# SPRAWOZDANIE ROCZNE NR II ZA 2024 ROK

Prosimy o przekazanie do RCKiK we Wrocławiu **w terminie do 30 stycznia 2024 r.** następujących informacji:

|  |
| --- |
| **Roczne sprawozdanie z krwiolecznictwa za 2024 rok** |
| …………………………………………..Pieczęć podmiotu leczniczego data  |
| Nazwa i adres podmiotu leczniczego |  |
| Imię i nazwisko Dyrektora/Prezesa podmiotu leczniczego |  |
| Adres e-mail do sekretariatu |  |
| Telefon do sekretariatu |  |
| Podmiot o zasięgu regionalnym/wojewódzkim? |  |
| Okres sprawozdawczy (od – do) | 1.01.2024 do 31.12.2024 |
| **Aktualne informacje dotyczące szpitala**  |
| Liczba wszystkich oddziałów szpitalnych |  |
| Liczba oddziałów, w których często przetaczana jest krew i jej składniki |  |
| Nazwy oddziałów, w których często przetaczana jest krew i jej składniki |  |
| Łączna liczba łóżek |  |
| **Lekarz odpowiedzialny za gospodarkę krwią** |
| Imię i nazwisko |  |
| Specjalizacje |  |
| Adres e-mail lekarza odpowiedzialnego za gospodarkę krwią |  |
| Nr telefonu lekarza odpowiedzialnego za gospodarkę krwią komórkowy i satacjonarny |  |
| Odbyte szkolenia w RCKiK we Wrocławiu z zakresu gospodarki krwią przez lekarz odpowiedzialnego za gospodarkę krwią | Ostatnie szkolenie podstawowe – data:Ostatnie szkolenia uzupełniające – daty: |
| **Komitet Transfuzjologiczny (KT)** |
| Przewodniczący Komitetu Transfuzjologicznego |
| Imię, nazwisko, afiliacja |  |
| Specjalizacje |  |
| Skład Komitetu Transfuzjologicznego(imię, nazwisko, afiliacja, pełniona funkcja) |
|  |
| Liczba spotkań KT w okresie sprawozdawczym  |  |
| Liczba spotkań KT w okresie sprawozdawczym zwołanych w trybie pozaplanowym (powód spotkań pozaplanowych) |  |
| Daty spotkań KT (dd.mm.rrrr) |  |
| **Dane dotyczące Banku Krwi****Dane za 2024 rok** |
| - adres- tel. kontaktowy- adres e-mail |  |
| Bank Krwi w strukturze podmiotu leczniczegoTAK/NIE |  |
| Jeżeli nie, to jaki podmiot jest świadczeniodawcą?Jeżeli nie, to czy zawarta jest aktualna umowa z podmiotem będącym świadczeniodawcą? |  |
| Pracownia Immunologii Transfuzjologicznej w strukturze podmiotu leczniczegoTAK/NIEJeżeli nie, to jaki podmiot jest świadczeniodawcą?Jeżeli nie, to czy zawarta jest aktualna umowa z podmiotem będącym świadczeniodawcą? |  |
| Czy Państwa Bank Krwi i/lub Pracownia Immunologii Transfuzjologicznej świadczy usługi na rzecz innego podmiotu?Jeżeli tak to dla jakiego podmiotu (nazwa) i w jakim zakresie? |  |
| Czy Bank Krwi połączony jest z Pracownią Immunologii Transfuzjologicznej?TAK/NIE |  |
| Imię i nazwiskoKierownika Banku KrwiSpecjalizacjeEmailNumer telefonu komórkowy i stacjonarny oraz numery telefonów do Banku Krwi |  |
| Czy Kierownik Banku Krwi jest jednocześnie Kierownikiem Pracowni Immunologii Transfuzjologicznej?TAK/NIE |  |
| Odbyte szkolenie w RCKiK z zakresu gospodarki krwią przez kierownika i pracowników Banku Krwi.Proszę podać imiona i nazwiska wszystkich pracowników Banku Krwi oraz daty szkoleń podstawowego i uzupełniających w zakresie gospodarki krwią, odbytych w RCKiK we Wrocławiu | Imię i i nazwisko | Data szkolenia podstawowego | Data szkolenia uzupełniającego |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Imię i Nazwisko Kierownika Pracowni Immunologii TransfuzjologicznejSpecjalizacje |  |
| Tel. kontaktowy (komórka i stacjonarny) Kierownika Pracowni Immunologii Transfuzjologicznejoraz numery telefonów do Pracowni |  |
| Adres e-mail Kierownika Pracowni Immunologii Transfuzjologicznej |  |
| **Personel podmiotu leczniczego** |
| Liczba lekarzy (ogółem) |  |
| Liczba pielęgniarek i położnych (ogółem) |  |
| Liczba pielęgniarek i położnych uprawnionych do przetaczania krwi i jej składników  |  |
| **Szkolenia pielęgniarek związane z przetaczaniem krwi i jej składników** |
| Szkolenia związane z przetaczaniem krwi i jej składników |
| Liczba przeszkolonych pielęgniarek  |  |
| 1. Szkolenia podstawowe
 |  |
| 1. Szkolenia uzupełniające
 |  |
| Liczba pielęgniarek/położnych zaplanowanych do przeszkolenia w 2024 roku  |
| Ogółem: |  |
| 1. Szkolenia podstawowe
 |  |
| 1. Szkolenia uzupełniające
 |  |
| Szkolenia wewnętrzne pielęgniarek/położnych  |
| Liczba przeprowadzonych szkoleń |  |
| Liczba przeszkolonych pielęgniarek/położnych  |  |
| Tematyka szkoleń:  |  |
| **Szkolenia lekarzy związane z przetaczaniem krwi i jej składników** |
| Szkolenia wewnętrzne |
| Liczba przeprowadzonych szkoleń |  |
| Liczba przeszkolonych lekarzy |  |
| Tematyka szkoleń |  |
| **Szkolenia zewnętrzne personelu z zakresu krwiolecznictwa** **(inne niż obowiązkowe w CKiK)** |
| Liczba odbytych szkoleń |  |
| Liczba przeszkolonych lekarzy |  |
| Liczba przeszkolonych pielęgniarek |  |
| Liczba przeszkolonych diagnostów lab. |  |
| **Wykorzystanie krwi i jej składników** |
| Liczba zamawianych składników krwi |
| **KKCz** |  |
| w tym ubogoleukocytarne (UKKCz) |  |
| w tym napromieniowane(NKKCz) |  |
| **UKKP** |  |
| w tym napromieniowane (NUKKP) |  |
| w tym inaktywowane(UKKP- inak.) |  |
| **Osocze (FFP)** |  |
| w tym inaktywowane (FFP – inakt.) |  |
| **Krioprecypitat** |  |
| Inne składniki, jakie |  |
| Liczba przetoczonych składników krwi |
| **KKCz** |  |
| w tym ubogoleukocytarne (UKKCz) |  |
| w tym napromieniowane (NKKCz) |  |
| **UKKP** |  |
| w tym napromieniowane (NUKKP) |  |
| **Osocze (FFP)** |  |
| w tym inaktywowane (FFP – inakt.) |  |
| **Krioprecypitat** |  |
| **Inne, jakie?** |  |
| Próby zgodności |
| Liczba wykonanych prób zgodności |  |
| Liczba skrzyżowanych jednostek |  |
| **Pilne transfuzje KKCz** |
| Liczba pilnych transfuzji  |  |
| Liczba jedn. przetoczonych w ramach pilnej transfuzji |  |
| **Przetoczenia autologiczne/wymienne** |
| Liczba przetoczeń autologicznych (ogółem) |  |
| Liczba autologicznych jedn. KKCz |  |
| Liczba autologicznych jedn. FFP |  |
| Liczba zniszczonych autologicznych jedn. KKCz |  |
| Liczba zniszczonych autologicznych jedn. FFP |  |
| **Zniszczenia składników krwi** |
| **Liczba KKCz (ogółem jedn.)** |  |
| W podziale na przyczyny, z podaniem liczby  |  |
| **Liczba UKKP (ogółem opak.)** |  |
| W podziale na przyczyny, z podaniem liczby |  |
| **Liczba FFP (ogółem jedn.)** |  |
| W podziale na przyczyny, z podaniem liczby |  |
| **Liczba krioprecypitatu****(ogółem jedn.)** |  |
| W podziale na przyczyny, z podaniem liczby |  |
| **Inne składniki, jakie** |  |
| W podziale na przyczyny, z podaniem liczby |  |
| **Liczba złożonych reklamacji** |
| KKCz |  |
| UKKP |  |
| FFP |  |
| Inne |  |
| Główne przyczyny reklamacji |
| Analiza prawidłowości zamawiania i przetaczania składników krwi oraz powodów zniszczeń i reklamacji (opisowo) |
| Wnioski z analizy |
| **Kontrole wewnętrzne** |
| Liczba przeprowadzonych kontroli wewnętrznych |  |
| Kontrolowany obszar oraz daty kontroli wewnętrznych | (obszar - data dd.mm.rrrr) |
| Wnioski z przeprowadzonych kontroli |  |
| Podjęte działania doskonalące i naprawcze/zapobiegawcze |  |
| **Dokumentacja** |
| Standardowe procedury operacyjne |
| Liczba nowych SOP |  |
| Liczba wycofanych SOP |  |
| Liczba szkoleń związanych z wprowadzeniem nowych SOP lub nowych wersji |  |
| Liczba SOP poddanych kontroli |  |
| Wnioski z przeprowadzonych kontroli: |
| Podjęte działania doskonalące i naprawcze/zapobiegawcze: |

|  |
| --- |
| **Niepożądane zdarzenia i reakcje poprzetoczeniowe** |
| Liczba niepożądanych **zdarzeń**  |  |
| w tym **poważnych niepożądanych zdarzeń** |  |
| Liczba niepożądanych **reakcji** |  |
| w tym **poważnych niepożądanych reakcji** |  |
| Analiza niepożądanych zdarzeń i reakcji, w tym poważnych w 2024 roku (opisowo) |
| Wnioski z przeprowadzonej analizy: |

|  |
| --- |
| **Podsumowanie rocznej działalności Komitetu** |
| Krótkie podsumowanie (opisowo) |  |
| Stwierdzone niezgodności (opisowo) |  |
| Podjęte działania (opisowo) |  |
| Zadania na kolejny rok (opisowo) |  |