

**EGZAMIN ZAWODOWY
Rok 2021
ZASADY OCENIANIA**

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

Nazwa kwalifikacji: **Udzielanie pomocy i organizacja wsparcia osobie niepełnosprawnej**
Oznaczenie arkusza: **SPO.01-03-21.06-SG**
Oznaczenie kwalifikacji: **SPO.01**
Numer zadania: **03**
Wersja arkusza: **SG**

**PODSTAWA PROGRAMOWA
2019**

Wypełnia egzaminator

Kod ośrodka -

Kod egzaminatora

Data egzaminu
Dzień Miesiąc Rok

Godzina rozpoczęcia egzaminu :

Numer PESEL zdającego*										Numer stanowiska	

* w przypadku braku numeru PESEL – seria i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość

Egzaminatorze!

- Oceniaj prace zdających rzetelnie i z zaangażowaniem. Dokumentuj wyniki oceny.
- Stosuj przyjęte zasady oceniania w sposób obiektywny.
- Jeżeli zdający, wykonując zadanie egzaminacyjne, uzyskuje inne rezultaty albo pożądane rezultaty uzyskuje w inny sposób niż uwzględniony w zasadach oceniania lub przedstawia nietypowe rozwiązanie, ale zgodnie ze sztuką w zawodzie, to nadal oceniaj zgodnie z kryteriami zawartymi w zasadach oceniania. Informacje o tym, że zasady oceniania nie przewidują zaistniałej sytuacji, przekaż niezwłocznie w formie pisemnej notatki do Przewodniczącego Zespołu Egzaminacyjnego z prośbą o przekazanie jej do Okręgowej Komisji Egzaminacyjnej. Notatka może być sporządzona odręcznie w trybie roboczym.
- Informuj przewodniczącego zespołu nadzorującego o wszystkich nieprawidłowościach zaistniałych w trakcie egzaminu, w tym w szczególności o naruszeniach przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy i o podejrzeniach niesamodzielności w wykonaniu zadania przez zdającego.

Numer
stanowiska

Elementy podlegające ocenie/kryteria ocenyEgzaminator wpisuje **T**,
jeżeli zdający spełnił
kryterium albo **N**, jeżeli
nie spełnił**Rezultat 1: Wykaz problemów i potrzeb osoby podopiecznej***Problemy osoby podopiecznej - zapisane (niekoniecznie w identycznym brzmieniu, pod warunkiem poprawności merytorycznej):*

1	stwardnienie rozsiane, niedowład spastyczny kończyn dolnych, niepełnosprawność w stopniu znacznym/całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 2 problemy</i>									
2	osłabienie siły mięśniowej, wychudzenie, niechęć do spożywania posiłków, poruszanie się na wózku inwalidzkim/możliwość poruszania się wózkiem tylko po mieszkaniu/brak możliwości wyjścia z domu, brak możliwości samodzielnego przemieszczania się z łóżka na wózek/fotel <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 3 problemy</i>									
3	zaniedbany wygląd/niesamodzielność w wykonywaniu czynności higienicznych/niesamodzielność w ubieraniu się, nietrzymanie moczu/konieczność używania pieluchomajtek, zaparcia, zagrożenie odleżynami/spędzanie większości czasu w łóżku/w pozycji leżącej <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 3 problemy</i>									
4	obniżony nastrój, bezradność, niepokój <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisany jest co najmniej 1 problem</i>									
5	tęsknota za wyjściem na spacer, tęsknota za kontaktami ze znajomymi/z koleżankami, tęsknota za realizacją zainteresowań/uczęszczaniem do muzeów/na wystawy malarskie <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 2 problemy</i>									
<i>Potrzeby osoby podopiecznej - zapisane (niekoniecznie w identycznym brzmieniu, pod warunkiem poprawności merytorycznej):</i>										
6	ruchu/aktywności/aktywności fizycznej, samodzielności, wykonywania ćwiczeń rehabilitacyjnych/usprawniania, odżywiania/przyjmowania posiłków, wprowadzenia diety bogatoresztkowej/wysokobłonnikowej, nawadniania/przyjmowania płynów <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 3 potrzeby</i>									
7	pomocy w czynnościach dnia codziennego/samoobsługowych/ubieraniu się, zmiany pieluchomajtek, zapobiegania odleżynom, higieny/czystości okolicy krocza/pośladków <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 2 potrzeby</i>									
8	stałej opieki, zakupu wózka inwalidzkiego, pomocy w przemieszczaniu się z łóżka na wózek/fotel, zdrowia, opieki neurologa/rehabilitanta/psychologa <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 3 potrzeby</i>									
9	aktywności społecznej/kontaktów społecznych/ze znajomymi/z koleżankami/przyjmowania gości, przyjaźni, wsparcia, bezpieczeństwa/bezpieczeństwa psychicznego/bezpieczeństwa fizycznego <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 2 potrzeby</i>									
10	realizacji zainteresowań/samorealizacji, przeżyć estetycznych/uczęszczania do muzeów/na wystawy malarskie <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisana jest co najmniej 1 potrzeba</i>									

Numer
stanowiska

Rezultat 2: Wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze

1	1. Dane osobowe Wnioskodawcy - zapisane: Imię i nazwisko: Ewelina Ziębicka , Data i miejsce urodzenia: 11.04.1983 r., Warszawa , Adres zamieszkania: 31-422 Kraków ul. Nadrzeczna 149 m 221 , Telefon kontaktowy: 12 410 31 20 , Numer PESEL: 83041108527 , Seria i numer dowodu osobistego: BBC 871366						
2	2. Przedmiot dofinansowania oraz przewidywany koszt całkowity - zapisane: wózek inwalidzki ręczny, koszt - 1700,00 zł						
3	3. Posiadane orzeczenie - zaznaczone wyłącznie: znaczny stopień niepełnosprawności						
4	4. Orzeczenie wydane - zaznaczone wyłącznie: okresowo						
5	5. Dochód osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym - Dane dotyczące Wnioskodawcy - zapisane: Ewelina Ziębicka, 1245,00 zł						
6	5. Dochód osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym - Dane osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą - zapisane: Wiktor Ziębicki, mąż, 1960,00 zł						
7	5. Dochód osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym - Dane osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą - zapisane: Paweł Ziębicki, syn, Piotr Ziębicki, syn <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli <u>nie jest</u> wpisana żadna kwota</i>						
8	6. Oświadczenie Wnioskodawcy o dochodach - Oświadczam, że przeciętny miesięczny łączny dochód mojej rodziny (netto), (...), obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi - zapisane: 3205,00 zł , a podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi - zapisane: 801,25 zł Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi - zapisane: 4						
9	7. Forma przekazania dofinansowania - zaznaczone wyłącznie: Wyrażam zgodę na przelew dofinansowania na konto osobiste Numer konta bankowego - zapisane: 12 1011 1234 5656 5656 0000 0000						
10	Data wypełnienia wniosku - zapisana: data zgodna z datą egzaminu						

Numer stanowiska							

Przebieg 1: Przemieszczanie osoby podopiecznej z łóżka na wózek inwalidzki
 Zdający na wykonanie czynności przemieszczenia osoby podopiecznej z łóżka na wózek inwalidzki ma przeznaczone 40 minut. Po przekroczeniu 45 minut przewodniczący ZN skieruje do zdającego komunikat „czas minął”, oznaczający zakończenie procesu oceny

Zdający kolejno:

1	poinformował osobę podopieczną o zamiarze przesadzenia z łóżka na wózek inwalidzki i zapytał o zgodę na wykonanie czynności <i>Uwaga: Na potrzeby egzaminu kryterium należy uznać za spełnione również, jeżeli zdający poinformuje i zapyta o zgodę po umyciu/zdezynfekowaniu rąk</i>						
2	umył higienicznie/zdezynfekował ręce, założył rękawiczki jednorazowe						
3	umieścił wózek inwalidzki obok łóżka						
4	zablokował koła wózka hamulcami, rozsunął podnóżki na boki/uniósł podnóżki wózka						
5	posadził osobę podopieczną na brzegu łóżka ze spuszczonej nogami						
6	stał twarzą do osoby podopiecznej, założył ręce osoby podopiecznej na swoje barki/biodra/łopatki. Dokonał pionizacji osoby podopiecznej <i>Kryterium należy uznać za spełnione również, jeżeli na skutek bezwładności fantomu kończyny górne opadną</i> <i>Uwaga! Kryterium nie należy uznawać za spełnione, jeżeli zdający podczas pionizacji ciągnął osobę podopieczną za kończyny górne</i>						
7	ruchem obrotowym przemieścił osobę podopieczną w stronę wózka inwalidzkiego, posadził osobę podopieczną na siedzisku wózka						
8	zapewnił osobie podopiecznej stabilne oparcie pleców, ustawił jej stopy na podnóżkach wózka <i>Kryterium należy uznać za spełnione również, jeżeli po posadzeniu osoby podopiecznej na wózku, ze względu na konstrukcję fantomu, jej plecy i stopy będą bezwładnie opadać</i>						
9	kończyny górne/przedramiona osoby podopiecznej ułożył na podłokietnikach/na kolanach, zapytał osobę podopieczną o wygodę/samopoczucie <i>Kryterium należy uznać za spełnione również, jeżeli na skutek bezwładności fantomu, kończyny górne zsuną się z podłokietników</i>						
10	użyte rękawiczki wyrzucił do kosza z napisem <i>Odpady zmieszane</i> , zdezynfekował ręce						

Egzaminator
imię i nazwisko
data i czytelny podpis