

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

Układ graficzny © CKE 2016



Nazwa kwalifikacji: **Wykonywanie dezynfekcji i sterylizacji medycznej**  
Oznaczenie kwalifikacji: **Z.20**  
Numer zadania: **01**

Wypełnia zdający

Miejsce na naklejkę z numerem  
PESEL i z kodem ośrodka

Numer PESEL zdającego\*

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

**Z.20-01-17.06**

Czas trwania egzaminu: **120 minut**

**EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE**  
**Rok 2017**  
**CZĘŚĆ PRAKTYCZNA**

**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. KARTĘ OCENY przekaz zespołowi nadzorującemu.
4. Sprawdź, czy arkusz egzaminacyjny zawiera 9 stron i nie zawiera błędów. Ewentualny brak stron lub inne usterki zgłoś przez podniesienie ręki przewodniczącemu zespołu nadzorującego.
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

Do dekontaminacji w Centralnej Sterylizatorni dostarczono z Bloku Operacyjnego zestawy operacyjne zgodnie z wykazem:

| Lp. | Nazwa zestawów operacyjnych  | Uwagi                                               |
|-----|------------------------------|-----------------------------------------------------|
| 1.  | Zestaw przepuklina           | Należy zapakować w dwie warstwy papieru krepowanego |
| 2.  | Zestaw kostny                | Należy zapakować w kontener                         |
| 3.  | Zestaw do laparotomii        | Należy zapakować w dwie warstwy włókniny            |
| 4.  | Zestaw do migdałków          | Należy zapakować w dwie warstwy papieru krepowanego |
| 5.  | Zestaw do cięcia cesarskiego | Należy zapakować w dwie warstwy włókniny            |
| 6.  | Zestaw pęcherz               | Należy zapakować w dwie warstwy papieru krepowanego |

Na podstawie wydruków procesów z myjni dezynfektorów oraz wyników testów kontroli jakości mycia wypełnij Kartę mycia i dezynfekcji.

Na podstawie wydruku procesu ze sterylizatora oraz wyniku testu kontroli wsadu, wypełnij Kartę sterylizacji.

Przed przerwą weekendową nie wykonano więcej procesów mycia i dezynfekcji oraz sterylizacji.

Następnie wypełnij Protokół przekazania zestawów operacyjnych na Blok Operacyjny, zwolnionych po sterylizacji do użycia.

Zapoznaj się z umieszczoną na stanowisku pisania dokumentacji informacją producenta dotyczącą użycia preparatu Virusolve+ EDS.

Przygotuj 3 litry roztworu roboczego Virusolve+ EDS.

Wypełnij oraz wytnij Etykietę roztworu środka dezynfekcyjnego zamieszczoną w arkuszu egzaminacyjnym. Etykietę połóż obok wanienki z roztworem środka dezynfekcyjnego.

Wykonaj dezynfekcję manualną w czasie 5 minut oraz czyszczenie szczoteczką kleszczyków Pean oraz nożyczek chirurgicznych znajdujących się na stanowisku mycia i dezynfekcji narzędzi.

Wypłukane narzędzia odłóż na tacę narzędziową.

Wysusz papierowymi ręcznikami oraz zdezynfekuj wanienkę dezynfekcyjną środkiem dezynfekcyjnym dostępnym na stanowisku mycia i dezynfekcji.

Przyjmij datę egzaminu do uzupełnienia Protokołu przekazania zestawów operacyjnych na Blok Operacyjny oraz Etykiety roztworu środka dezynfekcyjnego.

Uporządkuj stanowisko pracy.

*Gotowość do przygotowania roztworu roboczego preparatu Virusolve+ EDS oraz wykonania dezynfekcji manualnej kleszczyków Pean i nożyczek chirurgicznych zgłoś Przewodniczącemu ZN przez podniesienie ręki.*

*Przygotuj roztwór roboczy preparatu Virusolve+ EDS oraz wykonaj dezynfekcję i czyszczenie kleszczyków Pean oraz nożyczek chirurgicznych w obecności egzaminatora na stanowisku wskazanym przez Przewodniczącego ZN.*

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

**Ocenie podlegać będą 4 rezultaty:**

- Karta mycia i dezynfekcji
- Karta sterylizacji
- Protokół przekazania zestawów operacyjnych na Blok Operacyjny
- Etykieta roztworu środka dezynfekcyjnego

oraz

przebieg przygotowania roztworu roboczego preparatu Virusolve+ EDS oraz wykonania dezynfekcji i czyszczenia kleszczyków Pean oraz nożyczek chirurgicznych.

### Wydruki z myjni dezynfektorów

| Wydruk z myjni dezynfektora Nr 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Wydruk z myjni dezynfektora Nr 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Myjnia 1<br/>Data: 11-11-11<br/>Numer wsadu: 782<br/>Program 1 – dezynfekcja termiczna<br/>A0 3000<br/>Narzędzia alkaliczny<br/><u>Przebieg faz:</u><br/>Płukanie 23°C 3 min<br/>Mycie wstępne 35°C 10 min<br/>Neutralizacja 55°C 2 min<br/>Spłukiwanie 26°C 2 min</p> <p>Dezynfekcja A0 3000<br/>Dezynfekcja 90°C 5 min<br/>Suszenie 17 min</p> <p>.....</p> <p>Program P1 prawidłowo zakończony<br/>Całkowity czas programu 63 min<br/><b>A0 = 3000 Dezynfekcja OK</b><br/><b>Zatwierdzenie: TAK</b><br/>Podpis: XX</p> | <p>Myjnia 2<br/>Data: 11-11-11<br/>Numer wsadu: 750<br/>Program 1 – dezynfekcja termiczna<br/>A0 6000<br/>Narzędzia alkaliczny<br/><u>Przebieg faz:</u><br/>Płukanie 23°C 3 min<br/>Proces przerwany: przekroczenie czasu spuszczenia wody<br/>.....<br/>Program P1 nieprawidłowo zakończony</p> <p><b>Zatwierdzenie: NIE</b><br/>Podpis: XX</p> |

### Wyniki testów kontroli jakości mycia

| Nr myjni dezynfektora/Nr wsadu/Załadunek                                                                                                                                                           | Wyniki testów kontroli jakości mycia<br>STF Load Check                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Myjnia dezynfektor 1<br/>Wsad: 782<br/>Załadunek:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Zestaw przepuklina</li> <li>– Zestaw kostny</li> <li>– Zestaw do laparotomii</li> </ul>          |  |
| <p>Myjnia dezynfektor 2<br/>Wsad: 750<br/>Załadunek:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Zestaw do migdałków</li> <li>– Zestaw do cięcia cesarskiego</li> <li>– Zestaw pęcherz</li> </ul> |  |

### Instrukcja odczytu wyniku testu STF Load Check



## Wydruk ze sterylizatora oraz wynik testu kontroli wsadu

| Wydruk ze sterylizatora Nr 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Wynik testu kontroli wsadu                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Steryliczator 1<br/>           Numer wsadu: 920<br/>           Data: 11-11-11<br/>           Temperatura 134°C<br/>           Ciśnienie 210,0 kPa<br/>           Suszenie 3 min<br/>           Sterylizacja 4 min<br/> <u>Przebieg cyklu:</u><br/>           Próżnia wstępna<br/>           Próżnia wstępna<br/>           Próżnia wstępna<br/>           Grzanie<br/>           Sterylizacja<br/>           Próżnia końcowa<br/>           Wyrównanie ciśnienia<br/>           .....<br/>           Program zakończony prawidłowo.<br/>           .....<br/>           Podpis pracownika: XX</p> |  |

## Instrukcja odczytu wyników testu STEAMPlus



## Karta mycia i dezynfekcji

| Nazwa zestawu     | Numer myjni<br>dezynfektora/<br>Numer wsadu | Parametry<br>procesu<br>dezynfekcji<br>temp./czas | Wartość A0<br>osiągnięta<br><br>Tak/Nie* | Wynik testu<br>mycia<br>Prawidłowy/<br>Nieprawidłowy* | Zwolnienie<br>wsadu<br><br>Tak/Nie* |
|-------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------|
|                   |                                             |                                                   |                                          |                                                       |                                     |
|                   |                                             |                                                   |                                          |                                                       |                                     |
|                   |                                             |                                                   |                                          |                                                       |                                     |
|                   |                                             |                                                   |                                          |                                                       |                                     |
|                   |                                             |                                                   |                                          |                                                       |                                     |
|                   |                                             |                                                   |                                          |                                                       |                                     |
| Podpis pracownika |                                             | XX                                                |                                          |                                                       |                                     |

\*Wpisz właściwe

### Karta sterylizacji

| Nazwa zestawu     | System bariery sterylnej | Numer sterylizatora/<br>Numer wsadu | Parametry procesu sterylizacji<br>temp./ciś./czas | Wynik testu kontroli wsadu<br>Prawidłowy/<br>Nieprawidłowy* | Zwolnienie wsadu do użycia<br>Tak/Nie* |
|-------------------|--------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
|                   |                          |                                     |                                                   |                                                             |                                        |
|                   |                          |                                     |                                                   |                                                             |                                        |
|                   |                          |                                     |                                                   |                                                             |                                        |
|                   |                          |                                     |                                                   |                                                             |                                        |
|                   |                          |                                     |                                                   |                                                             |                                        |
|                   |                          |                                     |                                                   |                                                             |                                        |
| Podpis pracownika |                          | XX                                  |                                                   |                                                             |                                        |

\*Wpisz właściwe

### Protokół przekazania zestawów operacyjnych na Blok Operacyjny

| Data: |               |                                                 |                                              |
|-------|---------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Lp.   | Nazwa zestawu | Podpis pracownika<br>Centralnej Sterylizatorni* | Podpis pracownika<br>Bloku<br>Operacyjnego** |
|       |               |                                                 |                                              |
|       |               |                                                 |                                              |
|       |               |                                                 |                                              |
|       |               |                                                 |                                              |
|       |               |                                                 |                                              |
|       |               |                                                 |                                              |

\* wpisać XX

\*\*wpisać ZZ

**Etykieta roztworu środka dezynfekcyjnego**  
(do wycięcia z arkusza egzaminacyjnego)

|                                                              |        |
|--------------------------------------------------------------|--------|
| Nazwa środka dezynfekcyjnego                                 |        |
| Stężenie roztworu                                            |        |
| Czas dezynfekcji                                             |        |
| Skład roztworu – ilość wody                                  |        |
| Skład roztworu – ilość koncentratu<br>środka dezynfekcyjnego |        |
| Data przygotowania roztworu<br>(dd-mm-rrrr)                  |        |
| Godzina przygotowania roztworu                               |        |
| Podpis osoby sporządzającej roztwór                          | XXXXXX |