

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

Układ graficzny © CKE 2018



Nazwa kwalifikacji: **Świadczenie usług w zakresie masażu**
Oznaczenie kwalifikacji: **Z.01**
Numer zadania: **02**

Wypełnia zdający

Numer PESEL zdającego*

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

Miejsce na naklejkę z numerem
PESEL i z kodem ośrodka

Z.01-02-18.06

Czas trwania egzaminu: **120 minut**

EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE
Rok 2018
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 5 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

Przeprowadź na potrzeby egzaminu orientacyjną ocenę ruchomości stawu skokowego kończyny dolnej prawej. Wykonaj zgodnie ze *Skierowaniem na zabiegi masażu* zamieszczonym w arkuszu masaż, który będzie obejmował:

- I fazę masażu centryfugalnego stawu skokowego,
- masaż klasyczny mięśni strony przedniej i bocznej podudzia.

Wykorzystaj informacje zawarte w *Wywiadzie chorobowym*.

Wypełnij dokumentację obejmującą *Kartę zabiegów pacjenta* i druk *Informacje dodatkowe*.

Po zapoznaniu się z treścią zadania zgłoś przewodniczącemu ZN przez podniesienie ręki gotowość do przygotowania stanowiska do zleconego masażu, a następnie kieruj się poleceniami wydawanymi przez przewodniczącego ZN.

W szczególności zwróć uwagę na to, że w trakcie wykonywania zadania na stanowisku należy zgłosić przez podniesienie ręki:

- zakończenie czynności związanych z przygotowaniem stanowiska do masażu,
- zakończenie czynności związanych z przygotowaniem pacjenta do masażu po przeprowadzeniu orientacyjnej oceny ruchomości stawu skokowego,
- zakończenie wykonania zabiegu masażu,
- zakończenie czynności związanych z uporządkowaniem stanowiska po wykonaniu masażu.

Ocenę i masaż wykonaj w czasie nie dłuższym niż 20 minut lub do momentu, gdy usłyszysz od egzaminatora komunikat „dziękuję”, oznaczający konieczność zaprzestania wykonywania dalszych czynności związanych z masażem. W przypadku braku komunikatu od egzaminatora zakończ masaż, gdy uznasz, że wykonałeś zadanie. Po przekroczeniu czasu (20 minut) przewodniczący ZN przerwie Ci wykonywanie masażu słowami „czas minął”.

Każdy z chwytów zastosowanych technik masażu powtórz 2 razy.

Zadanie wykonaj zgodnie z zasadami i procedurami uwzględniającymi przepisy BHP i ergonomię pracy.

Uwaga: Komunikując się z osobą pełniącą rolę Twojego pacjenta, przekazuj tylko komendy niezbędne do realizacji zadania. Rób to w taki sposób, aby nie przeszkadzać innym zdającym.

Wszystkie potrzebne do wypełnienia formularze znajdują się w arkuszu.

Po zakończeniu egzaminu arkusz pozostaw na indywidualnym stanowisku egzaminacyjnym, na stoliku.

Skierowanie na zabiegi masażu

Imię i nazwisko: *Daniel Dąbrowski*

Wiek: *48 lat*

Adres zamieszkania: *11-042 Jonkowo, ul. Królowej Jadwigi 50/1*

Rozpoznanie: *przeciążenie prawego stawu skokowego*

Cele zabiegu: *działanie przeciwbólowe, poprawiające trofikę i rozluźniające mięśnie*

Rodzaj zabiegu: *masaż stawowy centryfugalny oraz masaż klasyczny*

Okolica ciała: *staw skokowy prawy oraz mięśnie strony przedniej i bocznej podudzia prawego*

Liczba zabiegów: *10*

Alina Kuc
lekarz rehabilitacji
ul. Jasna 12
15-019 Białystok
Alina Kuc
pieczętka i podpis lekarza

Wywiad chorobowy

- 48-letni pacjent biegający amatorsko, podczas przygotowania do startu w półmaratonie doznał przeciążenia prawego stawu skokowego,
- po treningu wystąpił silny ból uniemożliwiający lokomocję, powstał obrzęk i stan zapalny,
- zastosowano czasowe odciążenie stawu, farmakoterapię NLPZ oraz terapię przeciwobrzękową,
- po 4 tygodniach leczenia pacjent skarży się na utrzymujący się ból w stawie,
- obecnie nie stwierdza się stanu zapalnego i obrzęku,
- w dniu zabiegu pacjent czuje się dobrze, nie ma chorób towarzyszących.

Czas przeznaczony na wykonanie zadania wynosi 120 minut.

Ocenie podlegać będzie 5 rezultatów:

- stanowisko przygotowane do wykonania zleconego masażu,
- pacjent przygotowany do wykonania masażu po przeprowadzeniu orientacyjnej oceny ruchomości stawu skokowego,
- stanowisko po wykonanym masażu,
- karta zabiegów pacjenta,
- informacje dodatkowe

oraz

przebieg wykonania orientacyjnej oceny ruchomości prawego stawu skokowego, wykonania I fazy masażu centryfugalnego prawego stawu skokowego oraz masażu klasycznego mięśni strony przedniej i bocznej podudzia prawego.

Data założenia karty

Karta zabiegów pacjenta

Imię i nazwisko:

Wiek:.....

Rozpoznanie:

Cele zabiegu:

Lp.	Rodzaj zabiegu	Obszar zabiegu	Data	Podpis XX YY

Kości tworzące staw skokowy (górny i dolny):

.....

.....

.....

Więzadła stabilizujące staw skokowy (górny i dolny):

.....

.....

.....

Mięśnie strony przedniej i bocznej podudzia:

.....

.....

.....

Informacje dodatkowe

Przeciwwskazania lokalne do zastosowania masażu stawowego centryfugalnego:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Zalecenia dla pacjenta dotyczące przeprowadzania treningów, zapobiegające powstawaniu przeciążeń:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ogólne cele realizowane w masażu centryfugalnym:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....