Приложение №\_\_\_\_\_

**Отчет предоставляется на адрес эл. почты «omk\_sspk86@mail.ru»**

**срок до 15:00 15.01.2026**

**Заведующая отделом организации оказания медицинской помощи по профилю «Трансфузиология» Храброва Ольга Николаевна**

**8 (3462) 94-32-28**

**Форма пояснительной записки** **о деятельности учреждения, осуществляющего заготовку, переработку, хранение донорской крови и ее компонентов**

**1.** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

полный адрес, полное наименование отчитывающей организации, электронный адрес

**2.** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

номер лицензии

**3.** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. ответственное лицо за предоставленную информацию, контактный телефон (сотовый тел.)

**4. Количество населения (тыс.)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**коечный фонд** (расписать, в т.ч. реанимационные койки).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5. Характеристика материально-технической базы**: строительство новых зданий, проведение капитального ремонта, приобретение оборудования именно в отчетном году.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование оборудования | Производитель | Количество | Источник финансирования |
|  |  |  |  |

Таблица 1

**6**. **Наличие низкотемпературных камер:** указывается количество низкотемпературных камер (наименование, страна-производитель), и их объем.

Таблица 2

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование оборудования | Производитель | Объем (л) | Количество |
|  |  |  |  |

**7. Штаты.**

Указать причины изменения в штатном расписании (например, снижение объема заготовки крови и ее компонентов, реструктуризация и др.).

Таблица 3

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Категории | Число должностей | | | | Физические лица | |
| Штатные | | Занятые | |
| 2024 | 2025 | 2024 | 2025 | 2024 | 2025 |
| Врачи |  |  |  |  |  |  |
| СМП |  |  |  |  |  |  |
| Прочий персонал |  |  |  |  |  |  |
| ВСЕГО |  |  |  |  |  |  |

**8. Доноры.**

Указать**:**

* изменение числа доноров за отчетный год по сравнению с предыдущим, причины.
* данные о количестве аутодоноров крови и компонентов всего и по контингентам (беременные женщины, больные, другие лица).
* размер компенсации донорам за сданную кровь: безвозмездным, платным.

Таблица 4

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п\п | Наименование параметра | 2024 год | 2025 год | Отклонение показателя в % 2025 к 2024 |
| **1. Безвозмездные донации** | | | | |
| 1.1. | Прошло донаций крови безвозмездных |  |  |  |
| 1.2. | Прошло донаций плазмы безвозмездных |  |  |  |
| 1.3. | Прошло донаций тромбоцитного концентрата безвозмездных |  |  |  |
| 1.4 | Прошло донаций эритроцитов методом аппаратного эритроцитафереза безвозмездных |  |  |  |
| 1.5. | Объем выплаченных денежных средств (компенсации на питание) за безвозмездные донации крови и ее компонентов |  |  |  |
| 1.6. | Количество предоставленных продуктовых наборов |  |  |  |
| **2. Возмездные донации** | | | | |
| 2.1. | Прошло донаций крови возмездных |  |  |  |
| 2.2. | Прошло донаций плазмы возмездных |  |  |  |
| 2.4. | Прошло донаций тромбоцитного концентрата возмездных |  |  |  |
| 2.5. | Прошло донаций эритроцитов методом аппаратного эритроцитафереза возмездных |  |  |  |
| 2.6. | Объем выплаченных денежных средств за возмездные донации |  |  |  |

**9. Сведения о карантинизации плазмы.**

* Количество СЗП (л) всего на 31.12.2025 г.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* В том числе карантинизированной плазмы, л\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* В том числе со сроком годности 6 месяцев и менее, л\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**10. Внедрение новых технологий (гамма и рентген облучение, вирусная инактивация, криоконсервирование).**

**11. Внедрение методов диагностики.**

* Какая методика применяется для исследования образцов донорской крови: ИФА или хемилюминесцентный метод исследования\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Какая методика применяется для молекулярно-биологического исследования образцов донорской крови (определение РНК, ДНК возбудителей гемотрансмиссивных инфекций), на каком оборудовании\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**12. Фильтрация и инактивация компонентов донорской крови.**

Таблица 5

Вирус инактивированные компоненты крови

|  |  |
| --- | --- |
| Объем заготовки вирус инактивированных гемокомпонентов | |
| свежезамороженная плазма, л | тромбоцитный концентрат, доз/л |
|  |  |

\*Указать используемые способы инактивации (название, фирма)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Таблица 6

Объемы заготовки и выдачи компонентов

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Заготовлено | Выдано |
| цельная кровь, л |  | ----- |
| эритроцитные среды всего, л |  |  |
| из них лейкофильтрованные, л |  |  |
| из них эритроцитная взвесь, л |  |  |
| тромбоцитный концентрат,  литры  дозы |  |  |
| СЗП всего, л |  |  |
| из них  аппаратным методом, л |  |  |
| из них  фильтрованная, л |  |  |
| Криопреципитат, д |  |  |
| эритроцитные среды аферез, л |  |  |

\*Указать используемые способы фильтрации (название, фирма)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**13. Участвует ли учреждение в работе по рекрутингу потенциальных доноров костного мозга?** (да/нет)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Если «ДА»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | За весь период работы в федеральном регистре доноров КМ | За 2025 год |
| Подано заявлений на вступление в регистр |  |  |
| Направлено образцов крови на типирование |  |  |
| Проведено пересадок |  |  |

**14. Предложения и пожелания по улучшению деятельности учреждений службы крови, обмен опытом работы, прочая информация (раздел заполняется в обязательном порядке).**

**15. Пояснения по ф.64 «Сведения о заготовке, хранении, транспортировке и клиническом использовании донорской крови и (или) ее компонентов»**

Лицо, ответственное за предоставление информации:

ФИО, должность, контактный телефон.

Подпись руководителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_