

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.01-01-20.01-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. **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

Przeprowadź ocenę palpacyjną stanu tkanek w obrębie lewej i prawej strony szyi oraz orientacyjną ocenę zakresu czynnej ruchomości odcinka szyjnego kręgosłupa.

Wykonaj masaż zgodnie ze *Skierowaniem na zabieg masażu*, zamieszczonym w arkuszu, z uwzględnieniem przykurczu mięśnia mostkowo-obojęzyczkowo-sutkowego. Zabieg wykonaj na pacjencie, który przyjął pozycję leżenia tyłem.

Do wykonania zadania wykorzystaj informacje zawarte w *Opisie stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu z rodzicami*. 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 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:** *Ewa Puchalska*

**Wiek pacjenta:** *12 lat*

**Rozpoznanie:** *wrodzony kręcz szyi pochodzenia mięśniowego po stronie lewej*

**Cel zabiegu:** *rozluźnienie i rozciągnięcie mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego po stronie lewej*

**Obszar zabiegu:** *mięśnie mostkowo-obojczykowo-sutkowe strony lewej oraz prawej*

**Rodzaj zabiegu:** *masaż klasyczny*

**Liczba zabiegów:** *10*

Pieczęć i podpis lekarza rehabilitacji

Zdzisław Kruk

lekarz rehabilitacji

ul. Morska 6 Rybnik

*Zdzisław Kruk*

### Opis stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu z rodzicami

- 12-letnia Ewa Puchalska z wrodzonym kręcem szyi pochodzenia mięśniowego po stronie lewej;
- dziewczynka była rehabilitowana od 2 miesiąca życia systematycznie przez około pół roku, następnie korzystała z zabiegów fizjoterapeutycznych średnio raz do roku, w pozostałym czasie dziecko było ćwiczone przez rodziców, ale niesystematycznie;
- niesystematyczna rehabilitacja spowodowała u dziewczynki patologiczne ustawienie głowy i niewielkie zmiany w twarzoczaszce;
- w dniu zabiegu stan ogólny 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 stanu tkanek w obrębie szyi, orientacyjnej oceny zakresu czynnej ruchomości odcinka szyjnego kręgosłupa, masażu klasycznego mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego strony lewej z uwzględnieniem przykurczu tego mięśnia oraz strony prawej.

## KARTA ZABIEGÓW PACJENTA

Imię i nazwisko: .....

Wiek: .....

Rozpoznanie:

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

Cel zabiegu:

.....  
.....

Lp.	Rodzaj zabiegu	Obszar zabiegu	Data	Podpis
1.				XX YY

**Mięśnie skrócone we wrodzonym kręcu szyi pochodzenia mięśniowego:**

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

**Struktury kostne/kości w obszarze masowanym:**

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

## Informacje dla pacjenta

Przeciwwskazania ogólne do masażu klasycznego u pacjenta (co najmniej 4):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Zalecenia dla pacjenta, mające na celu wspomaganie terapii w przypadku wrodzonego kręczu szyi (co najmniej 4):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....