|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MINISTERSTWO SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI**  DEPARTAMENT ZDROWIA | | |
| **MSWiA-46**  **Sprawozdanie ze zużycia krwi i jej składników**  **w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej**  **oraz Państwowym Instytucie Medycznym MSWiA** | | |
| **za rok 2024** | | |
| Termin przekazania: 10 lutego 2025 r. | | |
| Nazwa i adres samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej MSWiA | Nazwa i adres zakładu leczniczego | Nazwa jednostki organizacyjnej |
| Numer księgi rejestrowej SP ZOZ MSWiA | REGON zakładu leczniczego | Kod resortowy identyfikujący jednostkę organizacyjną (część V) |
| TERYT SP ZOZ MSWiA | TERYT zakładu leczniczego | TERYT jednostki organizacyjnej |

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.).

W przypadku, gdy sprawozdanie wypełniane jest zbiorczo dla całego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, w części V kodu resortowego wpisać symbol 99.

**Dział 1. Zużycie krwi i jej składników (w jednostkach)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | | **Liczba zużytych preparatów krwi** | **Zniszczono1)** |
|
| 0 | | 1 | 2 |
| 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) |  |