

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

Układ graficzny © CKE 2018



Nazwa kwalifikacji: **Prowadzenie działalności profilaktyczno-leczniczej pod nadzorem i na zlecenie lekarza dentysty oraz utrzymanie gabinetu w gotowości do pracy i prowadzenie promocji zdrowia**

Oznaczenie kwalifikacji: **Z.14**

Numer zadania: **02**

Wypełnia zdający

Miejsce na naklejkę z numerem
PESEL i z kodem ośrodka

Numer PESEL zdającego*

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

Z.14-02-19.01

Czas trwania egzaminu: **150 minut**

EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE

Rok 2019

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

Wykorzystując informacje z *Karty stomatologicznej* oraz *Zleceń lekarza dentysty* przygotuj stanowisko pracy higienistki stomatologicznej oraz oczyść profesjonalnie zęby, zaaplikuj płynny koferdam oraz przeprowadź zabieg fluoryzacji metodą okładów na łyżkach na modelu z pełnym uzębieniem stałym.

Wanienki ze środkami dezynfekcyjnymi są przygotowane na stanowisku pracy.

Zamiast dmuchawki wodno-powietrznej użyj strzykawek z napisem WODA i POWIETRZE.

UWAGA - *Gotowość do profesjonalnego oczyszczania zębów, założenia koferdamu oraz przeprowadzenia zabiegu fluoryzacji zgłoś przez podniesienie ręki. Przystąp do wykonania wyżej wymienionych czynności oraz zabiegu po uzyskaniu zgody PZN i w obecności egzaminatora.*

Ustal i zaznacz X w przygotowanym druku *Przeciwwskazania do zabiegu wybielania*.

Wykonanie zabiegu udokumentuj wpisem w zamieszczonym formularzu *Karta stomatologiczna*, uwzględniając również wpis dotyczący wybielania.

Podpisuj się swoim numerem PESEL. Za datę zabiegu przyjmij datę egzaminu.

Ustal i zapisz na zamieszczonych formularzach *Zalecenia po zabiegu wybielania* i *Zalecenia po fluoryzacji* dla pacjentki.

Uporządkuj stanowisko pracy. Wszystkie materiały i narzędzia użyte w czasie zabiegu traktuj jako skażone.

Zadanie wykonaj zgodnie z procedurami, uwzględniając zasady bezpieczeństwa, higieny i ergonomii pracy.

Czas przeznaczony na wykonanie zadania wynosi 150 minut.

Ocenie podlegać będzie 6 rezultatów:

- przygotowane stanowisko do pracy,
- wpisy w Karcie stomatologicznej,
- przeciwwskazania do zabiegu wybielania,
- zalecenia po zabiegu wybielania,
- zalecenia po zabiegu fluoryzacji,
- uporządkowane stanowisko po zakończeniu pracy

oraz

przebieg profesjonalnego oczyszczania zębów,
przebieg aplikacji płynnego koferdamu,
przebieg zabiegu fluoryzacji metodą okładów na łyżkach.

Ulotka preparatu ŚWIATŁOUTWARDZALNY KOFERDAM W PŁYNIE

SKŁAD:

żywice uretanowe, wypełniacze nieorganiczne

PRZEZNACZENIE

Światłoutwardzalny koferdam w płynie przeznaczony jest do:

- ochrony dziąseł podczas zabiegów stomatologicznych, tj. wybielanie, wytrawianie, mikroabrazja, piaskowanie, uszczelnianie gumy koferdamu.

SPOSÓB UŻYCIA

W celu ochrony dziąseł podczas zabiegów stomatologicznych:

Wyczyścić i osuszyć dziąsła. Zdjąć zamknięcie strzykawki i nałożyć załączony jednorazowy aplikator. Aplikować światłoutwardzalny koferdam wzdłuż obszaru zastosowania na szerokość 4-6 mm i grubość około 1,5-2 mm, jednocześnie kontrolować wzrokowo ilość nakładanego preparatu (Rys.1). Jeśli to możliwe, precyzyjnie przycisnąć koferdam przez przestrzenie międzyzębowe. Utwardzić żywicę lampą polimeryzacyjną naświetlając każdy łuk przez 20 sekund. Proces utwardzania prowadzić równomiernie wykonując ruch skanujący (Rys.2). Następnie przystąpić do zabiegu stomatologicznego. Po skończonym zabiegu spolimeryzowany koferdam podważyć za pomocą instrumentu na jednym z końców i usunąć.

Rys. 1



Rys. 2



Instrukcja stosowania

PIANKA FLUORKOWA DO FLUORYZACJI KONTAKTOWEJ

CHARAKTERYSTYKA

Preparat do miejscowej aplikacji w celu ochrony zębów przed próchnicą. Konfekcjonowany w postaci pianki o pH 7 wzbogaconej substancjami smakowymi, zawierającej fluorek sodu. Może być stosowany wyłącznie pod kontrolą specjalisty.

SPOSÓB UŻYCIA

1. Stosować po zabiegu profesjonalnego oczyszczania zębów.
2. Wstrząsnąć pojemnikiem energicznie przez 3-4 sekundy przed każdorazowym napełnieniem łyżki aplikacyjnej.
3. Umieścić koniec wylotu pojemnika w łyżce aplikacyjnej. Naciśnięcie aplikatora spowoduje wydobycie piany.
Uwaga! Nie napełniać łyżki aplikacyjnej do jej całkowitej wysokości, gdyż pianka zwiększa swoją objętość.
4. Łyżkę aplikacyjną wypełnioną pianą umieścić natychmiast w ustach pacjenta. Pacjent powinien lekko zacisnąć zęby na 4 minuty.
5. Po wyjęciu łyżki pacjent powinien dokładnie wypłuć nadmiar piany, nie płukać jamy ustnej przez min. 30 minut.
6. Po zabiegu nie należy pić ani jeść przez 30 minut.

KARTA STOMATOLOGICZNA										
NAZWISKO	Borutowska		DATA URODZENIA	22.01.1995 r.						
IMIĘ	Anna		PESEL	95012212547						
ADRES	ul. Bracka 1/3 30-080 Kraków									
CHOROBY OGÓLNOUSTROJOWE: TAK / NIE										
Alergia _ Nadciśnienie _ Cukrzyca _ Choroby tarczycy _ Epilepsja _ Żółtaczka _ Gruźlica _ AIDS _ Choroby ogniskowe_										
PRZYJMOWANE LEKI nie podaje										
BADANIE STOMATOLOGICZNE										
Legenda 0 – ząb niewyrznięty - – brak zęba C – próchnica V – ząb lub korzeń do usunięcia W – wypełnienie K – korona ~~ – kamień lub osad nazębny L – ząb lakowany										
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">- 8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">- 1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: center;">W -</td> </tr> </table>					- 8 7 6 5 4 3 2 1	- 1 2 3 4 5 6 7 8	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	-	W -
- 8 7 6 5 4 3 2 1	- 1 2 3 4 5 6 7 8									
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8									
-	W -									
DATA	ZĄB	ROZPOZNANIE	WYKONANE ZABIEGI, ZALECENIA	PODPIS						
21.01.2019	00 34-44	<i>Przebarwienia egzogenne</i>	<i>Badanie jamy ustnej.</i> <i>Pacjentka po wywiadzie chorobowym i badaniu stanu uzębienia została zakwalifikowana do zabiegu profesjonalnego wybielania zębów preparatem nadtlenu wodoru o stężeniu 16%.</i>	Lekarz dentysta <i>Z. Pardek</i>						

Zlecenia lekarza dentysty <i>Proszę oczyścić profesjonalnie zęby 34-44 oraz zaaplikować płynny koferdam u pacjentki w zakresie zębów 34-44. Po potencjalnym zabiegu wybielania (który nie jest demonstrowany) proszę przeprowadzić zabieg fluoryzacji wybielonych zębów przy użyciu pianki fluorkowej oraz przekazać pacjentce informacje dotyczące zaleceń po wybielaniu i fluoryzacji zębów.</i>

PRZECIWWSKAZANIA DO ZABIEGU WYBIELANIA*			
podeszły wiek	☐	astma	☐
osoby z rozrusznikiem serca	☐	menopauza	☐
choroba wrzodowa	☐	menstruacja	☐
niedoczynność tarczycy	☐	nadciśnienie tętnicze	☐
epilepsja	☐	osoby z aparatem ortodontycznym	☐
choroba Parkinsona	☐	nasiloną nadwrażliwość termiczną zębów	☐
* właściwe należy zaznaczyć literą X			

ZALECENIA PO ZABIEGU WYBIELANIA
W celu utrwalenia efektu wybielania zębów przez dwie doby (48 godzin) po zabiegu należy:
1.
2.

ZALECENIA PO ZABIEGU FLUORYZACJI
Po zabiegu fluoryzacji kontaktowej należy:
.....
.....
.....
.....