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

Jméno a příjmení pacienta: [redacted]
r.č.: [redacted]
Bytem: [redacted]
Výška (cm): **173 cm** Hmotnost (kg): **76 kg**
Dg. slovy + kódem: **I33.0 - Infekční endokarditida**
Typ plánovaného operační výkonu: **Operace dle Rosse**
Zdravotní pojišťovna: **201**
Krevní skupina (pokud preferujete kompatibilitu KS ABO):
* Velikost aortálního anulu (mm):
** Velikost pulmonálního anulu (mm): **29 -.30 mm**
*** Velikost trikuspidálního anulu (mm):
Plánovaný termín operačního výkonu: **30.9.2019**

Operatér: **prof. MUDr. Jan Vojáček, Ph.D.**

Cena – 53 740 Kč

podpis, razítko

61 004 428 Fakultn... Sokolská... Kard... prof. M... [redacted]

* pokud plánujete náhradu aortální chlopně
** pokud plánujete náhradu pulmonální chlo... operaci
*** pokud plánujete použití mitrálního štěpu

Transplantační centrum
FN MOTOL
V Úvalu 84
150 06 Praha 5