

Nazwa kwalifikacji: **Świadczenie usług w zakresie masażu**  
Oznaczenie kwalifikacji: **MS.01**  
Numer zadania: **01**  
Wersja arkusza: **SG**

Wypełnia zdający

Numer PESEL zdającego\*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Miejsce na naklejkę z numerem  
PESEL i z kodem ośrodka

Czas trwania egzaminu: **120 minut**

MS.01-01-20.06-SG

# **EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE**

## **Rok 2020**

### **CZĘŚĆ PRAKTYCZNA**

**PODSTAWA PROGRAMOWA  
2017**

#### **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. **KARTE 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 ocenę palpacyjną mięśni grupy tylnej prawego podudzia, orientacyjną ocenę zakresu ruchu w stawach skokowych kończyny dolnej prawej, a następnie wykonaj pomiary obwodów w obrębie obu podudzi, wykorzystując taśmę centymetrową.

Wykonaj pierwszą i drugą fazę masażu izometrycznego zgodnie ze *Skierowaniem na zabieg masażu*, zamieszczonym w arkuszu. W drugiej fazie tego masażu opracuj mięsień trójgłowy łydki kończyny dolnej prawej podczas 2 do 4 napięć izometrycznych przeciw oporowi, uzyskanych bez stosowania dodatkowych przyborów. Zabieg wykonaj na pacjencie, który przyjął pozycję leżenia przodem.

Do wykonania zadania wykorzystaj informacje zawarte w *Opisie stanu zdrowia i możliwościach ruchowych pacjenta*. Wypełnij *Kartę zabiegów pacjenta* oraz druk *Informacje dla pacjenta*.

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 czasie wykonywania zadania na stanowisku do masażu zgłaszaj przez podniesienie ręki:

- zakończenie czynności związanych z przygotowaniem stanowiska do zleconego masażu,
- zakończenie czynności związanych z przygotowaniem pacjenta do zabiegu masażu,
- zakończenie wykonania masażu,
- zakończenie czynności związanych z uporządkowaniem stanowiska po wykonanym masażu.

Cały zabieg (ocenę oraz masaż) wykonaj w czasie nie dłuższym niż 20 minut lub do momentu, gdy usłyszysz od egzaminatora komunikat: „dziękuję”, oznaczający konieczność zaprzestania dalszych czynności związanych z masażem. W przypadku braku komunikatu od egzaminatora zakończ masaż, gdy uznasz, że zadanie zostało przez Ciebie wykonane.

Na potrzeby egzaminu każdy z chwytów zastosowanych technik masażu w pierwszej fazie powtórz 5 razy. Po przekroczeniu czasu (20 minut) przewodniczący ZN przerwie Ci wykonanie masażu słowami „czas minął”.

Zadanie wykonaj zgodnie z zasadami i procedurami uwzględniającymi przepisy BHP i ergonomię pracy. Za datę zabiegu przyjmij datę egzaminu. Wszystkie potrzebne do wypełnienia formularze znajdują się w arkuszu.

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

*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.*

## Skierowanie na zabieg masażu

**Imię i nazwisko pacjenta:** *Wiktor Laube*

**Wiek pacjenta:** *25 lat*

**Rozpoznanie:** *osłabienie siły mięśniowej oraz zmniejszenie masy mięśnia trójgłowego łydki kończyny dolnej prawej*

**Cel zabiegu:** *zwiększenie siły i masy mięśnia trójgłowego łydki kończyny dolnej prawej*

**Obszar zabiegu:** *tylna strona podudzia kończyny dolnej prawej*

**Rodzaj zabiegu:** *masaż izometryczny*

**Liczba zabiegów:** *10*

Pieczęć i podpis lekarza rehabilitacji

Renata Wojas

lekarz rehabilitacji

ul. Krucza 6/2 Sanok

*Renata Wojas*

### Opis stanu zdrowia i możliwości ruchowych pacjenta

- 25 letni pacjent – biegacz amator, przed 9 tygodniami podczas treningu doznał skręcenia II stopnia prawego stawu skokowego;
- w wyniku kontuzji stwierdzono masywny obrzęk, krwiak i silny ból w prawym stawie skokowym;
- w badaniu rentgenowskim nie stwierdzono złamania elementów kostnych;
- zastosowano kinesiotaping przeciwobrzękowo, farmakoterapię przeciwbólową, stabilizator stawu skokowego oraz zalecono odciążanie kończyny podczas chodu;
- obecnie pacjent ma zdjęte unieruchomienie, ale kończyna w obrębie podudzia jest osłabiona (szczególnie mięsień trójgłowy łydki) i utrudnia pacjentowi chodzenie;
- nie stwierdzono chorób współistniejących;
- w dniu dzisiejszym ogólny stan pacjenta jest dobry, brak przeciwwskazań do masażu.

**Czas przeznaczony na wykonanie zadania wynosi 120 minut.**

**Ocenie podlegać będzie 5 rezultatów:**

- stanowisko przygotowane do zleconego masażu,
- pacjent przygotowany do zabiegu masażu,
- uporządkowane stanowisko po wykonanym masażu,
- Karta zabiegów pacjenta,
- Informacje dla pacjenta

oraz

przebieg wykonania oceny palpacyjnej mięśni grupy tylnej prawego podudzia, orientacyjnej oceny zakresu ruchu w stawach skokowych kończyny dolnej prawej, pomiarów obwodów w obrębie obu podudzi, pierwszej i drugiej fazy masażu izometrycznego mięśnia trójgłowego łydki kończyny dolnej prawej.

## KARTA ZABIEGÓW PACJENTA

Imię i nazwisko: .....

Wiek: .....lat

Rozpoznanie:

.....  
.....  
.....

Cel zabiegu:

.....  
.....

| Lp. | Rodzaj zabiegu | Obszar zabiegu | Data | Podpis |
|-----|----------------|----------------|------|--------|
| 1.  |                |                |      | X      |

**Mięśnie antagonistyczne mięśnia trójgłowego łydki w stawach skokowych (co najmniej 3):**

.....  
.....  
.....  
.....

**Przyczepy mięśnia trójgłowego łydki (co najmniej 4):**

.....  
.....  
.....  
.....

