

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

Układ graficzny © CKE 2019

**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.12-01-19.06**

Czas trwania egzaminu: **180 minut**

**EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE  
Rok 2019  
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 Centrum Powiadamiania Ratunkowego otrzymał zgłoszenie o wybuchu w warsztacie samochodowym. Poszkodowany został pracownik, który spawał zbiornik paliwa.

Miejsce zdarzenia zostało zabezpieczone przez Policję i Straż Pożarną. Poszkodowany został ewakuowany z warsztatu, leży na trawie przykryty kocem termoizolacyjnym, oddycha.

Do zdarzenia zadysponowano zespół podstawowy ratownictwa medycznego.

Stan poszkodowanego mężczyzny:

- otwiera oczy na bodźce bólowe, nie odpowiada na pytania, zgina kończyny w reakcji na ból;
- parametry: ciśnienie tętnicze 80/60 mmHg, tętno 115 uderzeń /min, oddech płytki 7/min, z wyraźnym świstem wydechowym, SpO<sub>2</sub> 89%;
- skóra głowy, szyi, tułowia z przodu i całych kończyn górnych oparzona (II stopień);
- włosy, brwi i rzęsy opalone;
- liczne rany szarpane obu dłoni.

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

Wypełnij Kartę Medycznych Czynności Ratunkowych dla poszkodowanego.

Oznacz na schemacie sylwetki dorosłego człowieka procentowy udział powierzchni skóry według reguły „dziewiątek” Wallace`a. stosowany do oceny powierzchni oparzenia.

Formularze do wypełnienia znajdują się w arkuszu egzaminacyjnym.

Na fantomie osoby dorosłej wykonaj zabieg intubacji dotchawiczej drogą przez usta.

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

**Ocenie podlegać będą 3 rezultaty:**

- plan działań ratowniczych wykonanych przez podstawowy zespół ratownictwa medycznego na miejscu zdarzenia,
- wypełniona Karta Medycznych Czynności Ratunkowych
- schemat procentowego udziału powierzchni skóry ciała osoby dorosłej według reguły „dziewiątek” Wallace`a, stosowany do oceny powierzchni oparzenia

oraz

przebieg wykonania na fantomie osoby dorosłej intubacji dotchawiczej drogą przez usta.





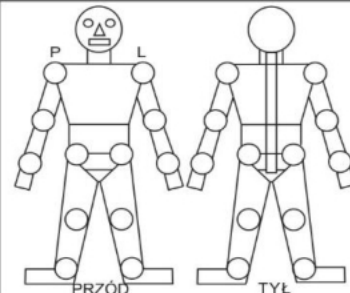
## KARTA MEDYCZNYCH CZYNNOŚCI RATUNKOWYCH

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 uliczo-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> OTWIERANIE OCZU 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>RR SKURCZOWE</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> <b>częstość oddechów</b> <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 <b>szmer prawidł.</b> <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P furczenie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> świsty <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> trzaskanie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> rżenie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> brak szmeru <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Inne:..... <b>Saturacja</b> <input type="text"/> %	<b>ŻRENICIE:</b> <b>Reakcja na światło:</b> prawidłowa <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P powolna <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>szerokość:</b> normalna <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P wąska <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> szeroka <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>CIŚNIENIE TĘTNICZE</b> <input type="text"/> / <input type="text"/> mm Hg <b>TĘTNO</b> <input type="text"/> /min miarowe <input type="checkbox"/> niemiar. <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/> brak obrażeń O Złamanie otwarte Z Złamanie zamknięte W Zwichnięcie S Stłuczenie R Rana K Krwotok z rany M Zmiażdżenie 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	<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 zmiażdżenia 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 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 <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"/> spowolniały <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 - ROZPOZNANIE

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

## IV - POSTĘPOWANIE Z PACJENTEM

<b>CZYNNOŚCI</b> 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"/>	<b>ZASTOSOWANE LEKI, WYROBY MED.</b> (nazwa, dawka, droga podania)
--	---

## ZALECENIA/UWAGI KIEROWNIKA ZESPOŁU

--

## 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:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <b>Data urodzenia / wiek</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <b>NUMER PESEL pacjenta:</b> <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"/>	<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> <input type="text"/> Zespół (S/P) <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.....	

**Procentowy udział powierzchni skóry ciała osoby dorosłej  
według reguły „dziewiątek” Wallace’a, stosowany do oceny powierzchni oparzenia**

