

EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE
Rok 2018
ZASADY OCENIANIA

*Arkusz zawiera informacje prawnie chronione
do momentu rozpoczęcia egzaminu*

Nazwa kwalifikacji: **Świadczenie usług w zakresie masażu**
Oznaczenie arkusza: **Z.01-03-18.01**
Oznaczenie kwalifikacji: **Z.01**
Numer zadania: **03**

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

| | | | | | | | |
|---------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| Numer stanowiska | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| Elementy podlegające ocenie/kryteria oceny | | Egzaminator wpisuje T , jeżeli zdający spełnił kryterium albo N , jeżeli nie spełnił | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Rezultat 1. Stanowisko przygotowane do zleconego masażu | | | | | | | | |
| <i>Uwaga: Egzaminator ocenia po podniesieniu ręki przez zdającego i uzyskaniu zgody PZN.</i> | | | | | | | | |
| 1 | zagłówek stołu ustawiony poziomo lub lekko opuszczony | | | | | | | |
| 2 | stół do masażu przykryty prześcieradłem, wałek/półwałek/klin umieszczony pod prześcieradłem na wysokości stawów skokowych pacjenta <i>Uwaga wałek/półwałek/klin może także zostać ułożony na stole pod prześcieradłem w czasie przyjmowania przez pacjenta pozycji do wykonania masażu.</i> | | | | | | | |
| 3 | środek poślizgowy, środek do dezynfekcji, ręczniki papierowe ułożone na stoliku podręcznym, prześcieradło do przykrycia pacjenta na stoliku podręcznym/na stole do masażu | | | | | | | |
| Rezultat 2. Pacjent przygotowany do zabiegu | | | | | | | | |
| <i>Uwaga: Egzaminator ocenia po podniesieniu ręki przez zdającego i uzyskaniu zgody PZN. Po dokonaniu oceny rezultatu egzaminator kieruje do zdającego komunikat: „proszę kontynuować wykonywanie zadania”.</i> | | | | | | | | |
| 1 | pacjent w pozycji leżenia przodem na stole do masażu, kończyny górne lekko ugięte w stawach łokciowych umieszczone wzdłuż tułowia, głowa/twarz ułożona w otworze w zagłówku | | | | | | | |
| 2 | wałek/półwałek/klin pod stawami skokowymi | | | | | | | |
| 3 | odstłonięta okolica piersiowa grzbietu, okryte niemasowane okolice ciała/zabezpieczona odzież w obszarze kończyn dolnych i miednicy | | | | | | | |
| Rezultat 3. Stanowisko po wykonanym masażu | | | | | | | | |
| <i>Uwaga: Egzaminator ocenia po podniesieniu ręki przez zdającego i uzyskaniu zgody PZN.</i> | | | | | | | | |
| 1 | środek poślizgowy i środek do dezynfekcji powierzchni odłożone na regał | | | | | | | |
| 2 | zużyte ręczniki papierowe wyrzucone do pojemnika na odpady komunalne, zużyte prześcieradła wyrzucone do kosza z napisem „prześcieradła używane” | | | | | | | |
| 3 | wałek/półwałek/klin odłożony na regał | | | | | | | |

Numer
stanowiska

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

Rezultat 4. Karta zabiegów pacjenta

Zapisane:

| | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|
| 1 | Imię i nazwisko: Dominik Radek Wiek: 32 lata | | | | | | |
| 2 | Rozpoznanie: prawostronna skolioza jednołukowa I stopnia w odcinku piersiowym | | | | | | |
| 3 | Cel zabiegu: zmniejszenie napięcia mięśni przykurczonych, pobudzenie napięcia mięśni rozciągniętych | | | | | | |
| 4 | Rodzaj zabiegu: masaż klasyczny | | | | | | |
| 5 | Obszar zabiegu: odcinek piersiowy grzbietu | | | | | | |
| 6 | Mięśnie grzbietu zlokalizowane w obszarze masowanym: mięsień czworoboczny, mięsień najszerszy grzbietu, mięsień równoległoboczny, mięsień zębaty tylny górny, mięsień zębaty tylny dolny, mięsień prostownik grzbietu (lub mięsień biodrowo-żebrowy i mięsień najdłuższy oraz mięsień kolcowy), mięśnie poprzeczno-kolcowe (lub mięsień półkolcowy, mięsień wielodzielny i mięśnie skręcające) <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 3 mięśnie.</i> | | | | | | |

Rezultat 5. Informacje dla pacjenta

Zapisane:

| | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|
| 1 | Reakcje organizmu, które mogą pojawić się u pacjenta po wykonaniu zabiegu masażu: uczucie ciepła, zmęczenie/senność, zaczerwienienie skóry, rozluźnienie, zwiększenie dolegliwości bólowych, pieczenie, mrowienie, swędzenie, dreszcze, rozdrażnienie (lub inne pod warunkiem poprawności merytorycznej) <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli są zapisane co najmniej 2 reakcje organizmu.</i> | | | | | | |
| 2 | Rodzaje aktywności fizycznej o charakterze korekcyjnym, które można zaproponować pacjentowi: gimnastyka ogólnousprawniająca, ćwiczenia rozciągające grzbietu, pływanie, Nordic Walking, marsze, spacer, marszobiegi, taniec towarzyski, aerobic, joga, stretching, pilates (lub inne pod warunkiem poprawności merytorycznej) <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli są zapisane co najmniej 2 rodzaje aktywności fizycznej.</i> | | | | | | |
| 3 | Zalecenia dla pacjenta dotyczące funkcjonowania w życiu codziennym mające wpływ na utrzymanie prawidłowej postawy ciała: przyjmować prawidłową postawę ciała podczas siedzenia/stania, unikać ćwiczeń/aktywności niesymetrycznych, unikać skoków/podskoków/wyskoków, unikać obciążeń/dźwigania/dźwigania jednostronnego, prowadzić aktywny tryb życia, stosować do spania poduszkę profilowaną/materac profilowany, dbać o prawidłową masę ciała (lub inne pod warunkiem poprawności merytorycznej) <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli są zapisane co najmniej 2 zalecenia.</i> | | | | | | |

Numer
stanowiska

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

Przebieg 1. Wykonanie oceny stanu tkanki skórnej, łącznej i mięśniowej grzbietu w odcinku piersiowym*Uwaga: Egzaminator ocenia po podniesieniu ręki przez zdającego i uzyskaniu zgody PZN w zakresie wskazanym w kryteriach.*

Zdający :

| | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|
| 1 | umył/zdezynfekował ręce bezpośrednio przed badaniem | | | | | | |
| 2 | dokonał warstwowej oceny palpacyjnej tkanek grzbietu w odcinku piersiowym | | | | | | |
| 3 | wykonał chwyt diagnostyczne bez środka poślizgowego | | | | | | |

Przebieg 2. Wykonanie zabiegu masażu grzbietu w odcinku piersiowym po stronie wklęsłej łuku*Uwaga: Egzaminator ocenia wykonanie masażu grzbietu zakresie wskazanym w kryteriach z uwzględnieniem 2 powtórzeń każdego z chwytów.**Jeżeli zdający rozpocznie wykonanie masażu od strony wypukłej łuku, należy zacząć ocenę masażu zgodną z kryteriami Przebiegu 3, a następnie Przebiegu 2. Niewłaściwa kolejność opracowania stron skoliozy będzie skutkować negatywną oceną w kryterium 3.10*

Zdający wykonał kolejno:

| | | | | | | | |
|----|---|--|--|--|--|--|--|
| 1 | głaskanie wstępne powierzchowne grzbietu w odcinku piersiowym po obu stronach | | | | | | |
| 2 | głaskanie powierzchowne grzbietu w odcinku piersiowym po stronie lewej | | | | | | |
| 3 | głaskanie głębokie grzbietu w odcinku piersiowym po lewej stronie | | | | | | |
| 4 | rozcieranie powierzchowne grzbietu w odcinku piersiowym po stronie lewej | | | | | | |
| 5 | rozcieranie głębokie grzbietu w odcinku piersiowym po stronie lewej | | | | | | |
| 6 | ugniatanie podłużne/poprzeczne mięśni grzbietu w odcinku piersiowym po stronie lewej | | | | | | |
| 7 | wibrację/wstrząsanie/rolowanie grzbietu w odcinku piersiowym po stronie lewej | | | | | | |
| 8 | głaskanie głębokie grzbietu w odcinku piersiowym po lewej stronie | | | | | | |
| 9 | głaskanie powierzchowne grzbietu w odcinku piersiowym po stronie lewej | | | | | | |
| 10 | próbę biernego rozciągnięcia przykurczonych mięśni grzbietu w odcinku piersiowym po stronie lewej/biernej korekcji prawostronnego skrzywienia kręgosłupa w odcinku piersiowym | | | | | | |

| | | | | | | | |
|------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| Numer stanowiska | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Przebieg 3. Wykonanie zabiegu masażu grzbietu w odcinku piersiowym po stronie wypukłej łuku
Uwaga: Egzaminator ocenia wykonanie masażu w zakresie wskazanym w kryteriach z uwzględnieniem ilości powtórzeń w liczbie 2. Egzaminator po uwzględnieniu w ocenie wszystkich kryteriów przebiegu kieruje do zdającego komunikat „dziękuję” oznaczający koniec procesu oceny. Może zaistnieć sytuacja, w której zdający sam zadecyduje o zakończeniu masażu i ćwiczeń; wówczas nie należy kierować komunikatu „dziękuję”. Jeżeli cały zabieg trwa dłużej niż 25 minut, przewodniczący ZN przerywa wykonywanie masażu słowami „czas minął”.

Zdający wykonał kolejno:

| | | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|--|
| 1 | głaskanie powierzchowne grzbietu/po stronie prawej | | | | | | |
| 2 | głaskanie głębokie grzbietu w odcinku piersiowym po prawej stronie | | | | | | |
| 3 | rozcieranie powierzchowne/rolowanie grzbietu w odcinku piersiowym po stronie prawej | | | | | | |
| 4 | rozcieranie głębokie grzbietu w odcinku piersiowym po stronie prawej | | | | | | |
| 5 | ugniatanie poprzeczne/ugniatanie podłużne mięśni grzbietu w odcinku piersiowym po stronie prawej | | | | | | |
| 6 | oklepywanie mięśni grzbietu w odcinku piersiowym po stronie prawej | | | | | | |
| 7 | głaskanie głębokie grzbietu w odcinku piersiowym po prawej stronie | | | | | | |
| 8 | głaskanie powierzchowne grzbietu w odcinku piersiowym po prawej stronie | | | | | | |
| 9 | głaskanie końcowe powierzchowne grzbietu w odcinku piersiowym po obu stronach | | | | | | |
| 10 | masaż grzbietu po stronie wypukłej łuku po wcześniejszym wykonaniu masażu po stronie wklęsłej łuku | | | | | | |

Egzaminator

imię i nazwisko

.....

data i czytelny podpis