# Załącznik nr 1

# (Po otworzeniu dokumetu w programie MS Word proszę wybrać z głownego menu Widok >Edytuj dokument)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Roczne sprawozdanie z działalności podmiotu leczniczego w zakresie krwiolecznictwa oraz działalności Komitetu Transfuzjologicznego**  **(należy przekazać do RCKiK w Białymstoku do 30.01.2024 r.) RCKiK w Białymstoku, 15-950 Białystok ul. M. Curie-Skłodowskiej 23;** [**sekretariat@rckik.bialystok.pl**](mailto:sekretariat@rckik.bialystok.pl)**, fax 85 7456 133** | | | | |
| Nazwa i adres podmiotu leczniczego | | | | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| Okres sprawozdawczy (rok) | | | | **Rok 2024** |
| 1. **AKTUALNE INFORMACJE DOTYCZĄCE PODMIOTU LECZNICZEGO** | | | | |
| Liczba wszystkich oddziałów szpitalnych | | | | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| Liczba oddziałów, w których często przetaczana jest krew i jej składniki | | | | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| Nazwy oddziałów, w których często przetaczana jest krew i jej składniki | | | | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| Łączna liczba łóżek szpitalnych | | | | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| * 1. **Lekarz odpowiedzialny za gospodarkę krwią** | | | | |
| Imię i nazwisko | | | | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| Specjalizacja | | | | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| * 1. **Komitet Transfuzjologiczny (KT)** | | | | |
| Przewodniczący Komitetu Transfuzjologicznego | | | | |
| Imię, nazwisko | | | | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| Specjalizacja | | | | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| Skład Komitetu Transfuzjologicznego  (imię, nazwisko, pełniona funkcja) | | | | |
| Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | | | | |
| Liczba posiedzeń KT w okresie sprawozdawczym  (zalecane 1raz/6m-cy) | | | | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| Liczba posiedzeń KT w okresie sprawozdawczym zwołanych w trybie pozaplanowym | | | | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| Daty spotkań KT (dd.mm.rrrr) | | | | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| * 1. **Personel podmiotu leczniczego** | | | | |
| Liczba lekarzy (ogółem) | | | | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| Liczba pielęgniarek i położnych (ogółem) | | | | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| Liczba pielęgniarek i położnych uprawnionych do przetaczania krwi i jej składników | | | | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| * 1. **Szkolenia perosonelu podmiotu leczniczego** | | | | |
| Szkolenia pielegniarek/ położnych - szkolenia obowiązkowe prowadzone przez RCKiK  związane z uprawnieniami do przetaczania krwi i jej składników | | | | |
| 1. Liczba przeszkolonych pielęgniarek ogólem | | | | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| 1. w ramach szkolenia podstawowego | | | | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| 1. w ramach szkolenia uzupełniającego | | | | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| Liczba pielęgniarek zaplanowanych do przeszkolenia w kolejnym roku | | | | |
| 1. Liczba pielęgniarek ogólem | | | | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| 1. Do szkolenia podstawowego | | | | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| 1. Do szkolenia uzupełniającego | | | | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| Szkolenia wewnętrzne pielęgniarek/położnych - związane z przetaczaniem krwi i jej składników | | | | |
| Liczba przeprowadzonych szkoleń | | | | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| Liczba przeszkolonych pielęgniarek/położnych | | | | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| Tematyka szkoleń: | | | | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| **Szkolenia lekarzy związane z przetaczaniem krwi i jej składników** | | | | |
| Szkolenia wewnętrzne | | | | |
| Liczba przeprowadzonych szkoleń | | | | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| Liczba przeszkolonych lekarzy | | | | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| Tematyka szkoleń | | | | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| **Szkolenia zewnętrzne personelu z zakresu krwiolecznictwa**  **(inne niż obowiązkowe w RCKiK)** | | | | |
| Liczba odbytych szkoleń | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | | | |
| Liczba przeszkolonych lekarzy | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | | | |
| Liczba przeszkolonych pielęgniarek | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | | | |
| Liczba przeszkolonych diagnostów laboratoryjnych/ techników analit. | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | | | |
| * 1. **Wykorzystanie krwi i jej składników** | | | | |
| Liczba przetoczonych składników krwi: | | | | |
| **KKCz ( liczba jednostek)** | | | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | |
| w tym ubogoleukocytarne (UKKCz) | | | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | |
| w tym napromieniowane (NUKKCz) | | | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | |
| Uwaga dotyczy przeliczania dawek pediatrycznych: 60ml=0,2j.; 120ml=0,4j.; 180ml=0,6j.; 240ml=0,8j.  Przykład: (20x1j.)+(10x0,2j.)+(8x0,4j.)= 25,2j. | | | | |
| **KKP (liczba opakowań- niezależnie od objętości lub liczby jednostek)** | | | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | |
| w tym napromieniowane (NUKKP-Af) | | | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | |
| w tym napromieniowane (NUKKP-Zlewany) | | | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | |
| w tym inaktywowane (UKKP- inak.) | | | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | |
| **Osocze (FFP) ( liczba jednostek)** | | | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | |
| w tym inaktywowane (FFP – inakt.) | | | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | |
| Uwaga dotyczy dawek pediatrycznych: 50ml=0,2j.; 100ml=0,4j.;Przykład: (20x1j.)+(10x0,2j.)+(8x0,4j.)= 25,2j. | | | | |
| **Krioprecypitat ( liczba jednostek)** | | | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | |
| Uwaga dotyczy przeliczania jednostek Zlewanego Krio - Przykład: (5 op.x 4j.)+(10op.x 5j)= 70j. | | | | |
| Inne składniki, jakie (np. Koncentrat Granulocytarny) – liczba opak. | | | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | |
| * 1. **Pilne transfuzje KKCz** | | | | |
| Liczba pilnych transfuzji | | | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | |
| Liczba jedn. przetoczonych w ramach pilnej transfuzji | | | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | |
| * 1. **Przetoczenia autologiczne/wymienne** | | | | |
| Liczba przetoczeń autologicznych (ogółem) | | | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | |
| Liczba autologicznych jedn. KKCz | | | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | |
| Liczba autologicznych jedn. FFP | | | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | |
| 1. **PRACOWNIA IMMUNOLOGII TRANSFUZJOLOGICZNEJ i BANK KRWI**   (Dane dotyczą pracowni i banku działających w strukturze podmiotu leczniczego – wypełnia Kierownik Pracowni Immunologii Transfuzjologicznej) | | | | |
| * 1. **Badania przed przetoczeniem krwi i jej skladników** | | | | |
| Liczba wykonanych prób zgodności | | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | | |
| Liczba „skrzyżowanych” jednostek | | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | | |
| * 1. **Zniszczenia składników krwi** | | | | |
| **Liczba jednostek KKCz (ogółem)** | | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | | |
| W podziale na przyczyny, z podaniem liczby | | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | | |
| **Liczba opakowań KKP (ogółem)** | | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | | |
| W podziale na przyczyny, z podaniem liczby | | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | | |
| **Liczba jednostek FFP (ogółem)** | | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | | |
| W podziale na przyczyny, z podaniem liczby | | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | | |
| **Liczba jednostek krioprecypitatu**  **(ogółem)** | | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | | |
| W podziale na przyczyny, z podaniem liczby | | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | | |
| **Inne składniki (liczba opak.), jakie….** | | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | | |
| W podziale na przyczyny, z podaniem liczby | | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | | |
| * 1. **Liczba złożonych reklamacji** | | | | |
| KKCz | | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | | |
| KKP | | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | | |
| FFP | | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | | |
| Inne | | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Główne przyczyny reklamacji | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| Analiza prawidłowości zamawiania i przetaczania składników krwi oraz powodów zniszczeń  i reklamacji (opisowo) Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | |
| Wnioski z analizy Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | |
| 1. **Dzialalność lekarza odpowiedzialnego za gospodarkę krwią  i Komitetu Transfuzjologicznego** | |
| * 1. **Kontrole wewnętrzne** | |
| Liczba przeprowadzonych kontroli wewnętrznych | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| Kontrolowany obszar oraz daty kontroli wewnętrznych | (obszar - data dd.mm.rrrr)  Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| Wnioski z przeprowadzonych kontroli | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| Podjęte działania doskonalące i naprawcze/zapobiegawcze | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| * 1. **Dokumentacja** | |
| Standardowe procedury operacyjne (SOP) | |
| Liczba nowych SOP | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| Liczba wycofanych SOP | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| Liczba szkoleń związanych z wprowadzeniem nowych SOP lub nowych wersji | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| Liczba SOP poddanych kontroli | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| Wnioski z przeprowadzonych kontroli:Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | |
| Podjęte działania doskonalące i naprawcze/zapobiegawcze:Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Niepożądane zdarzenia i niepożądane reakcje (poprzetoczeniowe)** | |
| Liczba niepożądanych **zdarzeń** | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| w tym **poważnych niepożądanych zdarzeń** | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| Liczba niepożądanych **reakcji  u biorców krwi i jej składników** | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| w tym **poważnych niepożądanych reakcji u biorców krwi i jej składników** | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| Analiza niepożądanych zdarzeń i reakcji, w tym poważnych w danym okresie sprawozdawczym (opisowo)Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | |
| Wnioski z przeprowadzonej analizy:Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | |

**Dane kontaktowe Lekarza odpowiedzialnego za gospodarkę krwią:**

**Tel (służbowy):** Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

**e-mail:** Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

**Data:** Kliknij tutaj, aby wprowadzić datę.

**Podpis osoby/podpisy osób wypełniających sprawozdanie:**