

Nazwa kwalifikacji: **Świadczenie usług w zakresie masażu**
Oznaczenie kwalifikacji: **MS.01**
Numer zadania: **02**
Wersja arkusza: **SG**

Wypełnia zdający

Numer PESEL zdającego*

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

Miejsce na naklejkę z numerem
PESEL i z kodem ośrodka

Czas trwania egzaminu: **120 minut**

MS.01-02-20.06-SG

EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE

Rok 2020

CZEŚĆ 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 orientacyjną ocenę biernej ruchomości stawu kolanowego kończyny dolnej lewej, a następnie wykonaj pomiary obwodów w obrębie obu ud, 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 czworogłowy uda kończyny dolnej lewej podczas 2 do 4 napięć izometrycznych przeciw oporowi, uzyskanych bez stosowania dodatkowych przyborów. Zabieg wykonaj na pacjencie, który przyjął pozycję leżenia tyłem.

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

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: *Ewelina Raczyńska*

Wiek pacjenta: *45 lat*

Rozpoznanie: *osłabienie siły mięśniowej oraz zmniejszenie masy mięśnia czworogłowego uda kończyny dolnej lewej*

Cel zabiegu: *zwiększenie masy i siły mięśnia czworogłowego uda kończyny dolnej lewej*

Obszar zabiegu: *przednia strona uda kończyny dolnej lewej*

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 pacjentki

- 45 letnia pacjentka – przed 3 miesiącami podczas jazdy na nartach doznała kontuzji w obrębie stawu kolanowego;
- w wyniku upadku na stoku doszło do naderwania więzadła krzyżowego przedniego oraz silnego stłuczenia stawu kolanowego;
- w badaniu rentgenowskim nie stwierdzono złamania w kościach kończyny dolnej lewej
- kończynę unieruchomiono opatrunkiem gipsowym na okres 6 tygodni, podano leki przeciwbólowe i przeciwzapalne;
- po zdjęciu opatrunku gipsowego pacjentce zlecono kinezyterapię oraz zabiegi fizykalne;
- pomimo prowadzonej rehabilitacji pacjentka odczuwa ból w stawie kolanowym, ma nieznaczne ograniczenie ruchomości w stawie kolanowym oraz trudności z chodzeniem, zwłaszcza po schodach;
- u pacjentki nie stwierdzono chorób współistniejących;
- w dniu dzisiejszym ogólny stan pacjentki jest dobry, brak przeciwwskazań do masażu.

Czas przeznaczony na wykonanie zadania wynosi 120 minut.

Ocenie podlegać będzie 5 rezultatów:

- stanowisko przygotowane do zleconego masażu,
- pacjentka przygotowana do zabiegu masażu,
- uporządkowane stanowisko po wykonanym masażu,
- Karta zabiegów pacjenta,
- Informacje dla pacjentki

oraz

przebieg wykonania orientacyjnej oceny biernej ruchomości stawu kolanowego kończyny dolnej lewej, pomiarów obwodów w obrębie obu ud, pierwszej i drugiej fazy masażu izometrycznego mięśnia czworogłowy uda kończyny dolnej lewej.

KARTA ZABIEGÓW PACJENTA

Imię i nazwisko:

Wiek:lat

Rozpoznanie:

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

Cel zabiegu:

.....
.....

Lp.	Rodzaj zabiegu	Obszar zabiegu	Data	Podpis
1.				X

Przyczepy mięśnia czworogłowego uda (co najmniej 4):

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

Mięśnie synergistyczne w stosunku do mięśnia czworogłowego uda (co najmniej 2):

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

Informacje dla pacjentki

Informacje, które należy przekazać pacjentce przed zabiegiem masażu (co najmniej 4):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Propozycje ćwiczeń dla pacjentki, które zwiększą masę oraz siłę mięśnia czworogłowego uda, do wykonania w domu (co najmniej 3):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....