

Nazwa kwalifikacji:

Wykonywanie zabiegów kosmetycznych

Oznaczenie kwalifikacji:

FRK.04

Numer zadania: **01**

Kod arkusza: **FRK.04-01-22.01-SG_zo**

Wersja arkusza: **SG**

Lp.	Elementy podlegające ocenie/kryteria oceny
R.1	Rezultat 1: Karta klientki
<i>Zapisać (niekoniecznie w identycznym brzmieniu, pod warunkiem poprawności merytorycznej):</i>	
R.1.1	Wywiad kosmetyczny: pytanie dotyczące dotychczasowej pielęgnacji w domu i/lub pielęgnacji gabinetowej, chorób ogólnych i/lub terapii farmakologicznych, alergii na środki biologiczne i chemiczne i/lub składniki preparatów kosmetycznych, stylu życia i/lub oczekiwań i/lub metalowych implantów w polu zabiegowym i/lub ciąży <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 3 pytania</i>
R.1.2	Cechy skóry: gruba, błyszcząca, ziemista, słabo ukrwiona z widocznymi rozszerzonymi ujściami gruczołów łojowych
R.1.3	Dodatkowe informacje dotyczące cery klientki: stan cery ulega pogorszeniu na skutek stresu, stan cery poprawia się w miesiącach letnich
R.1.4	Rodzaj cery: tłusta <i>Uwaga. Kryterium nie należy uznawać za spełnione, jeżeli obok zapisu "tłusta" zapisane są inne, błędne rodzaje cery</i>
R.1.5	Rodzaj (nazwa) zabiegu: normalizujący i/lub przeciwłojotokowy i/lub seboostatyczny i/lub sebo regulujący i/lub pielęgnacyjny z zastosowaniem sonoterapii/sonoforezy/ultradźwięków <i>Kryterium należy uznać za spełnione również, jeżeli obok nazwy zabiegu zapisane jest także określenie typu: z zastosowaniem aparatu do sonoterapii/ultradźwięków</i>
R.1.6	Cele zabiegu: normalizacja/zmniejszenie wydzielania sebum/zmatowienie/zmniejszenie świecenia się skóry, zmniejszenie grubości warstwy rogowej/złuszczenie zrogowaciałego naskórka, poprawa ukrwienia skóry/poprawa kolorytu skóry/dotlenienie skóry, obkurczenie rozszerzonych ujść gruczołów łojowych <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 2 cele</i>
R.1.7	Przeciwwskazania do wykonania zabiegu pielęgnacyjnego twarzy, szyi i dekoltu z zastosowaniem aparatu do sonoterapii - zaznaczone wyłącznie : zaburzenia czucia, wyprysk alergiczny na policzku, opryszczka na ustach, choroby tarczycy, metalowe elementy w polu zabiegowym, osteoporoza <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zaznaczone są co najmniej 3 z zapisanych powyżej przeciwwskazań</i>
R.2	Rezultat 2: Karta pobrania preparatów kosmetycznych
<i>Uwaga! Jeżeli są zaznaczone wszystkie pozycje w kolumnie „Pobranie zaznacz X” oznacza to, że Zdający nie dokonał wyboru, czyli nie spełnił kryteriów w Rezultacie 2.</i>	
<i>Zaznaczone:</i>	
R.2.1	Żel antybakteryjny z kwasem salicylowym (niezaznaczone mleczko kosmetyczne z fitohormonami)
R.2.2	Tonik normalizujący z bisabololem w płynie (niezaznaczone tonik nawilżający z fitohormonami w płynie)
R.2.3	Peeling kremowy z kryształkami tlenku glinu (niezaznaczone peeling solny z olejkami eterycznymi z jałowca i geranium)
R.2.4	Serum żelowe z kwasem salicylowym (niezaznaczone : serum żelowe z kolagenem i kwasem hialuronowym i/lub serum żelowe z arbutyną)
R.2.5	Krem normalizujący (niezaznaczone : krem odżywczy i/lub krem liftingujący i/lub krem półtłusty z filtrami UV)
R.2.6	Preparat do dezynfekcji skóry
R.2.7	Preparat do dezynfekcji narzędzi i powierzchni
R.3	Rezultat 3: Karta pobrania środków, przyborów i aparatury
<i>Uwaga! Jeżeli są zaznaczone wszystkie pozycje w kolumnie „Pobranie zaznacz X” oznacza to, że Zdający nie dokonał wyboru, czyli nie spełnił kryteriów w Rezultacie 3.</i>	
<i>Zaznaczone:</i>	
R.3.1	Lampa bezcieniowa z lupą (niezaznaczona : lampa Sollux z czerwonym filtrem i/lub lampa UVA)

R.3.2	Aparat do ultradźwięków z głowicą okrągłą (niezaznaczony : aparat do elektrostymulacji z elektrodami i/lub aparat do podgrzewania parafiny i/lub aparat do presoterapii z mankietami)
R.3.3	Miska gumowa
R.3.4	Szpatuła plastikowa
R.3.5	Chusteczki higieniczne i/lub ręczniki papierowe
R.4	Rezultat 4: Karta czynności przygotowujących do zabiegu
<i>Uwaga. Jeżeli czynności zapisane w kryteriach 4.1-4.4 zapisane są w planie zabiegu przed rozpoczęciem zabiegu, kryteria te należy uznać również za spełnione. Zapisane (niekoniecznie w identycznym brzmieniu, pod warunkiem poprawności merytorycznej):</i>	
R.4.1	Przygotowanie kosmetyczki: umycie i/lub dezynfekcja dłoni
R.4.2	Przygotowanie stanowiska zabiegowego: dezynfekcja stolika/blatu roboczego i przygotowanie preparatów i/lub środków i/lub przyborów
R.4.3	Przygotowanie stanowiska zabiegowego: dezynfekcja fotela i założenie prześcieradła
R.4.4	Przygotowanie klientki: zabezpieczenie włosów i odzieży
R.4.5	Przygotowanie klientki: przeprowadzenie wywiadu kosmetycznego i/lub wykluczenie przeciwwskazań i/lub wypełnienie karty klienta <i>Kryterium należy uznać za spełnione również, jeżeli informacja o przeprowadzeniu wywiadu i/lub wykluczeniu przeciwwskazań zapisana jest w planie zabiegu, najpóźniej w trakcie dokonywania diagnozy</i>
R.5	Rezultat 5: Plan zabiegu
<i>Zapisane (niekoniecznie w identycznym brzmieniu, pod warunkiem poprawności merytorycznej):</i>	
R.5.1	Demakijaż oczu i ust z użyciem płatków kosmetycznych <i>Kryterium należy uznać za spełnione również, jeżeli nie jest zapisane miejsce (oczy i usta) demakijażu, ale zapisane jest wykonanie demakijażu płatkami kosmetycznymi z płynem do demakijażu oczu i ust</i>
R.5.2	Demakijaż ruchami okrężnymi/kolistymi/masażu i/lub demakijaż dekoltu, szyi i twarzy, zmycie (nie tonikiem) <i>Uwaga. Kryterium nie należy uznawać za spełnione, jeżeli zapisane jest usunięcie preparatu chusteczką/ręcznikiem</i>
R.5.3	Tonizacja <i>Kryterium należy uznać za spełnione również, jeżeli tonizacja jest zapisana po wykonaniu peelingu</i>
R.5.4	Diagnoza
R.5.5	Nałożenie peelingu i masowanie/rozprowadzanie ruchami okrężnymi/kolistymi i/lub rozcierającymi, zmycie (nie tonikiem i/lub mleczkiem) <i>Uwaga. Kryterium nie należy uznawać za spełnione, jeżeli zapisane jest wmasowanie peelingu przez więcej niż 6 minut</i>
R.5.6	Nałożenie/wmasowanie serum lub serum i żelu obojętnego do sonoforezy
R.5.7	Sonoforeza ruchami okrężnymi i/lub spiralnymi i/lub pasmowymi i/lub zgodnymi z przebiegiem mięśni przez 3-15 minut <i>Kryterium należy uznać za spełnione również, jeżeli nie pojawi się wyraz "sonoforeza", ale zapis wskazuje na wykonanie sonoforezy</i>
R.5.8	Nałożenie maski alginatowej z gliną zieloną, zdjęcie/usunięcie maski w całości lub zdjęcie/usunięcie (nie zmycie) maski i usunięcie/zmycie resztek, po 15-30 minutach <i>Kryterium należy uznać za spełnione również, jeżeli nie jest zapisany rodzaj maski, ale w karcie pobrania zaznaczona jest maska alginatowa z gliną zieloną i nie są zaznaczone inne maski</i>
R.5.9	Nałożenie kremu
R.5.10	Czynności wymienione w pracy zapisane zgodnie z kolejnością w planie zabiegu (od R.5.1 do R.5.9) i/lub niezapisane żadne czynności dodatkowe niezgodne z metodyką zabiegu
R.6	Rezultat 6: Zalecenia dla klientki
<i>Uwaga: jeżeli w kryteriach R.6.1-R.6.4, obok poprawnie zapisanych preparatów, zapisane są inne o działaniu odżywcym, regenerującym, liftingującym, to kryterium nie należy uznawać za spełnione. Zapisane (niekoniecznie w identycznym brzmieniu, pod warunkiem poprawności merytorycznej):</i>	
R.6.1	Preparaty zalecane do pielęgnacji skóry twarzy w warunkach domowych wraz z działaniem: płyn micelarny lub żel i/lub pianka i/lub mleczko oczyszczające/antybakteryjne/normalizujące/nawilżające i tonik antybakteryjny i/lub normalizujący i/lub nawilżający - codziennie
R.6.2	Preparaty zalecane do pielęgnacji skóry twarzy w warunkach domowych wraz z działaniem: peeling (niezapisany peeling solny) - 1-2 x w tygodniu

R.6.3	Preparaty zalecane do pielęgnacji skóry twarzy w warunkach domowych wraz z działaniem: maska oczyszczająca i/lub antybakteryjna i/lub ściągająca i/lub normalizująca i/lub sebo regulująca i/lub nawilżająca - 1-2 x w tygodniu i/lub serum antybakteryjne i/lub normalizujące i/lub matujące i/lub sebo regulujące i/lub nawilżające - co najmniej 2 razy w tygodniu
R.6.4	Preparaty zalecane do pielęgnacji skóry twarzy w warunkach domowych wraz z działaniem: krem normalizujący i/lub matujący i/lub sebo regulujący i/lub nawilżający - codziennie
R.6.5	Składniki aktywne o działaniu sebo statycznym zalecane do pielęgnacji skóry twarzy klientki - zaznaczone wyłącznie : biotyna, garbniki, ekstrakt z zielonej herbaty, jony siarki, jony cynku <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zaznaczone są co najmniej 3 składniki z zapisanych</i>
R.6.6	Zalecenia dietetyczne dla klientki: dieta lekkostrawna, śródziemnomorska, spożywanie warzyw i owoców, unikanie ostrych przypraw, używek, czekolady/słodocy, jedzenia typu fast-food, żywności wysokoprzetworzonej, picie 1,5-2,5 litrów wody dziennie/30 ml na kg masy ciała (lub inne, pod warunkiem poprawności merytorycznej) <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 2 zalecenia</i>
R.6.7	Zabiegi pielęgnacyjne wskazane dla tej klientki - zaznaczone wyłącznie : jonoforeza z wodorowęglanem sodu (anoda), sonoforeza z ampułką z wyciągiem z oczaru wirginijskiego i cynkiem, galwanizacja anodowa <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zaznaczone są co najmniej 2 zabiegi z zapisanych</i>