

MINISTERSTWO ZDROWIA CENTRUM e-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 2024 (z danymi za rok 2024)

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 preparatów			21
		koncentrat krwinek płytkowych z aferezy (KKP – Af) ^{**) -liczba jednostek}			22
	koncentrat granulocytarny-liczba jednostek			23	
	krioprecypitat-liczba jednostek			24	

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

^{**)} Jednostka odpowiada donacji

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

.....
(email osoby sporządzającej sprawozdanie)

.....
(miejscowość i data)