|  |  |
| --- | --- |
| **MINISTERSTWO SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI**  DEPARTAMENT ZDROWIA | |
| **MSWiA-44**  **Sprawozdanie z działalności Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa MSWiA** | |
| **za rok 2024** | |
| Termin przekazania: 10 lutego 2025 r. | |
| Nazwa i adres jednostki sprawozdawczej | TERYT |
| Numer księgi rejestrowej |
| REGON |

Obowiązek przekazywania danych statystycznych wynika z art. 30 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 773, z późn.zm).

**Dział 1. Dane ogólne o centrum krwiodawstwa**

**a) Krwiodawcy**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | | | | **Ogółem** |
| 0 | | | | 1 |
| Liczba klubów honorowych dawców krwi | | | 01 |  |
| Liczba dawców krwi | | | 02 |  |
| w tym: | dawcy honorowi | | 03 |  |
| dawcy płatni | | 04 |  |
| z wiersza 2 dawcy w wieku: | poniżej 18 lat | mężczyźni | 05 |  |
| kobiety | 06 |  |
| 18 - 24 lat | mężczyźni | 07 |  |
| kobiety | 08 |  |
| 25 - 44 lat | mężczyźni | 09 |  |
| kobiety | 10 |  |
| 45 - 64 lat | mężczyźni | 11 |  |
| kobiety | 12 |  |
| 65 lat i więcej | mężczyźni | 13 |  |
| kobiety | 14 |  |
| z wiersza 2 liczba wielokrotnych dawców, którzy oddali krew i jej składniki | | mężczyźni | 15 |  |
| kobiety | 16 |  |
| z wiersza 2 liczba rodzinnych dawców, którzy oddali krew i jej składniki | | mężczyźni | 17 |  |
| kobiety | 18 |  |

**b) Donacje**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | | | **Ogółem** |
| 0 | | | 1 |
| Liczba donacji ogółem (suma wierszy 2 – 4 ) | | 01 |  |
| z tego: | krew pełna | 02 |  |
| osocze | 03 |  |
| inne | 04 |  |
| z wiersza 1 liczba donacji: | pobranych w centrum krwiodawstwa | 05 |  |
| pobranych przez ekipy wyjazdowe | 06 |  |
| pobranych od pracowników resortu spraw wewnętrznych | 07 |  |
| Z wiersza 2 liczba donacji krwi pełnej pobranej od dawców wielokrotnych | | 08 |  |
| Liczba ekip wyjazdowych | | 09 |  |
| Liczba autotransfuzji | | 10 |  |

**c) Preparaty krwi wykorzystane do celów klinicznych (w jednostkach)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | | **Ogółem** |
| 0 | | 1 |
| Koncentrat krwinek czerwonych wykorzystany do celów klinicznych | 01 |  |
| Osocze wykorzystane do celów klinicznych | 02 |  |

**Dział 2. Produkcja krwi i jej składników (w jednostkach)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | | **Preparaty krwi wyprodukowane w CKiK MSWiA** | **Preparaty krwi przekazane do** | | | **Zniszczono1)** |
| **szpitali MSWiA** | **innych szpitali** | **Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa** |
| 0 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Krew pełna konserwowa | 01 |  |  |  |  |  |
| Koncentrat krwinek czerwonych | 02 |  |  |  |  |  |
| Osocze świeżo mrożone | 03 |  |  |  |  |  |
| Osocze świeżo mrożone po redukcji biologicznych czynników chorobotwórczych | 04 |  |  |  |  |  |
| Osocze świeżo mrożone po karencji | 05 |  |  |  |  |  |
| Koncentrat krwinek płytkowych z krwi pełnej | 06 |  |  |  |  |  |
| Koncentrat krwinek płytkowych z aferezy | 07 |  |  |  |  |  |
| Ubogoleukocytarny koncentrat krwinek płytkowych z aferezy | 08 |  |  |  |  |  |
| Koncentrat granulocytarny | 09 |  |  |  |  |  |
| Ubogoleukocytarny koncentrat krwinek czerwonych | 10 |  |  |  |  |  |
| Ubogoleukocytarny koncentrat krwinek płytkowych z krwi pełnej | 11 |  |  |  |  |  |
| Koncentrat krwinek płytkowych z krwi pełnej po redukcji biologicznych czynników chorobotwórczych | 12 |  |  |  |  |  |
| Koncentrat krwinek płytkowych z aferezy po redukcji biologicznych czynników chorobotwórczych | 13 |  |  |  |  |  |
| Krioprecypitat | 14 |  |  |  |  |  |

1) Proszę podać przyczynę zniszczenia krwi i preparatów krwiopochodnych …………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Proszę podać szacunkowy czas (w minutach) przeznaczony na przygotowanie danych dla potrzeb formularza | 1 |  |
| Proszę podać szacunkowy czas (w minutach) przeznaczony na wypełnienie formularza | 2 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (imię, nazwisko i telefon osoby,  która sporządziła sprawozdanie) | (miejscowość i data) | (imię i nazwisko osoby  działającej w imieniu sprawozdawcy) |