

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

Układ graficzny © CKE 2016

CKE **CENTRALNA
KOMISJA
EGZAMINACYJNA**

Nazwa kwalifikacji: **Asystowanie lekarzowi dentyście i utrzymanie gabinetu w gotowości do pracy**

Oznaczenie kwalifikacji: **Z.15**

Numer zadania: **01**

Wypełnia zdający

Miejsce na naklejkę z numerem
PESEL i z kodem ośrodka

Numer PESEL zdającego*

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

Z.15-01-16.01

Czas trwania egzaminu: **120 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

W dniu dzisiejszym ostatnią pacjentką przyjmowaną w gabinecie będzie Katarzyna Nowak, u której zaplanowano założenie ćwieków z wodorotlenkiem wapnia do kanałów korzeniowych i zamknięcie ubytku wypełnieniem czasowym w zębie 26.

Przygotuj stanowisko pracy asystentki stomatologicznej i lekarza dentysty (urządzenia, instrumenty i materiały według kolejności ich używania, niezbędne środki ochrony indywidualnej dla lekarza, asystentki i pacjenta) zgodnie z *Kartą pacjenta* oraz odpowiednio do *Poleceń lekarza* w celu wykonania zabiegu.

UWAGA:

Przygotowane stanowisko zgłoś do oceny przez podniesienie ręki.

Przygotuj składniki potrzebne do zarobienia fleczeru, zgłoś gotowość przez podniesienie ręki i wykonaj tę czynność w obecności egzaminatora.

Uporządkuj stanowisko po zabiegu, traktuj wszystkie materiały i narzędzia, jako skażone. Materiały niewymagające dezynfekcji w wanience ze środkiem dezynfekcyjnym pozostaw na stoliku.

Narzędzia po dezynfekcji przygotuj do sterylizacji. Przygotuj biologiczny wskaźnik kontroli procesu sterylizacji w autoklawie.

Wypełnij dokumentację pacjenta: kartę pacjenta, termin następnej wizyty dla pacjenta, skierowanie na badania laboratoryjne testów kontroli sterylizacji, metryczkę na pojemnik z odpadami medycznymi skażonymi, metryczkę na pojemnik z odpadami medycznymi pozostałymi. Druki do wypełnienia znajdują się w arkuszu egzaminacyjnym. Arkusz pozostaw na stoliku (w dokumentacji stosuj bieżącą datę oraz jako podpis – PESEL).

Czas przeznaczony na wykonanie zadania wynosi 120 minut.

Ocenie podlegać będą 3 rezultaty:

- przygotowane stanowisko pracy lekarza dentysty i asystentki,
- dokumentacja pacjenta,
- stanowisko pracy po zabiegu

oraz

przebieg przygotowania fleczeru i narzędzi do sterylizacji.

PARAMETRY AUTOKLAWU UŻYWANEGO W GABINECIE

| | | |
|------------------|-----------|-----------|
| Autoklaw | | |
| | głębokość | 56,0 cm |
| | szerokość | 47,0 cm |
| | wysokość | 40,0 cm |
| Pojemność komory | | 18 litrów |
| Wnętrze komory | | |
| | głębokość | 36,0 cm |
| | średnica | 25,0 cm |
| Data produkcji | | 2012 |

| Programy | Czas sterylizacji | Start ciepły 1 kg instrum. | Faza suszenia |
|---------------------------|-------------------|-------------------------------|---------------|
| Program uniwersalny 134°C | 3,5 min | 25 min | 20 min |
| Program ochronny 121°C | 16 min | 40 min | 20 min |
| Test Bowie&Dick 134°C | - | 48 min | 10 min |
| Test próżniowy | - | - | |

POLECENIA LEKARZA DENTYSTY

Proszę przygotować:

- zestaw diagnostyczny,
- kątnicę turbinową i kątnicę na mikrosilnik,
- wiertło różyczkowe do kątnicy na mikrosilnik,
- wiertło walec diamentowy do kątnicy turbinowej,
- ćwieki z wodorotlenkiem wapnia,
- wypełnienie czasowe fletcher,
- narzędzia do zakładania wypełnienia

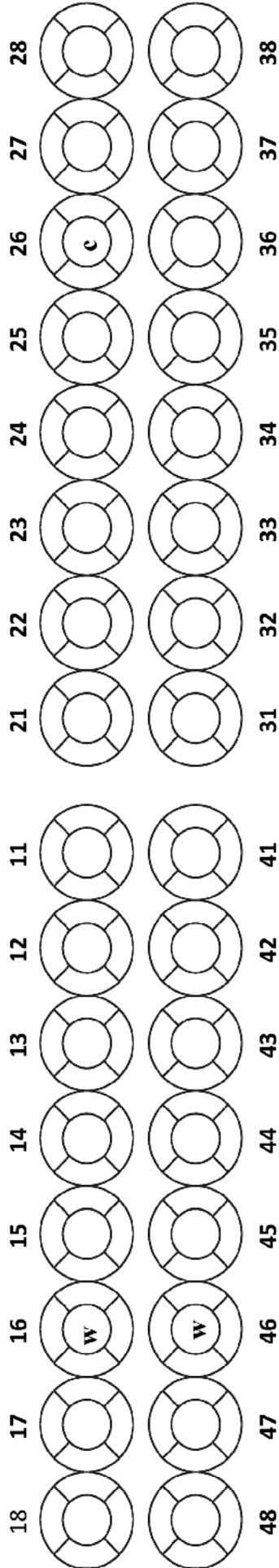
oraz

umówić pacjenta na wizytę za 30 dni w celu wypełnienia kanałów korzeniowych, założenia podkładu i materiału tymczasowego w zębie 26.

Nazwa gabinetu: **Gabinet Dentystyczny**
 Adres: **Warszawa ul. Leśna 20**

KARTA PACJENTA

Nazwisko, imię pacjenta: **Nowak Katarzyna**
 Data urodzenia: **26.11.1990 r.**
 Miejsce zamieszkania: **Warszawa ul. Prosta 10**



STAN JAMY USTNEJ

Legenda: o - ząb niewyrznięty - - brak zęba
 k - korona protetyczna ~ - kamień lub osad nazębny
 c - próchnica w - wypełnienie
 v - ząb lub korzeń do usunięcia

| Data | Ząb | Rozpoznanie | Zabiegi, leki, zalecenia |
|---------------|-----|--|--|
| 25.04.2015 r. | 26 | Ząb w trakcie leczenia po zapaleniu miążsi II stopnia. | Dezynfekcja kamatów korzeniowych, jodoform, zamknięcie ubytku fleczerem. |
| | | | |

| |
|---|
| <p>TERMIN NASTĘPNEJ WIZYTY</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>CEL WIZYTY</p> |
|---|

SKIEROWANIE NA BADANIA LABORATORYJNE TESTÓW KONTROLI STERYLIZACJI

| | | | | |
|---|-------------|----------|----------|-----------|
| Laboratorium Medyczne MED - LAB Warszawa, ul. Górna 2 | | | | |
| PROTOKÓŁ BIOLOGICZNEJ KONTROLI SKUTECZNOŚCI PROCESU STERYLIZACJI | | | | |
| Wypełnia Zleceniodawca | | | | |
| Placówka zlecająca | | | | |
| Data sterylizacji | | | | |
| Godzina sterylizacji | | | | |
| Rok produkcji autoklawu | | | | |
| Rodzaj testu* | | Sporal A | Sporal S | ATTEST 3M |
| Parametry procesu sterylizacji | Temperatura | | | |
| | Czas | | | |
| Rozmieszczenie testów* | Góra | G | G | G |
| | Środek | S | S | S |
| | Dół | D | D | D |
| Steryлизację wykonał | | | | |
| podpis | | | | |

* - zakreślić właściwe

METRYCZKA NA POJEMNIK Z ODPADAMI MEDYCZNYMI SKAŻONYMI

.....
.....
.....

KOD ODPADÓW

Podpis

METRYCZKA NA POJEMNIK Z ODPADAMI MEDYCZNYMI POZOSTAŁYMI

.....
.....
.....

KOD ODPADÓW

Podpis