

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

Układ graficzny © CKE 2018

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

Nazwa kwalifikacji: **Prowadzenie działalności profilaktyczno-leczniczej pod nadzorem i na zlecenie lekarza dentysty oraz utrzymanie gabinetu w gotowości do pracy i prowadzenie promocji zdrowia**

Oznaczenie kwalifikacji: **Z.14**

Numer zadania: **01**

Wypełnia zdający

Miejsce na naklejkę z numerem  
PESEL i z kodem ośrodka

Numer PESEL zdającego\*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Z.14-01-19.01**

Czas trwania egzaminu: **150 minut**

**EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE  
Rok 2019  
CZEŚĆ 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 5 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

Wykorzystując informacje z *Karty stomatologicznej* oraz *Zleceń lekarza dentysty* przygotuj stanowisko pracy higienistki stomatologicznej oraz oczyść profesjonalnie zęby, zaaplikuj płynny koferdam oraz przeprowadź zabieg fluoryzacji metodą okładów na łyżkach na modelu z pełnym uzębieniem stałym.

Wanienki ze środkami dezynfekcyjnymi są przygotowane na stanowisku pracy.

Zamiast dmuchawki wodno-powietrznej użyj strzykawek z napisem WODA i POWIETRZE.

**UWAGA** - *Gotowość do profesjonalnego oczyszczania zębów, założenia koferdamu oraz przeprowadzenia zabiegu fluoryzacji zgłoś przez podniesienie ręki. Przystęp do wykonania wyżej wymienionych czynności oraz zabiegu po uzyskaniu zgody PZN i w obecności egzaminatora.*

Ustal i zaznacz X w przygotowanym druku *Przeciwwskazania do zabiegu wybielania*.

Wykonanie zabiegu udokumentuj wpisem w zamieszczonym formularzu *Karta stomatologiczna*, uwzględniając również wpis dotyczący wybielania.

Podpisuj się jako Joanna Badek. Za datę zabiegu przyjmij datę egzaminu.

Ustal i zapisz na zamieszczonych formularzach *Zalecenia po zabiegu wybielania* i *Zalecenia po fluoryzacji* dla pacjentki.

Uporządkuj stanowisko pracy. Wszystkie materiały i narzędzia użyte w czasie zabiegu traktuj jako skażone.

Zadanie wykonaj zgodnie z procedurami, uwzględniając zasady bezpieczeństwa, higieny i ergonomii pracy.

**Czas przeznaczony na wykonanie zadania wynosi 150 minut.**

**Ocnie podlegać będzie 6 rezultatów:**

- przygotowane stanowisko do pracy,
- wpisy w Karcie stomatologicznej,
- przeciwwskazania do zabiegu wybielania,
- zalecenia po zabiegu wybielania,
- zalecenia po zabiegu fluoryzacji,
- uporządkowane stanowisko po zakończeniu pracy

oraz

- przebieg profesjonalnego oczyszczania zębów,
- przebieg aplikacji płynnego koferdamu,
- przebieg zabiegu fluoryzacji metodą okładów na łyżkach.

### Ulotka preparatu ŚWIATŁOUTWARDZALNY KOFERDAM W PŁYNIE

#### SKŁAD:

żywice uretanowe, wypełniacze nieorganiczne

#### PRZEZNACZENIE

Światłoutwardzalny koferdam w płynie przeznaczony jest do:

- ochrony dziąseł podczas zabiegów stomatologicznych, tj. wybielanie, wytrawianie, mikroabrazja, piaskowanie, uszczelnianie gumy koferdamu.

#### SPOSÓB UŻYCIA

*W celu ochrony dziąseł podczas zabiegów stomatologicznych:*

Wyczyścić i osuszyć dziąsła. Zdjąć zamknięcie strzykawki i nałożyć załączony jednorazowy aplikator. Aplikować światłoutwardzalny koferdam wzdłuż obszaru zastosowania na szerokość 4-6 mm i grubość około 1,5-2 mm, jednocześnie kontrolować wzrokowo ilość nakładanego preparatu (Rys.1). Jeśli to możliwe, przecisnąć koferdam przez przestrzenie międzyzębowe. Utwardzić żywicę lampą polimeryzacyjną naświetlając każdy łuk przez 20 sekund. Proces utwardzania prowadzić równomiernie wykonując ruch skanujący (Rys.2). Następnie przystąpić do zabiegu stomatologicznego. Po skończonym zabiegu spolimeryzowany koferdam podważyć za pomocą instrumentu na jednym z końców i usunąć.

Rys. 1



Rys. 2



### Instrukcja stosowania

#### PIANKA FLUORKOWA DO FLUORYZACJI KONTAKTOWEJ

#### CHARAKTERYSTYKA

Preparat do miejscowej aplikacji w celu ochrony zębów przed próchnicą. Konfekcjonowany w postaci pianki o pH 7 wzbogaconej substancjami smakowymi, zawierającej fluorek sodu. Może być stosowany wyłącznie pod kontrolą specjalisty.

#### SPOSÓB UŻYCIA

1. Stosować po zabiegu profesjonalnego oczyszczenia zębów.
2. Wstrząsnąć pojemnikiem energicznie przez 3-4 sekundy przed każdorazowym napełnieniem łyżki aplikacyjnej.
3. Umieścić koniec wylotu pojemnika w łyżce aplikacyjnej. Naciśnięcie aplikatora spowoduje wydobycie piany. **Uwaga!** Nie napełniać łyżki aplikacyjnej do jej całkowitej wysokości, gdyż pianka zwiększa swoją objętość.
4. Łyżkę aplikacyjną wypełnioną pianą umieścić natychmiast w ustach pacjenta. Pacjent powinien lekko zacisnąć zęby na 4 minuty.
5. Po wyjęciu łyżki pacjent powinien dokładnie wypłuć nadmiar piany, nie płukać jamy ustnej przez min. 30 minut.
6. Po zabiegu nie należy pić ani jeść przez 30 minut.

| KARTA STOMATOLOGICZNA  |                                   |                            |   |                              |   |  |  |  |   |                 |                 |  |  |  |  |                 |                 |  |  |  |  |   |    |  |  |  |  |  |
|--|-----------------------------------|----------------------------|---|------------------------------|---|--|--|--|---|-----------------|-----------------|--|--|--|--|-----------------|-----------------|--|--|--|--|---|----|--|--|--|--|--|
| NAZWISKO   | Zdanowicz                         |                            | DATA URODZENIA  | 22.01.1985 r.                |   |  |  |  |   |                 |                 |  |  |  |  |                 |                 |  |  |  |  |   |    |  |  |  |  |  |
| IMIĘ   | Adrianna                          |                            | PESEL   | 85012212547                  |   |  |  |  |   |                 |                 |  |  |  |  |                 |                 |  |  |  |  |   |    |  |  |  |  |  |
| ADRES  | ul. Brocka 11/3<br>52-100 Wrocław |                            |   |                              |   |  |  |  |   |                 |                 |  |  |  |  |                 |                 |  |  |  |  |   |    |  |  |  |  |  |
| CHOROBY OGÓLNOUSTROJOWE: <del>TAK</del> / NIE  |                                   |                            |   |                              |   |  |  |  |   |                 |                 |  |  |  |  |                 |                 |  |  |  |  |   |    |  |  |  |  |  |
| Alergia _ Nadciśnienie _ Cukrzyca _ Choroby tarczycy _ Epilepsja _ Żółtaczką _ Gruźlica _ AIDS _ Choroby ogniskowe |                                   |                            |   |                              |   |  |  |  |   |                 |                 |  |  |  |  |                 |                 |  |  |  |  |   |    |  |  |  |  |  |
| PRZYJMOWANE LEKI nie podaje  |                                   |                            |   |                              |   |  |  |  |   |                 |                 |  |  |  |  |                 |                 |  |  |  |  |   |    |  |  |  |  |  |
| BADANIE STOMATOLOGICZNE  |                                   |                            |   |                              |   |  |  |  |   |                 |                 |  |  |  |  |                 |                 |  |  |  |  |   |    |  |  |  |  |  |
| <b>Legenda</b>   |                                   |                            |   |                              |   |  |  |  |   |                 |                 |  |  |  |  |                 |                 |  |  |  |  |   |    |  |  |  |  |  |
| 0 – ząb niewyrznięty   |                                   |                            |   |                              |   |  |  |  |   |                 |                 |  |  |  |  |                 |                 |  |  |  |  |   |    |  |  |  |  |  |
| - – brak zęba  |                                   |                            |   |                              |   |  |  |  |   |                 |                 |  |  |  |  |                 |                 |  |  |  |  |   |    |  |  |  |  |  |
| C – próchnica  |                                   |                            |   |                              |   |  |  |  |   |                 |                 |  |  |  |  |                 |                 |  |  |  |  |   |    |  |  |  |  |  |
| V – ząb lub korzeń do usunięcia  |                                   |                            |   |                              |   |  |  |  |   |                 |                 |  |  |  |  |                 |                 |  |  |  |  |   |    |  |  |  |  |  |
| W – wypełnienie  |                                   |                            |   |                              |   |  |  |  |   |                 |                 |  |  |  |  |                 |                 |  |  |  |  |   |    |  |  |  |  |  |
| K – korona   |                                   |                            |   |                              |   |  |  |  |   |                 |                 |  |  |  |  |                 |                 |  |  |  |  |   |    |  |  |  |  |  |
| ~~ – kamień lub osad nazębny   |                                   |                            |   |                              |   |  |  |  |   |                 |                 |  |  |  |  |                 |                 |  |  |  |  |   |    |  |  |  |  |  |
| L – ząb lakowany   |                                   |                            |   |                              |   |  |  |  |   |                 |                 |  |  |  |  |                 |                 |  |  |  |  |   |    |  |  |  |  |  |
|  |                                   |                            | <table border="1"> <tr> <td>-</td> <td colspan="4">W</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td>1 2 3 4 5 6 7 8</td> <td colspan="3"></td> <td></td> </tr> <tr> <td>8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td>1 2 3 4 5 6 7 8</td> <td colspan="3"></td> <td></td> </tr> <tr> <td>-</td> <td colspan="4">W-</td> <td></td> </tr> </table> | -                            | W |  |  |  | - | 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8 |  |  |  |  | 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8 |  |  |  |  | - | W- |  |  |  |  |  |
| -  | W                                 |                            |   |                              | - |  |  |  |   |                 |                 |  |  |  |  |                 |                 |  |  |  |  |   |    |  |  |  |  |  |
| 8 7 6 5 4 3 2 1  | 1 2 3 4 5 6 7 8                   |                            |   |                              |   |  |  |  |   |                 |                 |  |  |  |  |                 |                 |  |  |  |  |   |    |  |  |  |  |  |
| 8 7 6 5 4 3 2 1  | 1 2 3 4 5 6 7 8                   |                            |   |                              |   |  |  |  |   |                 |                 |  |  |  |  |                 |                 |  |  |  |  |   |    |  |  |  |  |  |
| -  | W-                                |                            |   |                              |   |  |  |  |   |                 |                 |  |  |  |  |                 |                 |  |  |  |  |   |    |  |  |  |  |  |
| DATA   | ZĄB                               | ROZPOZNANIE                | WYKONANE ZABIEGI, ZALECENIA   | PODPIS                       |   |  |  |  |   |                 |                 |  |  |  |  |                 |                 |  |  |  |  |   |    |  |  |  |  |  |
| 20.01.2019   | 00<br><br>14-24                   | Przebarwienia<br>egzogenne | Badanie jamy ustnej.<br><br>Pacjentka po wywiadzie chorobowym i badaniu stanu uzębienia została zakwalifikowana do zabiegu profesjonalnego wybielania zębów preparatem nadtlenku wodoru o stężeniu 16%.   | Lekarz dentysta<br>Z. Pawlik |   |  |  |  |   |                 |                 |  |  |  |  |                 |                 |  |  |  |  |   |    |  |  |  |  |  |
|  |                                   |                            |   |                              |   |  |  |  |   |                 |                 |  |  |  |  |                 |                 |  |  |  |  |   |    |  |  |  |  |  |

**Zlecenia lekarza dentysty**

Proszę oczyścić profesjonalnie zęby 14-24 oraz zaaplikować płynny koferdam u pacjentki w zakresie zębów 14-24. Po potencjalnym zabiegu wybielania (który nie jest demonstrowany) proszę przeprowadzić zabieg fluoryzacji wybielonych zębów przy użyciu pianki fluorkowej oraz przekazać pacjentce informacje dotyczące zaleceń po wybielaniu i fluoryzacji zębów.

**PRZECIWWSKAZANIA DO ZABIEGU WYBIELANIA\***

|   |                          |  |                          |
|---|--------------------------|--|--------------------------|
| podeszły wiek   | <input type="checkbox"/> | niedoczynność tarczycy                 | <input type="checkbox"/> |
| uczulenie na którykolwiek ze składników preparatu wybielającego | <input type="checkbox"/> | menopauza                              | <input type="checkbox"/> |
| choroba wrzodowa  | <input type="checkbox"/> | menstruacja                            | <input type="checkbox"/> |
| nadczynność tarczycy  | <input type="checkbox"/> | nadciśnienie tętnicze                  | <input type="checkbox"/> |
| kobiety w ciąży, karmiące                                       | <input type="checkbox"/> | ubytki próchnicowe                     | <input type="checkbox"/> |
| dzieci i młodzież do 16 roku życia                              | <input type="checkbox"/> | nasiloną nadwrażliwość termiczna zębów | <input type="checkbox"/> |
| * właściwe należy zaznaczyć literą X                            |                          |  |                          |

**ZALECENIA PO ZABIEGU WYBIELANIA**

W celu utrwalenia efektu wybielania zębów przez dwie doby (48 godzin) po zabiegu należy:

1. ....
2. ....

**ZALECENIA PO ZABIEGU FLUORYZACJI**

Po zabiegu fluoryzacji kontaktowej należy:

- .....
- .....
- .....
- .....