



EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE

Rok 2016

ZASADY OCENIANIA

*Arkusz zawiera informacje prawnie chronione
do momentu rozpoczęcia egzaminu*

Nazwa kwalifikacji: **Udzielanie pomocy i organizowanie wsparcia osobie niepełnosprawnej**
Oznaczenie arkusza: **Z.08-01-16.05**
Oznaczenie kwalifikacji: **Z.08**
Numer zadania: **01**

Wypełnia egzaminator

Kod ośrodka

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

 –

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

Kod egzaminatora

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

Data egzaminu

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

Dzień Miesiąc Rok

Godzina rozpoczęcia egzaminu

--	--

 :

--	--

Numer <i>PESEL</i> zdającego*										Numer stanowiska	

* w przypadku braku numeru *PESEL* – seria i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość

		Numer stanowiska						
Elementy podlegające ocenie/kryteria oceny			Egzaminator wpisuje T , jeżeli zdający spełnił kryterium albo N , jeżeli nie spełnił					
Rezultat 1. Rozpoznane problemy oraz potrzeby podopiecznej								
Sfera fizyczna – zapisane (dopuszcza się stosowanie innych sformułowań pod warunkiem ich poprawności merytorycznej):								
1	Rozpoznane problemy: uszkodzenie rdzenia kręgowego, niedowład znacznego stopnia obu kończyn dolnych/niedowład obu kończyn dolnych, nietrzymanie moczu i stolca/używanie pieluchomajtek <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 2 problemy z wymienionych.</i>							
2	Rozpoznane problemy: osłabienie siły mięśniowej/osłabienie/jest bardzo słaba, wychudzenie, nie chce spożywać posiłków, poruszanie się na wózku inwalidzkim, brak możliwości samodzielnego przemieszczania się na wózek/fotel, zagrożenie odleżynami/skala Norton 13 punktów, większość czasu przebywa w łóżku/jest osobą leżącą <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 4 problemy z wymienionych.</i>							
3	Rozpoznane problemy: zaniedbany wygląd, wózkiem może poruszać się tylko po mieszkaniu/brak możliwości wyjścia z domu, niepełnosprawność w stopniu znacznym/całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji, nie wykonuje samodzielnie czynności samoobsługowych/nie wykonuje sama czynności higienicznych i nie ubiera się sama <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 3 problemy z wymienionych.</i>							
4	Rozpoznane potrzeby: ruchu/aktywności fizycznej, samodzielności, wykonywania ćwiczeń rehabilitacyjnych/usprawniania, odżywiania/przyjmowania posiłków <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 2 potrzeby z wymienionych.</i>							
5	Rozpoznane potrzeby: czystości/higieny, wydalania/zmiany pieluchomajtek, pomocy w czynnościach dnia codziennego, zapobiegania odleżynom, utrzymania czystości okolicy krocza, pośladków <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 2 potrzeby z wymienionych.</i>							
6	Rozpoznane potrzeby: bezpieczeństwa fizycznego/stałej opieki, zakupu wózka inwalidzkiego, pomocy w przemieszczaniu z łóżka na wózek/fotel, zdrowia, opieki neurologa/psychologa <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 2 potrzeby z wymienionych.</i>							

		Numer stanowiska						
Sfera psychiczna i społeczna – zapisane (dopuszcza się stosowanie innych sformułowań pod warunkiem ich poprawności merytorycznej):								
7	Rozpoznane problemy: obniżony nastrój, smutek, apatia, niepokój, bezradność, bezczynność <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 2 problemy z wymienionych.</i>							
8	Rozpoznane problemy: poczucie wyalienowania/odizolowania, tęsknota za kontaktami z sąsiadami i znajomymi/brak kontaktów z ludźmi, tęsknota za uczestnictwem w koncertach muzycznych, tęsknota za spotkaniami we wspólnocie religijnej, uczęszczaniem do kościoła <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 3 problemy z wymienionych.</i>							
9	Rozpoznane potrzeby: aktywności społecznej/kontaktów społecznych/kontaktów z sąsiadami, znajomymi, kontaktów towarzyskich/przyjmowania gości, przyjaźni, akceptacji, wsparcia, bezpieczeństwa psychicznego, afiliacji, przynależności <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 3 potrzeby z wymienionych.</i>							
10	Rozpoznane potrzeby: rozwijania zainteresowań, samorealizacji, przeżyć estetycznych/estetyczne, kontaktu z muzyką/ uczestniczenia w koncertach muzycznych, uczęszczania do kościoła/spotkań we wspólnocie religijnej/współodczuwania wiary/ religijne <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 2 potrzeby z wymienionych.</i>							

Numer
stanowiska

Rezultat 2. Wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych dla osób niepełnosprawnych

Zapisane:

1	w pozycji 1. Dane osobowe Wnioskodawcy: Imię i nazwisko: Iwona Kowalska , Data i miejsce urodzenia: 30.03.1982 r. Szczecin Adres zamieszkania: Al. Niepodległości 146 m. 167, 84-360 Łeba , Telefon kontaktowy: 59 123 45 67 , Numer PESEL: 82033007729 ; Seria i numer dowodu osobistego: ABA 651599						
2	w pozycji 2. Przedmiot dofinansowania oraz przewidywany koszt: wózek inwalidzki ręczny, 2200 zł						
3	w pozycji 3. Posiadane orzeczenie – wstawiony [X] w polu: znaczny stopień niepełnosprawności <i>Uwaga. Kryterium należy uznać za spełnione wyłącznie, jeżeli zostanie zaznaczone jedno, wskazane pole (nie zostanie zaznaczone też inne pole lub pola).</i>						
4	w pozycji 4. Orzeczenie wydane – wstawiony [X] w polu: na stałe (nie jest zaznaczone pole: okresowo do...)						
5	w pozycji 5. Dochód osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym – Dane dotyczące Wnioskodawcy: Iwona Kowalska, 30.03.1982 r., 755,00 zł						
6	w pozycji 5. Dochód osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym – Dane osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą: Jan Kowalski, mąż, 24.09.1980 r., 1 825,00 zł						
7	w pozycji 5. Dochód osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym – Dane osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą: Mateusz Kowalski, syn, 15.07.2007 r. nie wpisana kwota dochodu miesięcznego						
8	w pozycji 6. Oświadczenie Wnioskodawcy o dochodach – przeciętny miesięczny łączny dochód rodziny obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi 2 580,00 zł Oświadczenie Wnioskodawcy o dochodach – przeciętny miesięczny łączny dochód rodzinny podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi 860,00 zł						
9	w pozycji 7 Forma przekazania dofinansowania – wstawiony [X] w polu: Wyrażam zgodę na przelew dofinansowania na konto osobiste , Numer konta bankowego: 12 1234 1234 5678 5678 0000 0000 (nie jest zaznaczone pole Wyrażam zgodę na wypłatę dofinansowania w kasie)						
10	Data wypełnienia wniosku zgodna z datą egzaminu. Brak podpisu/parafki zdającego w miejscu: podpis wnioskodawcy						

Numer
stanowiska

Przebieg 1. Przesadzanie podopiecznej z łóżka na wózek inwalidzki

Zdający

1	poinformował podopieczną o zamierzonym przesadzaniu podopiecznej z łóżka na wózek/zapytał podopieczną o zgodę						
2	ustawił wózek inwalidzki po stronie, po której będzie wykonywał czynności blisko łóżka/równoległe do bocznej krawędzi łóżka						
3	zablokował koła wózka, podniósł płyty podnóżków/przekręcił całe podnóżki na zewnątrz wózka						
4	posadził podopieczną na krawędzi łóżka						
5	założył podopiecznej szlafrok, skarpetki i kapcie <i>Kryterium również należy uznać za spełnione, jeżeli zdający założył szlafrok i skarpetki, gdy podopieczna leżała w łóżku</i>						
6	zablokował/stabilizował kolana podopiecznej swoimi kolanami, założył ręce podopiecznej na swoje barki lub zamarkował ruch założenia rąk podopiecznej na swoje barki. Chwytając podopieczną pod jej rękami z tyłu w pasie/za pasek dokonał pionizacji <i>Kryterium również należy uznać za spełnione, jeżeli zdający podczas pionizacji wykorzysta inną technikę, tak aby czynność została wykonana bezpiecznie i zgodnie z zasadami ergonomii.</i>						
7	ruchem półobrotowym przemieścił podopieczną w stronę wózka inwalidzkiego. Powoli posadził podopieczną na siedzisku wózka. W czasie przesadzania nie trzymał podopiecznej za szyję						
8	zapewnił podopiecznej stabilne oparcie pleców, ustawił stopy podopiecznej na podnóżkach wózka						
9	przedramiona ułożył na podłokietnikach wózka/zamarkował ruch ułożenia przedramion na podłokietnikach wózka. W czasie przesadzania dbał o bezpieczeństwo podopiecznej						
10	pracował w jednorazowych rękawiczkach ochronnych. Higienicznie umył ręce przed i po zabiegu						

Egzaminator

imię i nazwisko

.....

data i czytelny podpis