

Objednáváme dodávku aortální alograftu ze Specializované tkáňové banky STB85 k použití u pacienta:

Jméno a příjmení pacienta: [REDACTED]

r.č.: [REDACTED]

Bytem: [REDACTED]

Výška (cm): [REDACTED]

Hmotnost (kg): [REDACTED]

Dg. slovy + kódem: **I 33.0 – infekční endokarditida**

Typ plánovaného operačního výkonu: **Náhrada kořene aorty**

Zdravotní pojišťovna: **201**

Krevní skupina (pokud preferujete kompatibilitu KS ABO):

* Velikost aortálního anulu (mm): **24 – 25 mm**

** Velikost pulmonálního anulu (mm):

*** Velikost trikuspidálního anulu (mm):

Plánovaný termín operačního výkonu: **pondělí 11.10.2021**

Operatér: [REDACTED]

Cena – 59 114 Kč

podpis, razítko

61
004
428

- * pokud plánujete náhradu aortální chlopně
- ** pokud plánujete náhradu pulmonální chlopně, či Rossovu operaci
- *** pokud plánujete použití mitrálního štěpu

Transplantační centrum
FN MOTOL
V Úvalu 84
150 06 Praha 5