

MINISTERSTWO ZDROWIA CENTRUM SYSTEMÓW INFORMACYJNYCH OCHRONY ZDROWIA		
Nazwa i adres jednostki sprawozdawczej	MZ-42 Sprawozdanie z działalności regionalnego centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa	Adresat:
Numer identyfikacyjny REGON		Przekazać za pomocą portalu https://ssoz.ezdrowie.gov.pl w terminie składania sprawozdań zgodnie z Pbssp 2016 (z danymi za rok 2016)

KOD RESORTOWY	_ _ _ _ _	_ _ _	_ _ _	
	miejsce położenia podmiotu (część II –TERYT)	kod podmiotu, który utworzył podmiot leczniczy(część III)	kod jednostki organizacyjnej (część V)	nr księgi rejestrowej

a) właściwe podkreślić

Wyszczególnienie			Ogółem	
0			1	
Liczba dawców	ogółem		01	
	z tego	honorowi	02	
		płatni	03	
Procent dawców	ogółem		04	
	z tego	honorowi	05	
		płatni	06	
Liczba donacji	krew pełna		07	
	osocze		08	
	trombafereza		09	
	leukafereza		10	
	inne		11	
Liczba OT			12	
Liczba ekip			13	
Wyprodukowano	krew pełna konserwowana (KPK) – liczba jednostek		14	
	koncentrat krwinek czerwonych (KKCz) – liczba jednostek		15	
	Osocze-liczba jednostek	osocze świeżo mrożone (FPP) z krwi pełnej		16
		osocze świeżo mrożone z aferezy (FWP-Af) ^{*)}		17
		osocze mrożone		18
		osocze razem		19
	koncentrat krwinek płytkowych (KKP)	koncentrat krwinek płytkowych z krwi pełnej (KKP)-liczba jednostek		20
		zlewany koncentrat krwinek płytkowych z krwi pełnej (KKP)-liczba jednostek		21
		koncentrat krwinek płytkowych z aferezy (KKP – Af) ^{**)} -liczba jednostek		22
	koncentrat granulocytarny-liczba jednostek		23	
	krioprecypitat-liczba jednostek		24	
Szacunkowy czas (w minutach) przeznaczony na przygotowanie danych dla potrzeb wypełnianego formularza			25	
Szacunkowy czas (w minutach) przeznaczony na wypełnienie formularza			26	

^{*)} Donacje przeliczyć na jednostki (a 200 ml).

^{**)} Jednostka odpowiada donacji

.....
(imię, nazwisko i telefon osoby,
która sporządziła sprawozdanie)

.....
(miejscowość i data)

.....
(pieczętka imienna i podpis osoby działającej
w imieniu sprawozdawcy)