

Nazwa kwalifikacji: **Świadczenie usług w zakresie masażu**

Oznaczenie kwalifikacji: **Z.01**

Numer zadania: **03**

*Arkusze zawiera informacje prawnie chronione
do momentu rozpoczęcia egzaminu*

Miejsce na naklejkę
z numerem PESEL i z kodem
ośrodka

Wypełnia zdający

Numer PESEL zdającego*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Z.01-03-14.05

Czas trwania egzaminu: **120 minut**

**EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE
Rok 2014
CZĘŚĆ PRAKTYCZNA**

Układ graficzny © CKE 2013

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*,
 - symbol cyfrowy zawodu,
 - oznaczenie kwalifikacji,
 - numer zadania,
 - numer stanowiska.
3. KARTE OCENY przekaz zespołowi nadzorującemu część praktyczną egzaminu.
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 część praktyczną egzaminu.
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

Wykonaj masaż leczniczy klasyczny grzbietu i kręgosłupa na odcinku L–Th zgodnie ze zleceniem lekarskim zamieszczonym w arkuszu egzaminacyjnym. Wypełnij Kartę zabiegów pacjenta.

Po zapoznaniu się z treścią zadania zgłoś Przewodniczącemu ZNCP przez podniesienie ręki gotowość do przygotowania stanowiska do masażu, a następnie kieruj się poleceniami wydawanymi przez Przewodniczącego ZNCP. Przewodniczący ZNCP wyda Ci polecenia, by przystąpić do:

- przygotowania stanowiska do masażu,
- przygotowania pacjenta do masażu,
- wykonania masażu,
- uporządkowania stanowiska po wykonaniu masażu,
- przejścia na indywidualne stanowisko egzaminacyjne w celu kontynuacji egzaminu.

W szczególności zwróć uwagę na to, że w odpowiednich momentach powinieneś zgłosić:

- zakończenie czynności związanych z przygotowaniem stanowiska do masażu,
- zakończenie czynności związanych z przygotowaniem pacjenta do zabiegu masażu,
- zakończenie czynności związanych z uporządkowaniem stanowiska do masażu po wykonaniu zabiegu.

Zabieg masażu wykonaj w czasie nie dłuższym niż 10 minut, do momentu, gdy usłyszysz od Egzaminatora komunikat „dziękuję”, oznaczający konieczność zaprzestania wykonywania dalszych czynności związanych z masażem. W przypadku braku komunikatu od egzaminatora zakończ masaż, gdy uznasz, że wykonałeś zadanie.

Poszczególne techniki masażu wykonaj maksymalnie 2 razy.

Zadanie egzaminacyjne wykonaj zgodnie z zasadami i procedurami uwzględniając przepisy BHP oraz ergonomię pracy. Formularze do wypełnienia znajdują się w arkuszu egzaminacyjnym.

Arkusze egzaminacyjne pozostaw na indywidualnym stanowisku egzaminacyjnym, na stoliku.

Czas przeznaczony na wykonanie zadania wynosi 120 minut.

Ocenie podlegać będzie 5 rezultatów:

- wypełniona Karta zabiegów pacjenta – metryczka i rejestracja wykonywanych zabiegów,
- wypełniona Karta zabiegów pacjenta – wykaz przeciwwskazań i zalecenia,
- zorganizowane stanowisko do masażu,
- przygotowany pacjent do zabiegu,
- uporządkowane stanowisko do masażu po wykonaniu zabiegu

oraz

przebieg wykonania masażu.

Skierowanie na zabieg masażu

Imię i nazwisko pacjenta: Elżbieta Nowakowska

Wiek: 54 lata

Adres zamieszkania: Wrocław, ul. Orła Białego 17/6

Zlecenie: 10 zabiegów masażu klasycznego

Okolica ciała: Grzbiet i kręgosłup na odcinku L i Th.

Rozpoznanie: Zmiany zwyrodnieniowe odcinka lędźwiowo-piersiowego

Cel zabiegu: Zniesienie bólu i napięcia mięśniowego w okolicy odc. L-Th

Opis stanu zdrowia i możliwości ruchowych pacjentki na podstawie wywiadu:

- pacjentka o wzroście 155 cm i wadze 78 kg, ogólnie sprawna fizycznie,
- pracuje jako kasjerka w hipermarkecie,
- pacjentka zgłasza, że od ponad roku odczuwa ból i wzmożone napięcie lędźwi i odcinka piersiowego grzbietu, nasilające się podczas podnoszenia ciężkich przedmiotów,
- w ostatnich latach kilkakrotnie przechodziła zaostrzenie objawów,
- badanie MR wykonane tydzień temu wykazało niewielkie narośle w postaci osteofitów na krawędziach trzonów kręgów oraz pogłębioną lordozę lędźwiową,
- pacjentka korzystała z zabiegów lasera i gimnastyki w wodzie, po których stan ostry ustąpił,
- aktualnie nie zażywa leków, nie wykonuje ćwiczeń leczniczych.

Jolanta Klepacka
lekarz ortopeda
ul. Radiowa 3, Wrocław
tel/fax 71 654 34 43

Jolanta Klepacka
(pieczętka i podpis lekarza)

Wynik badania rezonansem magnetycznym (MR)

Imię i nazwisko: Elżbieta Nowakowska

Wiek: 54 lata

Adres zamieszkania: Wrocław, ul. Orła Białego 17/6

Rodzaj badania: badanie odcinkowe okolicy L-Th

Opis badania MR:

- zmiany degeneracyjne krążków międzykręgowych od Th6 do L5 w postaci obniżenia ich wysokości,
- niewielkie narośle kostne na brzegach trzonów kręgów,
- pogłębiona lordoza odcinka lędźwiowego,
- kanał kręgowy bez zmian ogniskowych,
- nie stwierdza się innych zmian chorobowych.

Edyta Malinowska
lekarz radiolog
ul. Sportowa 46, Wrocław
tel/fax 71 763 18 26

Edyta Malinowska
(pieczętka i podpis lekarza)

Karta zabiegów pacjenta

Data założenia karty:

Imię i nazwisko:

Wiek:

Rejestracja wykonywanych zabiegów

L.p.	Rodzaj zabiegu	Nazwy mięśni objętych masażem	Cel zabiegu	Data wykonania zabiegu	Podpis osoby wykonującej zabieg
1					XX YY
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

Wykaz przeciwwskazań bezwzględnych do masażu:

1.
2.
3.
4.
5.
6.

Zalecenia praktyczne dla pacjentki wspomagające leczenie bólu i napięcia mięśniowego:

1.
2.
3.