

**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): **177cm**

Hmotnost (kg): [REDACTED]

Dg. slovy + kódem: **I 33.0 - Infekční endokarditida**

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

Zdravotní pojišťovna: **205**

Krevní skupina (pokud preferujete kompatibilitu KS ABO):

\* Velikost aortálního anulu (mm): **26 mm**

\*\* Velikost pulmonálního anulu (mm):

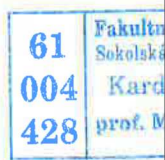
\*\*\* Velikost trikuspidálního anulu (mm):

Plánovaný termín operačního výkonu: **23.12.2018**

Operatér: [REDACTED].

Cena – 53 740 Kč

podpis, razítko



- \* 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