

MINISTERSTWO ZDROWIA CENTRUM SYSTEMÓW INFORMACYJNYCH OCHRONY ZDROWIA		
Nazwa i adres jednostki sprawozdawczej	<b>MZ-42</b> Sprawozdanie z działalności regionalnego centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa	Adresat:
Numer identyfikacyjny REGON		Przekazać za pomocą portalu <a href="https://ssoz.ezdrowie.gov.pl">https://ssoz.ezdrowie.gov.pl</a> w terminie składania sprawozdań zgodnie z Pbssp 2017 (z danymi za rok 2017)

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

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)