

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

Układ graficzny © CKE 2020

**CKE** **CENTRALNA  
KOMISJA  
EGZAMINACYJNA**

Nazwa kwalifikacji: **Świadczenie usług medycznych w zakresie ortoptyki**

Oznaczenie kwalifikacji: **Z.10**

Numer zadania: **01**

Wersja arkusza: **SG**

Wypełnia zdający

Miejsce na naklejkę z numerem  
PESEL i z kodem ośrodka

Numer PESEL zdającego\*

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

**Z.10-01-23.06-SG**

Czas trwania egzaminu: **120 minut**

## **EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE**

**Rok 2023**

**CZĘŚĆ PRAKTYCZNA**

**PODSTAWA PROGRAMOWA  
2012**

### **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. Sprawdź, czy arkusz egzaminacyjny zawiera 7 stron i nie zawiera błędów. Ewentualny brak stron lub inne usterki zgłoś przez podniesienie ręki przewodniczącemu zespołu nadzorującego.
4. Zapoznaj się z treścią zadania oraz stanowiskiem egzaminacyjnym. Masz na to 10 minut. Czas ten nie jest wliczany do czasu trwania egzaminu.
5. Czas rozpoczęcia i zakończenia pracy zapisze w widocznym miejscu przewodniczący zespołu nadzorującego.
6. Wykonaj samodzielnie zadanie egzaminacyjne. Przestrzegaj zasad bezpieczeństwa i organizacji pracy.
7. Po zakończeniu wykonania zadania pozostaw arkusz egzaminacyjny z rezultatami oraz **KARTĘ OCENY** na swoim stanowisku lub w miejscu wskazanym przez przewodniczącego zespołu nadzorującego.
8. 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

### Opis przypadku Adama Urbańskiego

Do gabinetu ortoptycznego w Poradni Leczenia Zeza i Niedowidzenia zgłosił się rodzic z 7-letnim chłopcem. Z informacji uzyskanych w wywiadzie wynika, że chłopiec miał wykonaną operację zeza zbieżnego oka lewego siedem miesięcy temu. Rodzic podaje, że dziecko jest pod opieką strabologa od 3 lat.

Przed operacją chłopiec miał zleconą obturację oka prawego. Chłopiec uczęszczał regularnie na ćwiczenia pleoptyczno-ortoptyczne. W chwili obecnej ma obniżoną ostrość wzroku w oku lewym i nieznacznie zezuje tym okiem. Dziecku wykonano badanie wady refrakcji i zalecono korekcję okularową.

Na podstawie opisu przypadku i wyników badań diagnostycznych zamieszczonych w *Karcie badania pacjenta*, ustal pozostałe wyniki uzupełniając *Kartę badania pacjenta*, wpisując w miejsca zaznaczone kropkami i w puste pola brakujące dane. Wypełnij *Kartę planowanego leczenia*, planując proces leczenia zaburzeń stwierdzonych u dziecka w gabinecie ortoptycznym i w domu.

**Czas przeznaczony na wykonanie zadania wynosi 120 minut.**

**Ocenie podlegać będzie 5 rezultatów:**

- Karta badania pacjenta – rozpoznanie i wartości szkieł korekcyjnych,
- Karta badania pacjenta – podstawowe badania ortoptyczne,
- Karta badania pacjenta – badania ortoptyczne kątów zeza, stanu widzenia obuocznego i korespondencji siatkówkowej,
- Karta planowanego leczenia – cele leczenia, zestaw ćwiczeń przeznaczonych do wykonania w gabinecie ortoptycznym,
- Karta planowanego leczenia – zestaw ćwiczeń zleconych do wykonywania w domu.

### Karta badania pacjenta

Imię i nazwisko: Adam Urbański

Wiek pacjenta: 7 lat

**Rozpoznanie** (co najmniej 5 elementów rozpoznania):

.....

.....

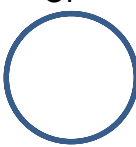
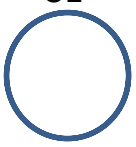
.....

.....

.....

**Wartości szkieł korekcyjnych:**

	SPH	CYL (-)	AX	PD
OP				
OL				

Podstawowe badania ortoptyczne		
Rodzaj badania / metoda	Wynik badania	Rodzaj sprzętu, aparatury i materiałów pomocniczych
1. Badanie ostrości wzroku w korekcji do dali	Visus OP = ..... c.c. Visus OL = 0,8 c.c.	..... ..... ..... .....
2. Badanie ostrości wzroku w korekcji do bliży	Sn OP = ..... c.c. Sn OL = ..... c.c.	..... ..... ..... .....
3. Badanie wady refrakcji metodą obiektywną .....	Sk OP     +4,00 L+4,00 Sk OL     +4,50 L+4,50	..... ..... ..... .....
4. Badanie orientacyjne ruchów oczu metodą jakościową	Zapis wyniku wektorowy i opisowy  <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">OP </div> <div style="text-align: center;">OL </div> </div> Ruchomość gałek ocznych	..... ..... ..... .....

	OP ..... ..... OL ..... .....	
5. Badanie równowagi mięśniowej metodą .....	CT do dali (...) s.c. do bliży (...) s.c.  CT do dali (...) c.c. do bliży (...) c.c.	..... ..... ..... .....
<b>Badanie ortoptyczne kątów zeza, stanu widzenia obuocznego i korespondencji siatkówkowej</b>		
6. Badanie kąta obiektywnego zeza na synoptoforze metodą ..... i z użyciem listew pryzmatycznych metodą ..... w korekcji	Synoptofor: Kąt obiektywny = $+5^{\circ}$ c.c. Listwa pryzmatyczna: Kąt obiektywny do dali = ..... c.c. Kąt obiektywny do bliży = $10\Delta$ BS c.c.	..... ..... ..... ..... ..... .....
7. Badanie kąta subiektywnego zeza na synoptoforze w korekcji	Kąt subiektywny = ..... c.c. jednoczesna percepcja (.....)	..... ..... ..... .....
8. Badanie korespondencji siatkówkowej na synoptoforze metodą ..... w korekcji	Korespondencja siatkówkowa ..... Zapis wyniku słowny lub graficzny	..... ..... ..... .....



### Karta planowanego leczenia

Imię i nazwisko: Adam Urbański

Wiek pacjenta: 7 lat

**Cele leczenia** (co najmniej 4 cele):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

#### Zestaw ćwiczeń przeznaczonych do wykonania w gabinecie ortoptycznym

Lp.	Metoda leczenia/rodzaj ćwiczeń	Rodzaj sprzętu, aparatury, pomocy wzrokowych oraz materiałów pomocniczych
1.	..... .....	muscle trainer
2.	..... .....	lampa z migającym światłem ..... ..... .....
3.	Ćwiczenia w celu rozwinięcia jednoczesnej percepcji i normalizacji korespondencji siatkówkowej	..... synoptofor
4.	..... .....	czerwony filtr .....
5.	..... .....	cheiroskop

Czas trwania ćwiczeń w gabinecie w ciągu dnia: .....

Zalecany termin kontroli: .....

**Zestaw ćwiczeń zleconych do wykonywania w domu**

Lp.	Rodzaj ćwiczeń/aktywności	Czas trwania w ciągu dnia/tygodnia
1.	Ćwiczenia usprawniające motorykę oka (co najmniej 4 ćwiczenia): ..... .....	
2.	Ćwiczenia usprawniające koordynację wzrokowo-ruchową (co najmniej 5 ćwiczeń): ..... .....	
3.	Ćwiczenia utrwalające widzenie obuoczne ..... .....	
4.	Ćwiczenia kontrolowanego ustawienia oczu ..... .....	

*Uwaga. Uzupełnij puste pola oraz miejsca zaznaczone kropkami w Karcie planowanego leczenia.*