

**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	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)

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(imię i nazwisko osoby działającej w  
imieniu sprawozdawcy)