



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.01-01-25.01-SG**
Symbol kwalifikacji: **SPO.01**
Numer zadania: **01**
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, przekaż 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							
Elementy podlegające ocenie/kryteria oceny			Egzaminator wpisuje T , jeżeli zdający spełnił kryterium albo N , jeżeli nie spełnił						
Rezultat 1: Wykaz problemów i potrzeb osoby podopiecznej									
Problemy osoby podopiecznej - zapisane (niekoniecznie w identycznym brzmieniu, pod warunkiem poprawności merytorycznej):									
1	niepełnosprawność w stopniu znacznym, stan po udarze niedokrwinnym mózgu/udar niedokrwieny mózgu/udar mózgu/udar niedokrwieny prawej półkuli mózgowej, niedowład lewostronny/niedowład połowiczny lewostronny/z wyraźnie zaznaczonym/znacznym/wyraźnym niedowładem kończyny dolnej lewej, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca typu 2 Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 4 problemy								
2	trudności w poruszaniu się/rzadko wychodzi z mieszkania, zawroty głowy/zaburzenia równowagi, trudności w samodzielnej zmianie pozycji ciała/przy siadaniu na wózek/fotel, brak aktywności fizycznej/większość czasu spędza w pozycji siedzącej/w łóżku/fotelu Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 3 problemy								
3	niesystematycznie wykonuje ćwiczenia usprawniające/zaniedbuje rehabilitację/nie chce uczestniczyć w turnusie rehabilitacyjnym/odmawia wyjazdu na turnus rehabilitacyjny dla osób poruszających się na wózku, nie wykonuje pomiaru stężenia glukozy we krwi na czczo/nie przestrzega zaleceń lekarza o pomiarze poziomu glukozy/cukru we krwi, nieregularnie/niesystematycznie przyjmuje leki obniżające ciśnienie tętnicze krwi Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 2 problemy								
4	brak samodzielności przy kąpieli, myciu głowy, ubieraniu się/ubieraniu dolnych części odzieży/spodni, skarpet i butów, trudności w przygotowywaniu ciepłych posiłków Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 3 czynności								
5	brak spotkań z kolegami/znajomymi/rodziną, poczucie rezygnacji/zniechęcenia/brak pozytywnego rokowania/brak perspektyw w życiu								
6	brak możliwości realizacji dotychczasowych zainteresowań/tęsknota za swoim hobby/za aktywnym spędzaniem wolnego czasu/za pracą/bierne spędzanie wolnego czasu								
Potrzeby osoby podopiecznej - zapisane (niekoniecznie w identycznym brzmieniu, pod warunkiem poprawności merytorycznej):									
7	konsultacji specjalistów/kardiologa/neurologa/diabetologa/lekarza rehabilitacji medycznej/fizjoterapeuty, zdrowia/kontroli stanu zdrowia/regularnego przyjmowania leków, kontroli ciśnienia tętniczego krwi, monitorowania poziomu cukru/glukozy we krwi/codziennego pomiaru stężenia poziomu glukozy we krwi na czczo Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 3 potrzeby								
8	bezpieczeństwa, ruchu/aktywności/aktywności fizycznej/wychodzenia na zewnątrz, rehabilitacji ruchowej/kinezyterapii, samodzielności/pomocy przy zmianie pozycji ciała/przemieszczaniu się na fotel/wózek, zakupu przystawki elektrycznej do wózka inwalidzkiego Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 3 potrzeby								
9	higieny/czystości/pomocy przy wykonywaniu czynności higienicznych/czynności dnia codziennego/kąpieli/myciu głowy/ubieraniu/zakładaniu spodni, skarpet i butów/zakładaniu dolnych części odzieży, przygotowywaniu posiłków/ciepłych posiłków								
10	wsparcia psychicznego/emocjonalnego/pomocy psychologicznej, kontaktów społecznych/z rodziną/kolegami/znajomymi/spotkań towarzyskich, zagospodarowania czasu wolnego/aktywnego spędzania czasu wolnego/realizacji zainteresowań/pasji/hobby/rozwoju nowych zainteresowań/samorealizacji Kryterium należy uznać za spełnione, jeżeli zapisane są co najmniej 2 potrzeby								

Numer
stanowiska

Rezultat 2: Wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze												
1	1. Dane osobowe Wnioskodawcy - wpisane: Imię i nazwisko: Bartosz Bromski ; Data i miejsce urodzenia: 04.08.1970 r. Jelenia Góra ; Numer PESEL: 70080424893 ; Numer dowodu osobistego: AYY 389854 ; Adres zamieszkania: 56-400 Oleśnica, ul. Suchy Las 67 m 45 ; Numer telefonu: 506 101 988											
2	2. Posiadane orzeczenie – zaznaczone <u>wyłącznie</u> : stopień znaczny niepełnosprawności											
3	3. Sytuacja zawodowa Wnioskodawcy – zaznaczone <u>wyłącznie</u> : rencista											
4	4. Nazwa przedmiotu, o którego dofinansowanie ubiega się Wnioskodawca – zaznaczone <u>wyłącznie</u> : przystawka elektryczna do wózka inwalidzkiego											
5	5. Dochód osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym – Dane dotyczące Wnioskodawcy - wpisane: Imię: Bartosz ; Nazwisko: Bromski ; Miesięczny dochód netto [zł]: 1860,00											
6	5. Dochód osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym – Dane osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą - wpisane: Imię: Iwona ; Nazwisko: Bromska ; Stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą: córka ; Miesięczny dochód netto [zł]: 2730,00											
7	6. Oświadczenie Wnioskodawcy o dochodach - Oświadczam, że przeciętny miesięczny łączny dochód mojej rodziny (netto) (...) obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi - wpisane: 4590,00 zł											
8	6. Oświadczenie Wnioskodawcy o dochodach – (...) a podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi - wpisane: 2295,00 zł Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi - wpisane: 2											
9	7. Forma przekazania dofinansowania – zaznaczone <u>wyłącznie</u> : Wyrażam zgodę na przelew dofinansowania na konto bankowe Numer konta bankowego - 14 1223 4000 1444 4000 1665 1455											
10	data wypełnienia wniosku - wpisana data zgodna z datą egzaminu											

Numer
stanowiska

Przebieg 1: Przemieszczenie osoby podopiecznej z łóżka na wózek inwalidzki

Zdający na wykonanie przemieszczenia osoby podopiecznej z łóżka na wózek 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 przemieszczenia jej z łóżka na wózek inwalidzki, zapytał o zgodę na wykonanie czynności <i>Na potrzeby egzaminu kryterium należy uznać za spełnione również, jeżeli zdający poinformuje i zapyta o zgodę po umyciu/zdezynfekowaniu rąk</i>						
2	umył higienicznie/zdezynfekował ręce, założył rękawiczki jednorazowe						
3	umieścił wózek inwalidzki obok łóżka						
4	rozsunął podnóżki na boki/uniósł podnóżki wózka/zdjął podnóżki wózka, zablokował koła wózka hamulcami						
5	posadził osobę podopieczną na brzegu łóżka ze spuszczone nogami						
6	stał twarzą do osoby podopiecznej, założył ręce osoby podopiecznej na swoje barki/biodra/ramiona, dokonał pionizacji osoby podopiecznej <i>Kryterium należy uznać za spełnione również, jeżeli na skutek bezwładności fantomu kończyny górne opadną. Uwaga. Kryterium <u>nie należy</u> uznać za spełnione, jeżeli zdający podczas pionizacji ciągnął osobę podopieczną za kończyny górne</i>						
7	ruchem obrotowym przemieścił osobę podopieczną w stronę wózka inwalidzkiego i posadził na siedzisku wózka						
8	zapewnił osobie podopiecznej stabilne oparcie pleców/oparł osobę podopieczną o oparcie wózka, ustawił jej stopy na podnóżkach wózka <i>Kryterium należy uznać za spełnione również, jeżeli po posadzeniu osoby podopiecznej na wózku, ze względu na konstrukcję fantomu, jego plecy i stopy będą bezwładnie opadać</i>						
9	kończyny górne/przedramiona osoby podopiecznej ułożył na podłokietnikach/na kolanach, zapytał osobę podopieczną o wygodę/samopoczucie <i>Kryterium należy uznać za spełnione również, jeżeli na skutek bezwładności fantomu, kończyny górne zsuną się z podłokietników</i>						
10	użyte rękawiczki wyrzucił do kosza/pojemnika z napisem "Odpady zmieszane", zdezynfekował ręce						

Egzaminator

imię i nazwisko

.....

data i czytelny podpis