

**MINISTERSTWO SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI**  
DEPARTAMENT ZDROWIA

**MSWiA-46**

**Sprawozdanie ze zużycia krwi i jej składników  
w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej MSWiA  
za rok 2020**

Termin przekazania: 8 lutego 2021 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 2019 r. poz. 649, z późn. zm.) oraz rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 11 października 2019 r. w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2020 (Dz. U. z 2019 r. poz. 2366).

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 | Zniszczono <sup>1)</sup> |
|--|----|---------------------------------|--------------------------|
| 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 |                                 |                          |

<sup>1)</sup> 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)