

Nazwa kwalifikacji: **Wykonywanie medycznych czynności ratunkowych i innych świadczeń opieki zdrowotnej w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz prowadzenie edukacji w tym zakresie**

Oznaczenie kwalifikacji: **Z.12**

*Arkusze zawiera informacje prawnie chronione
do momentu rozpoczęcia egzaminu*

Miejsce na naklejkę
z numerem PESEL i z kodem
ośrodka

Wypełnia zdający

Numer PESEL zdającego*

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

Czas trwania egzaminu: **120 minut**

EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE

CZĘŚĆ PRAKTYCZNA

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*,
 - symbol cyfrowy zawodu,
 - oznaczenie kwalifikacji,
 - numer zadania,
 - numer stanowiska.
3. KARTĘ OCENY przekaz zespołowi nadzorującemu część praktyczną egzaminu.
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 część praktyczną egzaminu.
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

Dyspozytor CPR odebrał wezwanie do zdarzenia na osiedlu mieszkaniowym. Przypadkowy przechodzień poinformował, że zauważył mężczyznę w wieku około 60 lat, leżącego pod drzewem, z którym nie ma kontaktu słownego.

Dyspozytor pogotowia wysłał na miejsce zdarzenia zespół podstawowy z dwoma ratownikami medycznymi i kierowcą (ratownikiem medycznym).

Na miejscu zdarzenia ratownicy stwierdzili następującą sytuację: mężczyzna lat około 60, bez kontaktu słownego, reaguje obroną na próbę dotyku, brudny. Ma obrażenia całego ciała w wyniku pobicia.

W badaniu fizykalnym ratownicy stwierdzili: stan świadomości według GCS – 7 pkt (wzrokowa 1, słuchowa 2, ruchowa 4), HR 112 uderzeń/minutę, RR 90/50 mm Hg, źrenice szerokie, objawy hiperkinezy i drżenia.

Poszkodowany ma bladą, spoconą skórę, oddech 16/min, nad polami płucnymi szmer pęcherzykowy prawidłowy, symetryczny, tony serca czyste. Mężczyzna ma liczne krwawiące okaleczenia twarzy i obu rąk. Na głowie w części potylicznej stwierdzono rozległą ranę ciętą o znacznym krwawieniu. Brak objawów patologicznych w ruchomości kończyn i stawów. Występuje nasilona reakcja bólowa klatki piersiowej i jamy brzusznej oraz dodatnie objawy otrzewnowe. Zmierzono poziom glukozy – glikemia 35 mg %.

Przedstaw diagnozę ratowniczą oraz plan działań ratowniczych związanych z udzieleniem pomocy medycznej poszkodowanemu mężczyźnie na miejscu zdarzenia oraz w czasie transportu do szpitala.

Wypełnij Kartę Medycznych Czynności Ratunkowych. Formularze do wypełnienia znajdują się w arkuszu egzaminacyjnym.

Arkusze egzaminacyjny pozostaw na stanowisku egzaminacyjnym.

Na fantomie osoby dorosłej wykonaj zabieg kaniulacji żyły obwodowej kończyny górnej oraz podaj płyn infuzyjny drogą dożylną we wlewie kroplowym. Po wykonaniu zabiegu uporządkuj stanowisko pracy.

Uwaga! Zamiar wykonania zabiegu zgłoś przez podniesienie ręki.

Czas przeznaczony na wykonanie zadania wynosi 180 minut.

Ocenię podlegać będą 2 rezultaty:

- sporządzony Plan działań ratowniczych zespołu ratownictwa medycznego,
- wypełniona Karta Medycznych Czynności Ratunkowych

oraz

przebieg wykonania kaniulacji żyły obwodowej kończyny górnej i podania płynu infuzyjnego drogą dożylną we wlewie kroplowym.

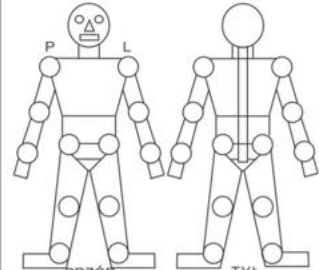
KARTA MEDYCZNYCH CZYNNOŚCI RATUNKOWYCH

Oznaczenie dysponenta zespołu ratownictwa medycznego (ZRM)	Kod ZRM realizującego zlecenie:	Nr zlecenia wyjazdu:
--	---------------------------------	----------------------

I - WYWIAD

	MIEJSCE ZDARZENIA w domu..... <input type="checkbox"/> w miejscu publicznym..... <input type="checkbox"/> w ruchu uliczno-drog..... <input type="checkbox"/> w pracy <input type="checkbox"/> w szkole..... <input type="checkbox"/> w rolnictwie..... <input type="checkbox"/>
--	---

II - BADANIE

GLASGOW-COMA-SCALE OTWIERANIE OCZU spontanicznie.....4 na głos.....3 na ból.....2 brak.....1 REAKCJA SŁOWNA zorientowany.....5 splątany.....4 niewłaściwe słowa.....3 niezrozumiałe dźwięki.....2 brak.....1 REAKCJA RUCHOWA wykonuje polecenia.....6 lokalizacja bólu.....5 ucieczka od bólu.....4 zgięciowa.....3 wyprostna.....2 brak.....1 SUMA <input type="text"/>	RTS CZ. ODDECHÓW 10-29.....4 >29.....3 6-9.....2 1-5.....1 brak.....0 RR SKURCZOWE >89.....4 76-89.....3 50-75.....2 1-49.....1 0.....0 GCS 13-15.....4 9-12.....3 6-8.....2 4-5.....1 3.....0 SUMA <input type="text"/>	UKŁAD ODDECHOWY częstość oddechów <input type="text"/> /min duszność..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N sinica..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N bezdech..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N szmer prawidł. <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P fureczenie..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> świsty..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> trzeszczenie..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> rżenie..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> brak szmeru..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Inne..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Saturacja..... <input type="text"/> %	ŻRNICIE: Reakcja na światło: prawidłowa..... <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P powolna..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> brak..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> szerokość: normalna..... <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P wąska..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> szeroka..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> brak obrażeń O Złamanie otwarte Z Złamanie zamknięte W Zwichnięcie S Słuczenie R Rana K Krwotok z rany M Zmiażdżenie A Amputacja N Ból neuropatyczny P Oparzenie stopnia <input type="text"/> % stopnia <input type="text"/> % oparzenie wżwiczne <input type="checkbox"/>
Obrażenia anatomiczne kwalifikujące do centrum urazowego <input type="checkbox"/> penetrujące rany głowy i tułowia lub urazy tępe z objawami uszkodzenia narządów wewnętrznych głowy, klatki piersiowej i brzucha <input type="checkbox"/> amputacja kończyny powyżej kolana lub łokcia <input type="checkbox"/> rozległe zmiażdżenia kończyn <input type="checkbox"/> uszkodzenie rdzenia kręgowego <input type="checkbox"/> złamanie kończyny z uszkodzeniem naczyń i nerwów <input type="checkbox"/> złamanie co najmniej dwóch proksymalnych kości długich kończyny lub miednicy					

OBJAWY wstrząs..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N NZK..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N obj. oponowe..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N drgawki..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N afazja..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N wymioty..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N biegunka..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N krwawienie..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N obrzęki..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N zasłabnięcia..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N INNE: cięża..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N poród..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N chor. zakaźna..... <input type="checkbox"/> T	SKÓRA Wygląd: w normie..... <input type="checkbox"/> blada..... <input type="checkbox"/> rumień..... <input type="checkbox"/> zażółcenie..... <input type="checkbox"/> sinica obw..... <input type="checkbox"/> sinica centr..... <input type="checkbox"/> Wilgotność: w normie..... <input type="checkbox"/> wilgotna..... <input type="checkbox"/> sucha..... <input type="checkbox"/> Temperatura: w normie..... <input type="checkbox"/> chłodna..... <input type="checkbox"/> ciepła..... <input type="checkbox"/>	JAMA BRZUSZNA w normie..... <input type="checkbox"/> bolesność palpacyjna..... <input type="checkbox"/> brak perystaltyki..... <input type="checkbox"/> objawy otrzewnowe..... <input type="checkbox"/> OCENA PSYCHO-RUCH. w normie..... <input type="checkbox"/> spowolniały..... <input type="checkbox"/> pobudzony..... <input type="checkbox"/> agresywny..... <input type="checkbox"/>	TONY SERCA czyste/głośnie..... <input type="checkbox"/> stłumione..... <input type="checkbox"/> inne..... <input type="checkbox"/> NIEDOWŁAD / PORAZENIE kończyna górna <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P kończyna dolna <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ZAPACH Z UST rozpuszczalnik org..... <input type="checkbox"/> alkohol..... <input type="checkbox"/> inne..... <input type="checkbox"/> POZIOM <input type="text"/> mg% GLUKOZY <input type="text"/> g/l	EKG Rytm zatokowy..... <input type="checkbox"/> Tachykardia nadkomorowa..... <input type="checkbox"/> Tachykardia komorowa..... <input type="checkbox"/> Migotanie/trzepotanie przedsionków..... <input type="checkbox"/> AV blok..... <input type="checkbox"/> sVES..... <input type="checkbox"/> VES..... <input type="checkbox"/> VF/VT..... <input type="checkbox"/> Asystolia..... <input type="checkbox"/> PEA..... <input type="checkbox"/> Rozrusznik..... <input type="checkbox"/> OZW..... <input type="checkbox"/> Zawał..... <input type="checkbox"/> Inne..... <input type="checkbox"/>	OPIS KOD ICD10 <input type="text"/> KOD ICD10 <input type="text"/> KOD ICD10 <input type="text"/>
--	---	--	---	---	---

III - ROZPOZNANIE

	KOD ICD10 <input type="text"/> KOD ICD10 <input type="text"/> KOD ICD10 <input type="text"/>
--	--

IV - POSTĘPOWANIE Z PACJENTEM

CZYNNOŚCI odsysanie..... <input type="checkbox"/> defibrilacja..... <input type="checkbox"/> kołnierzyk..... <input type="checkbox"/> linia żył. obw..... <input type="checkbox"/> went. workiem..... <input type="checkbox"/> stymulacja zew..... <input type="checkbox"/> deska ortoped..... <input type="checkbox"/> linia żył. cent..... <input type="checkbox"/> rurka UG..... <input type="checkbox"/> kardiowersja..... <input type="checkbox"/> materac próż..... <input type="checkbox"/> cewnikowanie..... <input type="checkbox"/> intubacja..... <input type="checkbox"/> masaż serca..... <input type="checkbox"/> unieruchomienie..... <input type="checkbox"/> sonda żołąd..... <input type="checkbox"/> respirator..... <input type="checkbox"/> EKG..... <input type="checkbox"/> opatrunek..... <input type="checkbox"/> monitorowanie..... <input type="checkbox"/> tlenoter. bierna..... <input type="checkbox"/> teletransmisja..... <input type="checkbox"/> inne..... <input type="checkbox"/>	ZASTOSOWANE LEKI, WYROBY MED. (nazwa, dawka, droga podania)
ZALECENIA/UWAGI KIEROWNIKA ZESPOŁU	

V - DANE PACJENTA I PRZEKAZANIE PACJENTA

DANE PACJENTA Imię:..... Nazwisko:..... Adres zamieszkania:..... ul.....nr.....m..... Rodz. i nr dok. tożsamości:.....	Ident. NFZ: <input type="text"/> Data urodzenia / wiek <input type="text"/> NUMER PESEL pacjenta: <input type="text"/> Podpis i pieczęć kierownika ZRM: <input type="text"/> Zespół (S/P) <input type="text"/> data udzielenia pomocy:.....	Decyzja Zakładu Opieki Zdrowotnej: <input type="checkbox"/> Przyjęcie pacjenta <input type="checkbox"/> Odmowa przyjęcia pieczęć IP/SOR..... podpis i pieczęć lekarza..... Przekazanie pacjenta w IP/SOR / innym: data.....godz.....min..... Stwierdzenie zgonu / odstąpienie od med. czynności rat. data.....godz.....min.....
---	--	--

Numer stanowiska									

Elementy podlegające ocenie/kryteria oceny		Egzaminator wpisuje T, jeżeli zdający spełnił kryterium albo N, jeżeli nie spełnił							
Rezultat 1. Sporządzony Plan działań ratowniczych zespołu ratownictwa medycznego.									
1	zapisana diagnoza: obrażenia ciała w wyniku pobicia, wstrząs krwotoczny, hipoglikemia, uraz potylicy /głowy								
2	zapisane zaplanowane zabezpieczenie miejsca zdarzenia, zabezpieczenie własne ratowników (odzież ochronna, rękawice)								
3	zapisana zaplanowana ocena miejsca zdarzenia, ocena urazu, ocena świadomości (skala GCS), ocena wstępna pacjenta								
4	zapisane zaplanowane wykonanie szybkiego badania urazowego, założenie kołnierza ortopedycznego								
5	zapisane zaplanowane zabezpieczenie dwóch dostępów dożylnych								
6	zapisane zaplanowane podanie płynów dożylnie: 0,9% Na Cl iv 500 ml, 500 ml PWE iv; lub pod kontrolą RR								
7	zapisane podanie dożylnie glukozy 20% 200 mg/ml amp iv przy kontroli glikemii, ewentualne powtórzenie dawki								
8	zapisane zaplanowane założenie opatrunku jałowego na ranę potylicy								
9	zapisane zaplanowane zastosowanie tlenoterapii biernej 100% tlenu przepływ 12 – 15 l/min przez maskę twarzową z rezerwuarem tlenu								
10	zapisane zaplanowane przygotowanie pacjenta do transportu w pozycji leżącej, z głową uniesioną pod kątem 15 – 30 stopni, unieruchomienie na desce, w trakcie transportu kontrolę glukozy, stanu świadomości, parametrów (akcja serca, ciśnienie tętnicze, saturacja, oddech)								

Numer																				
stanowiska																				

Przebieg 1. Wykonanie kaniulacji żyły obwodowej kończyny górnej i podanie płynu infuzyjnego drogą dożylną we wlewie kroplowym – ocenić po zgłoszeniu gotowości przez zdającego i wyrażeniu zgody przez PZNC																					
1	zdający zastosował środki ochrony osobistej (mundur lub fartuch, rękawiczki jednorazowe)																				
przygotowanie zestawu do kaniulacji żyły obwodowej oraz zestawu do infuzji																					
2	zdający przygotował kaniulę dożylną typu wenflon, środek antyseptyczny do dezynfekcji skóry, jałowe gaziki, opaskę uciskającą (stażę), jałowy opatrunek do mocowania kaniuli, strzykawkę wypełnioną 0,9% NaCl, butelkę z płynem do podania dożylnego, aparat do przetoczeń, stojak do zawieszenia butelki z płynem																				
3	zdający zdezynfekował miejsce przekłucia butelki z płynem infuzyjnym, połączył aparat do przetaczania z butelką, zawiesił butelkę z roztworem 0,9% NaCl na statywie, wypełnił komorę kroplomierza płynem, usunął powietrze z zestawu.																				
przygotowanie pacjenta do kaniulacji żyły obwodowej																					
4	zdający założył opaskę uciskającą (stażę) powyżej miejsca wkłucia, palpacyjnie ocenił miejsce wkłucia, zdezynfekował miejsce wkłucia środkiem antyseptycznym																				
wykonanie kaniulacji żyły obwodowej i rozpoczęcie infuzji																					
5	zdający zdjął zabezpieczenie igły kaniuli, nakłut żyłę pod kątem 30° do 45° i wprowadził kaniulę ostrożnie w kierunku naczyń																				
6	zdający po ukazaniu się krwi w zbiorniczku napływowym zmniejszył kąt nachylenia igły, delikatnie wsunął kaniulę do końca, jednocześnie wycofując mandryn																				
7	zdający zwolnił opaskę uciskającą (stażę) przed wyciągnięciem mandrynu, wyciągnął mandryn, jednocześnie uciskając żyłę przy końcówce kaniuli, założył korek na obwodowy koniec kaniuli																				
8	zdający sprawdził drożność kaniuli przez wstrzyknięcie ok. 3 ml 0,9% NaCl, umocował kaniulę za pomocą jałowego opatrunku																				
9	zdający połączył końcówkę przyrządu do przetaczania z kaniulą, ustawił przepływ i rozpoczął infuzję, przestrzegając zasad aseptyki i antyseptyki																				
10	zdający uporządkował stanowisko pracy, dokonał segregacji odpadów na medyczne i komunalne																				

Egzaminator

imię i nazwisko

data i czytelny podpis

WYPEŁNIA ZDAJĄCY

PESEL zdającego

Nr stanowiska

Symbol cyfrowy zawodu

Oznaczenie kwalifikacji

Numer zadania

Miejsce na naklejkę z nr. PESEL

Numer zadania D

Numer zadania J

WYPEŁNIA EGZAMINATOR

Jeżeli kryterium zostało spełnione to należy zamalować pole w kolumnie T, jeżeli nie, w kolumnie N

Rezultat 1		
Nr	T	N
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rezultat 2		
Nr	T	N
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rezultat 3		
Nr	T	N
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rezultat 4		
Nr	T	N
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rezultat 5		
Nr	T	N
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rezultat 6		
Nr	T	N
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Przebieg 1		
Nr	T	N
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Przebieg 2		
Nr	T	N
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Przebieg 3		
Nr	T	N
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kod egzaminatora

0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9

.....
czytelny podpis egzaminatora