

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.10-01-20.06-SG

EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE

Rok 2020

CZEŚĆ 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 9 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 ortoptycznego w Poradni Leczenia Zeza i Niedowidzenia zgłosili się rodzice z 7-letnią dziewczynką po operacji zeza rozbieżnego. Leczenie chirurgiczne zastosowano 3 tygodnie temu. Zabieg wykonano w oku prawym. Z informacji uzyskanej od rodziców wynika, że przed operacją dziecko od 3 roku życia zezowało rozbieżnie raz jednym raz drugim okiem. Po operacji rodzice obserwują zbieżne ustawienie obu oczu, zwłaszcza bez okularów, bardziej okiem prawym. Dziewczynka jest po aktualnym badaniu wady refrakcji z zapisaną korekcją okularową.

Na podstawie wyników badań diagnostycznych zamieszczonych w *Karcie badania pacjenta* ustal pozostałe wyniki, uzupełniając *Kartę badania pacjenta* oraz zaplanuj i wypełnij – w *Karcie planowanego leczenia* – proces leczenia zaburzeń u pacjentki.

Formularze do wypełnienia znajdują się w arkuszu egzaminacyjnym.

Czas przeznaczony na wykonanie zadania wynosi 120 minut.

Ocenie podlegać będzie 6 rezultatów:

- Karta badania pacjenta – rozpoznanie,
- Karta badania pacjenta – podstawowe badania ortoptyczne,
- Karta badania pacjenta – badania ortoptyczne kątów zeza, stanu obuocznego widzenia, korespondencji siatkówkowej
- Karta badania pacjenta – badania ortoptyczne amplitudy i sprawności akomodacji oraz współczynnika AC/A,
- Karta planowanego leczenia – cele leczenia, zestaw ćwiczeń do wykonania w gabinecie ortoptycznym,
- Karta planowanego leczenia – zestaw ćwiczeń zleconych do wykonywania w domu.

Karta badania pacjenta

Imię i nazwisko: Martyna Kowalska

Wiek pacjenta: 7 lat

Rozpoznanie :

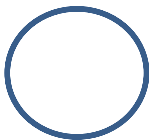
.....
.....
.....
.....
.....

Wartości szkieł korekcyjnych:

	SPH	CYL	AX	PD
OP	+2,50	-0,75	180°	29
OL	+1,75	-0,50	180°	29

Podstawowe badania ortoptyczne		
Rodzaj badania/metoda	Wynik badania	Rodzaj sprzętu, aparatury i materiałów pomocniczych zastosowanych do badania
1. Badanie ostrości wzroku w korekcji do dali	Visus OP = 1,0 c.c. Visus OL = 1,0 c.c.
2. Badanie ostrości wzroku w korekcji do bliży	Lea OP = c.c. Lea OL = c.c.
3. Badanie fiksacji siatkówkowej	OP OL

Badanie ortoptyczne kąta zeza, stanu widzenia obuocznego i korespondencji siatkówkowej

<p>8. Badanie kąta obiektywnego zeza na synoptoforze metodą</p> <p>i z użyciem listew pryzmatycznych metodą w korekcji</p>	<p>Synoptofor:</p> <p>Kąt obiektywny = c.c.</p> <p>Kąt obiektywny do dali = 12 Δ B..... c.c.</p> <p>Kąt obiektywny do bliży = 12 ΔB c.c.</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>9. Badanie kąta subiektywnego zeza na synoptoforze w korekcji</p>	<p>Kąt subiektywny = c.c.</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>10. Badanie korespondencji siatkówkowej metodą w korekcji</p> <p>(zapis wyniku graficzny i słowny)</p>	<p>Zapis wyniku słowny i graficzny</p> <p>Korespondencja siatkówkowa</p> <p>.....</p> 	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>11. Badanie obuocznego widzenia na synoptoforze w korekcji</p>	<p>Obuoczne widzenie c.c.</p> <p>jednoczesna percepcja (...)</p> <p>fuzja (...) zakres:</p> <p>conv. 4°, div. 2°</p> <p>stereopsja (...)</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

12. Badanie obuocznego widzenia testami słabo i silnie dysocjującymi w korekcji do dali i do bliży	zapis wyniku słowny lub graficzny: Test Wortha do dali
	zapis wyniku słowny lub graficzny: Test Wortha do bliży
	zapis wyniku słowny lub graficzny: Test Bagoliniego
	zapis wyniku słowny lub graficzny: Test Schobera
	Test TNO (...) Tabl 120" Test „Mucha” (...) A (...) B (...) C (...) Pierścienie (...)/9 Test Langa (...).....”

Badanie ortoptyczne amplitudy akomodacji, sprawności akomodacji oraz współczynnika AC/A

<p>13. Badanie amplitudy i punktu bliży akomodacji</p>	<p>PBA OP =12 cm AA OP =..... PBA OL =12 cm AA OL =.....</p>	<p>..... </p>
<p>14. Badanie sprawności akomodacji metodą zmiany bodźca do akomodacji z użyciem flippera akomodacyjnego</p>	<p>SA OP = 6 cykli/1 min SAOL= 6cykli1/min</p>	<p>..... </p>
<p>15. Badanie współczynnika AC/A metodą gradientów</p>	<p>$AC/A=6\Delta/D$</p>	<p>..... </p>

Uwaga. Uzupełnij puste pola oraz miejsca zaznaczone kropkami w Karcie badania pacjenta.

Karta planowanego leczenia

Imię i nazwisko: Martyna Kowalska

Wiek pacjenta: 7 lat

Cele leczenia (co najmniej 5):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Zestaw ćwiczeń do wykonania w gabinecie ortoptycznym

Zalecenie, metoda leczenia	Czas trwania w ciągu dnia/tygodnia	Rodzaj sprzętu, aparatury, pomocy wzrokowych oraz materiałów pomocniczych zastosowanych do ćwiczeń

Zestaw ćwiczeń zleconych do wykonywania w domu

Rodzaj ćwiczeń/aktywności	Czas trwania w ciągu dnia/tygodnia

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