Arkusz zawiera informacje prawnie chronione do momentu rozpoczęcia egzaminu

Układ graficzny © CKE 2015

CENTRALNA KOMISJA EGZAMINACYJNA

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

Wypełnia zdający

Numer PESEL zdającego*

Miejsce na naklejkę z numerem PESEL i z kodem ośrodka

Z.08-01-15.05
Czas trwania egzaminu: **120 minut**

EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE
Rok 2015
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*,
   - symbol cyfrowy zawodu,
   - oznaczenie kwalifikacji,
   - numer zadania,
   - numer stanowiska.
3. KARTĘ OCENY przekaż zespołowi nadzorującemu część praktyczną egzaminu.
4. Sprawdź, czy arkusz egzaminacyjny zawiera 7 stron i nie zawiera błędów. Ewentualny brak stron lub inne usterki zgłoś przez podniesienie ręki przewodniczącemu zespołu nadzorującego część praktyczną egzaminu (ZNCP).
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 ZNCP.
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 ZNCP.
9. Po zakończeniu wykonania zadania pozostaw rezultaty oraz arkusz egzaminacyjny na swoim stanowisku lub w miejscu wskazanym przez przewodniczącego ZNCP.
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 tożsamości*

Zadanie egzaminacyjne

Na postawie informacji zawartych w opisie sytuacji podopiecznej sporządź Plan opieki nad podopieczną oraz wypełnij Wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.

Niezbędne formularze zamieszczone są w arkuszu egzaminacyjnym.

Wykonaj zmianę prześcieradła, podkładu płóciennego i poszewki na poduszkę.

Wcześniej, przez podniesienie ręki, zasygnalizuj gotowość do wykonania częściowej zmiany bielizny pościelowej. Wykonaj ją po uzyskaniu zgody Przewodniczącego ZNCP. Zadanie praktyczne wykonaj wykorzystując sprzęt, materiały i środki udostępnione na stanowisku egzaminacyjnym i w magazynie. Podczas pracy przestrzegaj zasad i procedur wykonywania czynności oraz przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy. Po ukończeniu zabiegu uporządkuj stanowisko pracy.

Arkusz egzaminacyjny pozostaw na stoliku.

Opis sytuacji podopiecznej

56-letnia bezdzietna wdowa, była księgowa, rencistka z powodu przebytej choroby nowotworowej. Choruje na nadciśnienie, osteoporozę i cukrzycę typu 2. Nie przestrzega zalecanej diety; często spożywa słodycze, nie zawsze przyjmuje leki. Glukometrem potrafi kontrolować poziom cukru we krwi. Mieszka sama w mieszkaniu dwupokojowym bez progów, w bloku na czwartym piętrze z windą, z podjazdem dla wózków. Do chwili wypadku komunikacyjnego, któremu uległa 4 tygodnie temu, była pogodna, udzielała się społecznie. W szpitalu odwiedzała ją sporadycznie sąsiadka. Bardzo lubi czytać i słuchać muzyki poważnej. Obecnie przebywa w domu. Wymaga pomocy w wykonywaniu czynności higienicznych, samoobsługowych i prowadzeniu gospodarstwa domowego.

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny 08.06.2015 r.
Oddział Chirurgii Urazowej i Ortopedycznej

Karta informacyjna (fragment)

Imię i nazwisko: Barbara Kowalska
Seria i nr dowodu osobistego: APP 873291 Pesel: 59032502629
Data i miejsce urodzenia: 25.03.1959 r. Grodzisk Mazowiecki
Adres zamieszkania: 05-825 Grodzisk Mazowiecki, ul. Kopernika 8/36
Pobyt na oddziale: od 18.05.2015 r. do 08.06.2015 r.

Pacjentka przeszła operacyjne zespolenie złamanych kręgów lędźwiowych po wypadku komunikacyjnym. Po zabiegu operacyjnym wystąpiły problemy w utrzymaniu moczu (korzysta z pieluchomajtek) oraz częściowy niedowład kończyn dolnych. Doszło do zakażenia rany pooperacyjnej – wyleczono. Kręgosłup unieruchomiono przy pomocy gorsetu ortopedycznego. Dwa lata temu pacjentka zakończyła chemioterapię z powodu raka piersi. Jest osłabiona, leżąca, mało aktywna fizycznie, niechętnie samodzielnie zmienia pozycję i siada w łóżku. W skali Norton uzyskała 13 punktów. Z pomocą drugiej osoby przemieszcza się na wózek, fotel. W trakcie leczenia szpitalnego zaobserwowano stan głębokiego obniżenia nastroju. Pacjentka nauczona jest obsługi gorsetu ortopedycznego.

Diagnoza medyczna:
złamanie kręgosłupa lędźwiowego na poziomie L2 i L3, wtórny częściowy niedowład kończyn dolnych, wtórne zaburzenie czynności zwieraczy cewki moczowej, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca typu 2, depresja, osteoporoza.

Zalecenia poszpitalne:
- noszenie gorsetu ortopedycznego przez 8 tygodni; przerwa w godzinach nocnych
- kontrola w Poradni Ortopedycznej (przyszpitalnej) – termin wizyty: 06.07.2015 r.
- leczenie w Poradni Zdrowia Psychicznego
- regularne przyjmowanie dotychczasowych leków na nadciśnienie i cukrzycę;
- okresowa kontrola u lekarza POZ
- wydano skierowanie na wózek inwalidzki
- wydano zaświadczenie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności
- rehabilitacja układu ruchu po 6 tygodniach – wydano skierowanie do Poradni Rehabilitacyjnej

Czas przeznaczony na wykonanie zadania wynosi 120 minut.

Ocenie podlegać będą 3 rezultaty:
- Plan opieki nad podopieczną – rozpoznane problemy podopiecznej,
- Plan opieki nad podopieczną – adekwatne do problemów działania opiekuńczo-wspierające,
- Wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

oraz

przebieg zmiany prześcieradła, podkładu płóciennego i poszewki na poduszkę podopiecznej leżącej w łóżku.

Plan opieki nad podopieczną

Rozpoznane problemy podopiecznej	Działania opiekuńczo-wspierające adekwatne do problemu

Wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności
(fragmenty)

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia ……..... Miejsce urodzenia ……..

PESEL …./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./

Seria i nr dowodu osobistego ..../..../..../..../..../..../..../..../..../

Adres zameldowania .....

Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów:*

☐ szkolenia,

☐ zatrudnienia,

☐ korzystania z rehabilitacji,

☐ konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,

☐ korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji,

☐ korzystanie z ulg i uprawnień na podstawie art. 8 ust. 1 – Prawa o ruchu drogowym ze względu na ograniczenia sprawności ruchowej,

☐ uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego,

☐ uzyskania prawa do zamieszkania w oddzielnym pokoju (dotyczy osób niepełnosprawnych poruszających się na wózkach inwalidzkich oraz osób, których niepełnosprawność wymaga zamieszkiwania w oddzielnym pokoju).

**** właściwe zaznaczyć X***

Uzasadnienie wniosku:

1. sytuacja społeczna: stan cywilny ....., stan rodzinny……...……

2. zdolność do samodzielnego funkcjonowania:
   - wykonywanie czynności samoobsługowych: samodzielnie / z pomocą*
   - prowadzenie gospodarstwa domowego: samodzielnie / z pomocą*
   - poruszanie się w środowisku: samodzielnie / z pomocą*

3. sytuacja zawodowa:

zawód ..... obecne zatrudnienie …….……..

Oświadczenia:*

1. Pobieram / nie pobieram* świadczenie z ubezpieczenia społecznego: renta / emerytura,*

2. Mogę / nie mogę* samodzielnie przybyć na posiedzenie składu orzekającego.

3. W razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza nie będącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, jestem świadomy wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.

OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE WE WNIOSKU SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM I JESTEM ŚWIADOMY/A ODPOWIDZIALNOŚCI ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY.

W załączeniu do wniosku przedkładam:

1. Zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza leczącego w ciągu miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku.
2. Posiadaną dokumentację medyczną.

……..…….

podpis osoby zainteresowanej
lub jej przedstawiciela ustawowego

Dotyczy wniosków składanych za pośrednictwem Instytucji Pomocy Społecznej

Oświadczam, że wyrażam zgodę na złożenie wniosku w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności przez

.....

.....

stwierdzenie własnoręcznego podpisu podpis osoby zainteresowanej
przez pracownika socjalnego lub jej przedstawiciela ustawowego

* ***właściwe podkreślić***