

Nazwa kwalifikacji: **Świadczenie usług medycznych w zakresie ortoptyki**

Oznaczenie kwalifikacji: **MS.10**

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.10-01-23.01-SG

EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE

Rok 2023

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. Sprawdź, czy arkusz egzaminacyjny zawiera 7 stron i nie zawiera błędów. Ewentualny brak stron lub inne usterki zgłoś przez podniesienie ręki przewodniczącemu zespołu nadzorującego.
4. Zapoznaj się z treścią zadania oraz stanowiskiem egzaminacyjnym. Masz na to 10 minut. Czas ten nie jest wliczany do czasu trwania egzaminu.
5. Czas rozpoczęcia i zakończenia pracy zapisze w widocznym miejscu przewodniczący zespołu nadzorującego.
6. Wykonaj samodzielnie zadanie egzaminacyjne. Przestrzegaj zasad bezpieczeństwa i organizacji pracy.
7. Po zakończeniu wykonania zadania pozostaw arkusz egzaminacyjny z rezultatami oraz KARTĘ OCENY na swoim stanowisku lub w miejscu wskazanym przez przewodniczącego zespołu nadzorującego.
8. 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

Opis przypadku Alicji Kwiatkowskiej

Do gabinetu ortoptycznego w Poradni Leczenia Zeza i Niedowidzenia zgłosili się rodzice z 6-letnią dziewczynką. Z informacji uzyskanych w wywiadzie wynika, że dziecko ma zdiagnozowane niedowidzenie średniego stopnia oka prawego. Dziecko zezuje rozbieżnie okiem prawym. Wielkość odchylenia jest jednakowa do dali i do bliży. Dziewczynka jest po badaniu wady refrakcji z zapisaną korekcją okularową.

Na podstawie opisu przypadku i wyników badań diagnostycznych zamieszczonych w *Karcie badania pacjenta*, ustal pozostałe wyniki i uzupełnij *Kartę badania pacjenta*, wpisując w miejsca zaznaczone kropkami i w puste pola brakujące dane. Wypełnij *Kartę planowanego leczenia*, planując proces leczenia zaburzeń stwierdzonych u dziecka w gabinecie ortoptycznym i w domu.

Czas przeznaczony na wykonanie zadania wynosi 120 minut.

Ocenić podlegać będzie 5 rezultatów:

- Karta badania pacjenta – rozpoznanie i wartości szkieł korekcyjnych,
- Karta badania pacjenta – podstawowe badania ortoptyczne,
- Karta badania pacjenta – badania ortoptyczne kątów zeza, stanu widzenia obuocznego i korespondencji siatkówkowej,
- Karta planowanego leczenia – cele leczenia, zestaw ćwiczeń przeznaczonych do wykonania w gabinecie ortoptycznym,
- Karta planowanego leczenia – zestaw ćwiczeń zleconych do wykonywania w domu.

Karta badania pacjenta**Imię i nazwisko:** Alicja Kwiatkowska**Wiek pacjenta:** 6 lat**Rozpoznanie** (co najmniej 5 elementów rozpoznania):

.....

.....

.....

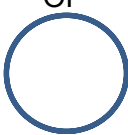
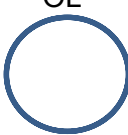
.....

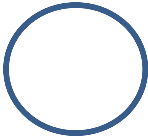
.....

Wartości szkieł korekcyjnych:

| | SPH | CYL (-) | AX | PD [mm] |
|----|-----|---------|----|---------|
| OP | | | | |
| OL | | | | |

Podstawowe badania ortoptyczne

| Rodzaj badania / metoda | Wynik badania | Rodzaj sprzętu, aparatury i materiałów pomocniczych |
|--|---|---|
| 1. Badanie ostrości wzroku w korekcji do dali | Visus OP =c.c. Visus OL =c.c. | |
| 2. Badanie ostrości wzroku w korekcji do bliży | Sn OP =c.c. Sn OL =c.c. | |
| 3. Badanie fiksacji siatkówkowej | OP OL | |
| 4. Badanie wady refrakcji metodą obiektywną skiaskopii | Sk OP -4,50 └-4,00 Sk OL -1,50 └-1,00 | |
| 5. Badanie orientacyjne ruchów oczu metodą jakościową | Zapis wyniku badania wektorowy <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">OP </div> <div style="text-align: center;">OL </div> </div> | |

| | | |
|---|---|--|
| <p>6. Badanie równowagi mięśniowej metodą</p> | <p>CT do dali (....) s.c. do bliży (....) s.c.</p> <p>CT do dali (....) c.c. do bliży (....) c.c.</p> | |
| <p>7. Badanie konwergencji metodą obiektywną jakościowo i ilościowo</p> | <p>Konwergencja</p> <p>PBK = 11 cm</p> | |
| <p>Badanie ortoptyczne kątów zeza, stanu widzenia obuocznego i korespondencji siatkówkowej</p> | | |
| <p>8. Badanie kąta obiektywnego zeza na synoptoforze metodą</p> <p>i z użyciem listew pryzmatycznych metodą</p> <p>w korekcji</p> | <p>Synoptofor:</p> <p>Kąt obiektywny = -12° c.c.</p> <p>Listwa pryzmatyczna:</p> <p>Kąt obiektywny do dali =</p> <p>.....c.c.</p> <p>Kąt obiektywny do bliży =</p> <p>.....c.c.</p> | |
| <p>9. Badanie kąta subiektywnego zeza na synoptoforze w korekcji</p> | <p>Kąt subiektywny = supresja częściowa do -12° c.c.</p> | |
| <p>10. Badanie korespondencji siatkówkowej na synoptoforze metodą</p> <p>w korekcji</p> | <p>Zapis wyniku słowny i graficzny</p> <p>Korespondencja siatkówkowa</p> <div style="text-align: center;">  </div> | |

| | | |
|---|---|--|
| <p>11. Badanie obuocznego widzenia na synoptoforze w korekcji</p> | <p>Obuoczne widzenie c.c. jednoczesna percepcja (...) fuzja (...) stereopsja (...)</p> | |
| <p>12. Badanie obuocznego widzenia testami słabo i silnie dysocjującymi w korekcji do dali i do bliży</p> | <p>(zapisz co widzi pacjent)</p> <p>Test Wortha do dali</p> <p>Test Wortha do bliży</p> <p>Test Bagoliniego do dali</p> <p>Test TNO (...)</p> <p>Test „Mucha” (...)</p> <p>A (...) B (...) C (...)</p> <p>Pierścienie (...)</p> <p>Test Langa (...)</p> | |

Uwaga. Uzupełnij puste pola oraz miejsca zaznaczone kropkami w Karcie badania pacjenta.

Karta planowanego leczenia

Imię i nazwisko: Alicja Kwiatkowska

Wiek pacjenta: 6 lat

Cele leczenia (co najmniej 4 cele):

.....

.....

.....

.....

.....

Zestaw ćwiczeń przeznaczonych do wykonania w gabinecie ortoptycznym

| Lp. | Metoda leczenia/rodzaj ćwiczeń | Cel ćwiczeń | Czas trwania w ciągu dnia/tygodnia | Rodzaj sprzętu, aparatury, pomocy wzrokowych oraz materiałów pomocniczych |
|-----|--------------------------------|-------------|------------------------------------|---|
| 1. | | | | aparat do ćwiczeń konwergencji typu „ślimak” |
| 2. | wg Cüppersa | | | |
| 3. | wg Campbella | | | |

Zestaw ćwiczeń zleconych do wykonywania w domu

| Rodzaj ćwiczeń/aktywności | Czas trwania w ciągu dnia/tygodnia |
|--|---|
| Ćwiczenia usprawniające konwergencję (co najmniej 2 ćwiczenia): | |
| Ćwiczenia usprawniające motorykę oczu (co najmniej 2 ćwiczenia): | |
| Ćwiczenia usprawniające koordynację wzrokowo-ruchową, percepcję wzrokową i pamięć wzrokową połączone z obturacją oka lewego (co najmniej 4 ćwiczenia): | |

Uwaga. Uzupełnij puste pola oraz miejsca zaznaczone kropkami w Karcie planowanego leczenia.