

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

Jméno a příjmení pacienta: [REDACTED]

Bytem: **Bavlnářská 534, 513 01 Semily**

Výška (cm): **179 cm**

Hmotnost (kg): **64 kg**

Dg. slovy + kódem: **I 35.1 - Insuficience aortální chlopně**

Typ plánovaného operačního výkonu: **Operace dle Rosse**

Zdravotní pojišťovna: **211**

Krevní skupina (pokud preferujete kompatibilitu KS ABO):

\* Velikost aortálního anulu (mm):

\*\* Velikost pulmonálního anulu (mm): **28 mm**

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

Plánovaný termín operačního výkonu: **4.1.2019**

Operatér: [REDACTED]

Cena – 53 740 Kč

podpis, razítko [REDACTED]



\* 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