# 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 leczniczego  TAK/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 leczniczego  TAK/NIE  Jeżeli 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 nazwisko  Kierownika Banku Krwi  Specjalizacje  Email  Numer 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 Transfuzjologicznej  Specjalizacje |  | | | | |
| Tel. kontaktowy (komórka i stacjonarny) Kierownika Pracowni Immunologii Transfuzjologicznej  oraz 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) |  |