
	ROCZNE SPRAWOZDANIE PODMIOTU LECZNICZEGO W ZAKRESIE DZIAŁALNOŚCI ZWIĄZANEJ Z LECZENIEM SKŁADNIKAMI KRWI	Wersja 1
		Data wydania: 15.12.2014r.
		Strona 1 z 4


Wszystkie rubryki należy wypełnić, jeśli nie dotyczy – ND, jeśli brak – 0 lub przekreślić

Podmiot leczniczy		
	(miejsce na stempel firmowy)	
Okres sprawozdawczy		
Ilość oddziałów szpitalnych – ogółem		
Ilość łóżek		
Imię, nazwisko, specjalizacja lekarza odpowiedzialnego za gospodarkę krwią (stan na dzień 31 grudnia roku sprawozdawczego)		
Komitet transfuzjologiczny (stan na dzień 31 grudnia roku sprawozdawczego)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	Jeśli tak proszę o podanie składu osobowego / stanowisko: 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14.	
Ilość spotkań komitetu transfuzjologicznego (proszę załączyć do sprawozdania kopie protokołów ze spotkań)		

	ROCZNE SPRAWOZDANIE PODMIOTU LECZNICZEGO W ZAKRESIE DZIAŁALNOŚCI ZWIĄZANEJ Z LECZENIEM SKŁADNIKAMI KRWI	Wersja 1
		Data wydania: 15.12.2014r.
		Strona 2 z 4

Szkolenia wewnętrzne w zakresie krwiolecznictwa	<ul style="list-style-type: none"> • LEKARZE, ilość szkoleń..... • Pielęgniarki i położne, ilość szkoleń • Pozostali, ilość szkoleń
Pielęgniarki i położne	<ul style="list-style-type: none"> • Ilość osób ogółem:..... • Uprawnionych do dokonywania przetoczeń (posiadających zaświadczenie zgodnie z Roz. Min. Zdrowia z dnia 23 lutego 2005r.):..... • Przeszkolone w roku sprawozdawczym (podstawowe / uzupełniające)/..... • Do przeszkolenia w roku następnym (podstawowe / uzupełniające)/.....
Pracownia serologii w strukturach szpitala	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Gdzie wykonywane są badania
Imię, nazwisko, specjalizacja osoby odpowiedzialnej za pracownię serologii (stan na dzień 31 grudnia roku sprawozdawczego)	
Bank Krwi w strukturach szpitala	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Skąd pozyskiwane są składniki krwi
Imię, nazwisko, specjalizacja kierownika Banku Krwi (stan na dzień 31 grudnia roku sprawozdawczego)	
Ilość jednostek sprowadzonych (zakupionych) składników krwi:	<ul style="list-style-type: none"> • KKCz* • FFP..... • KKP** • Inne składniki (np. krioprecypitat)

Ilość jednostek przetoczonych składników krwi:	<ul style="list-style-type: none"> • KKCz* • FFP..... • KKP** • Inne składniki (np. krioprecypitat)
Zniszczenia składników w jednostkach:	
<ul style="list-style-type: none"> • Przeterminowania 	<ul style="list-style-type: none"> • KKCz* • FFP..... • KKP** • Inne składniki (np. krioprecypitat)
<ul style="list-style-type: none"> • Inne zniszczenia (opisać jakie) 	<ul style="list-style-type: none"> • KKCz* • FFP..... • KKP** • Inne składniki (np. krioprecypitat)
Zdarzenia niepożądane – ilość:	<p>Powikłania poprzetoczeniowe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wstrząs anafilaktyczny • GRNH..... • Hemolityczne reakcje poprzetoczeniowe..... • Inne (podać jakie) <p>Zdarzenia „bliskie celu”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wydanie/przetoczenie krwi niezgodnej • Inne (podać jakie)

	ROCZNE SPRAWOZDANIE PODMIOTU LECZNICZEGO W ZAKRESIE DZIAŁALNOŚCI ZWIĄZANEJ Z LECZENIEM SKŁADNIKAMI KRWI	Wersja 1
		Data wydania: 15.12.2014r.
		Strona 4 z 4

Inne / Uwagi:	
----------------------	--

Sporządził/a:

Imię, nazwisko, funkcja.....Data i podpis:.....

* proszę podać wszystkie preparaty KKCz np.: KKCz, NUKKCz, UKKCz i inne;

** proszę podać wszystkie preparaty KKP np.: KKP, UKKP, NUKKP zarówno pulowanych jak i z aferezy i inne.