

Nazwa kwalifikacji: **Świadczenie usług medycznych w zakresie ortoptyki**
Oznaczenie kwalifikacji: **MS.10**
Numer zadania: **01**
Wersja arkusza: **SG**

Wypełnia zdający

Numer PESEL zdającego*

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

Miejsce na naklejkę z numerem
PESEL i z kodem ośrodka

Czas trwania egzaminu: **120 minut**

MS.10-01-20.01-SG

EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE

Rok 2020

CZĘŚĆ PRAKTYCZNA

**PODSTAWA PROGRAMOWA
2017**

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 8 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

Do gabinetu ortoptyczno-pleoptycznego zgłosił się ze skierowaniem od lekarza okulisty rodzic z 8-letnią Magdą. Dziewczynka zezuje stale okiem lewym w kierunku nosa i ku górze, a od kilku miesięcy zaczęła mieć trudności podczas zabaw ruchowych. Okulista, od którego otrzymała skierowanie na ćwiczenia, wyznaczył termin zabiegu operacyjnego zeza, a przed zabiegiem zalecił zasłanianie oka, ze stałym noszeniem przepisanej korekcji okularowej.

Uzupełnij *Kartę badania pacjenta*, wpisując brakujące dane w miejsca zaznaczone kropkami oraz wypełnij *Kartę planowanego leczenia*, planując proces leczenia zaburzeń stwierdzonych u dziecka.

Formularze do wypełnienia znajdują się w arkuszu egzaminacyjnym.

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, obuocznego widzenia, korespondencji siatkówkowej i akomodacji,
- Karta planowanego leczenia – cele leczenia oraz zestaw metod i ćwiczeń przeznaczonych do wykonania na stałe i w gabinecie ortoptycznym,
- Karta planowanego leczenia – zestaw ćwiczeń zleconych do wykonywania w domu.

Karta badania pacjenta

Imię i nazwisko: Magdalena Połucka

Wiek: 8 lat

Rozpoznanie (co najmniej 5 elementów składowych rozpoznania):
 niedowidzenie średniego stopnia oka lewego,

.....

.....

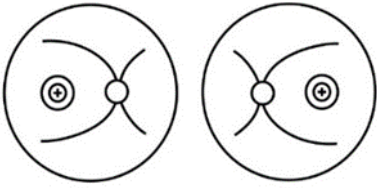
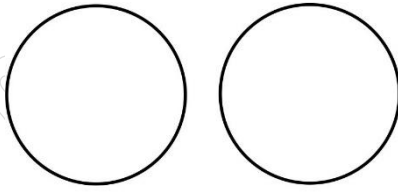
.....

.....

Wartości szkieł korekcyjnych:

	SFERA	CYLINDER (-)	OŚ	PRYZMAT/BAZA	PD
OP					27 mm
OL	+4,00	-2,00	90°		27 mm

Podstawowe badania ortoptyczne			
Lp.	Rodzaj badania, metoda	Wynik badania	Sprzęt, aparatura, materiały pomocnicze zastosowane do badania
1.	Badanie ostrości wzroku w korekcji do dali	Visus OP = c.c. Visus OL = c.c.
2.	Badanie ostrości wzroku w korekcji do bliży	Visus OP = c.c. Visus OL = 0,75 c.c.

<p>3.</p>	<p>Badanie fiksacji siatkówkowej</p>	<p>Zapis wyniku graficzny (stosując znak X) i słowny:</p>  <p>OP</p> <p>OL przydoteczkowa niestała</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>4.</p>	<p>Badanie wady refrakcji metodą obiektywną skiaskopii</p>	<p>Sk OP +1,00</p> <p style="margin-left: 100px;">└ +1,00</p> <p>Sk OL</p> <p style="margin-left: 100px;">└</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>5.</p>	<p>Badanie orientacyjne ruchów oczu metodą jakościową</p> <p>Test Bielschowsky'ego</p>	<p>Zapis wyniku badania wektorowy i opisowy</p>  <p>OP OL</p> <p>Ruchomość gałek ocznych</p> <p>OP</p> <p>.....</p> <p>OL</p> <p>nadczynność.....</p> <p>.....</p> <p>niedoczynność.....</p> <p>.....</p> <p>Ujemny</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

6.	Badanie równowagi mięśniowej metodą	CT do dali (.....) s.c. do bliży (.....) s.c. CT do dali (.....) c.c. do bliży (.....) c.c.
7.	Badanie konwergencji metodą, jakościowo i ilościowo	Konwergencja PBK = 4 cm

Badania ortoptyczne kątów zeza, obuocznego widzenia, korespondencji siatkówkowej i akomodacji

Lp.	Rodzaj badania, metoda	Wynik badania	Sprzęt, aparatura, materiały pomocnicze zastosowane do badania
1.	Badanie kąta obiektywnego zeza na synoptoforze metodą, i z użyciem listw pryzmatycznych metodą, w korekcji	Synoptofor: Kąt obiektywny = +17° L/P 6Δ c.c. PCT dal = B PCT bliż = B
2.	Badanie kąta subiektywnego zeza na synoptoforze w korekcji	Kąt subiektywny C.C
3.	Badanie korespondencji siatkówkowej metodą Cüppersa w korekcji	Korespondencja siatkówkowa
4.	Badanie obuocznego widzenia na synoptoforze w korekcji	Obuoczne widzenie c.c. jednoczesna percepcja (.....) fuzja (.....) zakres w conv. zakres w div. stereopsja (.....) Wielkość/rodzaj obrazków tj. °

Karta planowanego leczenia

Imię i nazwisko: Magdalena Połucka

Wiek pacjenta: 8 lat

Cele leczenia (co najmniej 4 cele):

.....

.....

.....

.....

Zestaw metod i ćwiczeń przeznaczonych do wykonania na stałe i w gabinecie ortoptycznym

Lp.	Metoda leczenia/rodzaj ćwiczeń	Cel	Czas trwania w ciągu dnia, tygodnia	Sprzęt, aparatura, pomoce wzrokowe oraz materiały pomocnicze zastosowane do ćwiczeń
1.				Okulary korekcyjne sfero-cylindryczne
2.				Obturator
3.	Ćwiczenia przy użyciu stymulatora widzenia			
4.		Poprawa lokalizacji, percepcji i koordynacji wzrokowo-ruchowej		

Zestaw ćwiczeń zleconych do wykonania w domu

Lp.	Rodzaj ćwiczeń oraz potrzebne pomoce wzrokowe	Czas trwania ćwiczeń w ciągu dnia, tygodnia
1.	Ćwiczenia do wykonywania podczas obturacji (co najmniej 4):	
2.	Ćwiczenia usprawniające ruchy oczu (co najmniej 3):	
3.	Ćwiczenia usprawniające akomodację (co najmniej 3):	

www.EgzaminZawodowy.info