCS 13-15.....4 9-12.....3 6-8.....2 4-5.....1 3.....0 SUMA <input type="text"/> | UKŁAD ODDECIOWY 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 furozenie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> świsły <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"/> <input type="checkbox"/> Saturacja <input type="text"/> % | ŻRENICZE: 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"/> |  <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> brak obrażeń O Złamanie otwarte Z Złamanie zamknięte W Zwłknięcie S Stłuczenie R Rana K Krwotok z rany M Zmiazdzenie A Amputacja N Ból nicurazowy P Oparzenie <input type="checkbox"/> stopnia <input type="text"/> % <input type="checkbox"/> stopnia <input type="text"/> % <input type="checkbox"/> oparzenie wziewne | | | | | | | |
| | | CIŚNIENIE TĘTNICZE <input type="text"/> / <input type="text"/> mm Hg | | Obrażenia anatomiczne kwalifikujące do centrum urazowego <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 zmiażdżenia kończyn <input type="checkbox"/> uszkodzenie rębienia ścięgnowego <input type="checkbox"/> złamanie kończyny z uszkodzeniem naczyń i nerwów <input type="checkbox"/> złamanie co najmniej dwóch proksymalnych kości długich kończyny lub ręki | | | | | | | |
| 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 chor.zakaźna <input type="checkbox"/> T | | SKÓRA Wygląd: 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"/> 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"/> OCFNA 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"/> 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..... <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 | |

| | | | | | |
|---|--|--|---|--|-------------|
| 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 chor.zakaźna <input type="checkbox"/> T | SKÓRA Wygląd: 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"/> 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"/> OCFNA 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"/> 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..... <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 |
|---|--|--|---|--|-------------|

III - ROZPOZNANIE

| | | | |
|--|-----------|-----------|-----------|
| | KOD ICD10 | KOD ICD10 | KOD ICD10 |
|--|-----------|-----------|-----------|

IV - POSTĘPOWANIE Z PACJENTEM

| | |
|---|---|
| CZYNNOŚCI odsysanie..... <input type="checkbox"/> defibrylacja..... <input type="checkbox"/> kołnierz..... <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"/> opatrunk..... <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/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 pieczęć lekarza _____ |
| Podpis i pieczęć kierownika ZRM: _____ Zespół (S/P) _____ data udzielenia pomocy..... | | Przekazanie pacjenta w IP/SOR / innym: data.....godz.....min..... Świadczenie zgonu / odstąpienie od med. czynności rat. data.....godz.....min..... |

Wykaz antagonistów/leków, stosowanych w przypadku zatruc, które mogą być podane przez zespół ratownictwa medycznego w warunkach przedszpitalnych

| Lp. | Trucizna | Antagonista (lek) |
|------------|---------------------------|--------------------------|
| 1 | Benzodiazepiny | |
| 2 | Opioidy | |
| 3 | Związki fosforoorganiczne | |
| 4 | Tlenek węgla | |