



EGZAMIN ZAWODOWY Rok 2025 ZASADY OCENIANIA

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

Nazwa kwalifikacji: **Udzielanie pomocy i organizacja wsparcia osobie niepełnosprawnej**
Oznaczenie arkusza: **SPO.01-02-25.01-SG**
Symbol kwalifikacji: **SPO.01**
Numer zadania: **02**
Wersja arkusza: **SG**

**PODSTAWA PROGRAMOWA
2019**

Wypełnia egzaminator

Kod ośrodka

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

 –

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

Kod egzaminatora

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

Data egzaminu

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

Dzień Miesiąc Rok

Godzina rozpoczęcia egzaminu

--	--

 :

--	--

Numer PESEL zdającego*										Numer stanowiska	

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

Egzaminatorze!

- Oceniaj prace zdających rzetelnie i z zaangażowaniem. Dokumentuj wyniki oceny.
- Stosuj przyjęte zasady oceniania w sposób obiektywny.
- Jeżeli zdający, wykonując zadanie egzaminacyjne, uzyskuje inne rezultaty albo pożądane rezultaty uzyskuje w inny sposób niż uwzględniony w zasadach oceniania lub przedstawia nietypowe rozwiązanie, ale zgodnie ze sztuką w zawodzie, to nadal oceniaj zgodnie z kryteriami zawartymi w zasadach oceniania. Informacje o tym, że zasady oceniania nie przewidują zaistniałej sytuacji, prześlij niezwłocznie w formie pisemnej notatki do Przewodniczącego Zespołu Egzaminacyjnego z prośbą o przekazanie jej do Okręgowej Komisji Egzaminacyjnej. Notatka może być sporządzona odręcznie w trybie roboczym.
- Informuj przewodniczącego zespołu nadzorującego o wszystkich nieprawidłowościach zaistniałych w trakcie egzaminu, w tym w szczególności o naruszeniach przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy i o podejrzeniach niesamodzielności w wykonaniu zadania przez zdającego.

Numer
stanowiska

Egzaminator wpisuje **T**,
jeżeli zdający spełnił
kryterium albo **N**, jeżeli
nie spełnił

Elementy podlegające ocenie/kryteria oceny

Rezultat 1: Wykaz problemów i potrzeb osoby podopiecznej

Problemy osoby podopiecznej - zapisane (niekoniecznie w identycznym brzmieniu, pod warunkiem poprawności merytorycznej):

1	paraplegia/niedowład spastyczny kończyn dolnych/napięcia spastyczne kończyn dolnych, przewlekła obturacyjna choroba płuc/POCHP, umiarkowany stopień niepełnosprawności, dolegliwości bólowe/przyjmuje silne leki przeciwbólowe, stan po usunięciu torbieli/ganglionu nadgarstka, podwyższony poziom cholesterolu/hipercholesterolemia, czyrak/czyrak na przedramieniu prawym <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 4 problemy</i>						
2	porusza się wyłącznie na wózku inwalidzkim, nie kontroluje oddawania moczu/ma założony cewnik do pęcherza moczowego/cewnik urologiczny, palenie papierosów						
3	rzadko chodzi do lekarza/korzysta z konsultacji lekarskich tylko 2 razy w roku, nie odżywia się regularnie, nie przestrzega zalecanej diety/dietę z ograniczeniem tłuszczów/nie potrafi samodzielnie dobrać produktów spożywczych/przygotować posiłków zalecanych w diecie z ograniczeniem tłuszczów, niesystematycznie/niechętnie wykonuje inhalacje, nie przestrzega godzin przyjmowania leków <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 3 problemy</i>						
4	ma trudności z samodzielnym wykonywaniem czynności codziennych/samoobsługowych/wymaga pomocy podczas kąpieli/kąpieli w wannie/ubierania dolnych części garderoby/obuwia, niemożność samodzielnego przemieszczania/przesiadania się z łóżka na wózek/z wózka na łóżko						
5	mieszka na drugim piętrze/w budynku bez windy/budynek niedostosowany do potrzeb osoby z niepełnosprawnością/bariery architektoniczne/brak platformy przyschodowej, łazienka/mieszkanie nie jest dostosowane do potrzeb osoby z niepełnosprawnością/brak uchwytów/poręczy w łazience/drzwi do WC/toalety zbyt wąskie/próg w drzwiach balkonowych/w przejściu na balkon, brak środków finansowych na dostosowanie mieszkania do potrzeb osoby z niepełnosprawnością ruchową <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 2 problemy</i>						
6	nie wychodzi z domu, wymaga transportu sanitarnego/zniesienia z domu/wniesienia do domu, wymaga pomocy w realizacji ćwiczeń ruchowych/oddechowych/usprawniających/rehabilitacji, samotność//brak kontaktów z rodziną/okazjonalne kontakty ze znajomymi <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 3 problemy</i>						

Numer
stanowiska

Potrzeby osoby podopiecznej - zapisane (niekoniecznie w identycznym brzmieniu, pod warunkiem poprawności merytorycznej):

7	zdrowia/poprawy zdrowia/leczenia/kontroli stanu zdrowia/konsultacji lekarskich, opieki, zniesienia bólu, przyjmowania leków zgodnie ze zleceniem lekarza/przestrzegania godzin/pory dnia przyjmowania leków, zakładania okładów ciepłych/rozgrzewających na czyrak, wykonywania inhalacji <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 4 potrzeby</i>						
8	aktywności/aktywności ruchowej/ruchu/sprawności ruchowej/rehabilitacji, rehabilitacji oddechowej, bezpieczeństwa, pomocy w zakresie wykonywania czynności higienicznych/higieny/utrzymania ciała w czystości/mycia się/higieny krocza, ubierania się/zmiany dolnych części garderoby/obuwia, pomocy w przesadzaniu na wózek inwalidzki/fotel/na krzesło sanitarne, czystości otoczenia <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 4 potrzeby</i>						
9	prawidłowego/regularnego odżywiania/stosowania diety z obniżonym poziomem tłuszczów/diety obniżającej poziom cholesterolu, wyeliminowania/ograniczenia palenia papierosów/nałogu palenia						
10	wychodzenia z domu, kontaktów społecznych/z kolegami/znajomymi/rodziną, dostosowania mieszkania do swoich potrzeb/likwidacji barier architektonicznych/pomocy w złożeniu wniosku o dofinansowanie do likwidacji barier architektonicznych ze środków PFRON, poprawienia warunków finansowych/pomocy finansowej, pomocy w załatwianiu spraw urzędowych <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 2 potrzeby</i>						

Numer
stanowiska

Rezultat 2: Wykaz działań asystenta adekwatnych do problemów osoby podopiecznej

Zapisać (niekoniecznie w identycznym brzmieniu, pod warunkiem poprawności merytorycznej):

1	pomoc w dotarciu do lekarzy specjalistów/organizacja transportu, pomoc w wykonywaniu ćwiczeń rehabilitacyjnych/ruchowych						
2	uświadczenie skutków nadużywania leków przeciwbólowych/zachęcanie do ograniczenia stosowania leków przeciwbólowych/umówienie teleporady/umówienie wizyty w poradni leczenia bólu						
3	przypominanie o skutkach palenia papierosów/nadużywania tytoniu/zachęcanie do rzucenia nałogu/do ograniczenia palenia papierosów/do podjęcia leczenia odwykowego/pomoc w podjęciu leczenia odwykowego od palenia papierosów						
4	edukacja/motywacja w zakresie prawidłowego odżywiania/odżywiania zgodnie z zalecaną dietą/mobilizowanie do przestrzegania diety/z obniżonym poziomem tłuszczów/dietety ubogocholesterolowej/prowadzenie treningów kulinarnych/pomoc w doborze produktów spożywczych						
5	pomoc w wykonywaniu czynności higienicznych/samoobsługowych/myciu/kąpieli/ubieraniu się/zakładaniu dolnych partii odzieży/obuwia, pomoc w przesadzaniu z łóżka na wózek/z wózka na łóżko						
6	pomoc w nawiązaniu kontaktów społecznych/z kolegami/znajomymi/z grupą wsparcia osób z paraplegią/z osobami niepełnosprawnością ruchową/z wolontariuszami						
7	pomoc w złożeniu wniosku o dofinansowanie do likwidacji barier architektonicznych ze środków PFRON/w dostosowaniu mieszkania do potrzeb osoby z niepełnosprawnością lub wymienione co najmniej 3 działania typu: pomoc w likwidacji progów, poszerzeniu wejścia do WC, zamontowaniu poręczy, zamontowaniu uchwytów w łazience, pomoc w zakupie kabiny prysznicowej, pomoc w znalezieniu ekipy budowlanej do wykonania prac remontowych						
8	przekazanie informacji o sytuacji bytowej i mieszkaniowej do służb pomocy społecznej/pomoc w kontakcie ze służbami pomocy społecznej, pomoc w uzyskaniu zgody spółdzielni mieszkaniowej na montaż platformy przychodowej/pomoc w złożeniu wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON zakupu i montażu platformy przyschodowej <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane jest co najmniej 1 działanie</i>						
9	monitorowanie wykonywania gimnastyki oddechowej, kontrolowanie wykonywania inhalacji/inhalacji z NaCl 0,9% <i>Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane jest co najmniej 1 działanie</i>						

Numer
stanowiska

Przebieg 1: Założenie osobie podopiecznej leżącej w łóżku okładu ciepłego (rozgrzewającego) na czyrak znajdujący się na okolicy przedniej przedramienia prawego

Zdający na założenie okładu ciepłego (rozgrzewającego) na czyrak osobie podopiecznej leżącej w łóżku ma przeznaczone 30 minut. Po przekroczeniu 35 minut przewodniczący ZN skieruje do zdającego komunikat „czas minął”, oznaczający zakończenie procesu oceny

Zdający kolejno:

1	poinformował osobę podopieczną o zamiarze wykonania okładu ciepłego/rozgrzewającego i zapytał o zgodę na wykonanie czynności <i>Na potrzeby egzaminu kryterium należy uznać za spełnione również, jeżeli zdający poinformuje i zapyta osobę podopieczną o zgodę po umyciu/zdezynfekowaniu rąk</i>						
2	umył higienicznie/zdezynfekował ręce, założył rękawiczki jednorazowe						
3	podłożył ręcznik/podkład jednorazowy pod prawe przedramię osoby podopiecznej						
4	posmarował wazeliną skórę osoby podopiecznej w miejscu oznaczonym CZYRAK						
5	zmoczył gazik/gaziki w wodzie, odcisnął nadmiar wody, skropił gazik/gaziki wyłącznie 70% alkoholem etylowym						
6	nałożył warstwy okładu w kolejności od skóry: warstwa mokra, ceratka/folia, warstwa sucha tak, by każda następna warstwa była większa od poprzedniej						
7	zamocował warstwy okładu bandażem w sposób uniemożliwiający przesuwanie się okładu, zabezpieczył końcówkę bandaża zapinką/przylepcem/zawiązał kocówki bandaża						
8	poinformował osobę podopieczną o konieczności pozostawienia okładu na 6-8 godzin/zmianie okładu po 6-8 godzinach <i>Kryterium należy uznać za spełnione również, jeżeli zdający wcześniej, w dowolnym momencie przekaze tę informację osobie podopiecznej</i>						
9	nie zamoczył bielizny pościelowej i osobistej osoby podopiecznej						
10	użyte rękawiczki wyrzucił do kosza/pojemnika z napisem "Odpady zmieszane", zdezynfekował ręce						

Egzaminator

imię i nazwisko

.....

data i czytelny podpis