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

Jméno a příjmení pacienta: [redacted]

[redacted]

Výška (cm): **170 cm** Hmotnost (kg): **84 kg**
Dg. slovy + kódem: **I 33.0 - Infekční endokarditida**
Typ plánovaného operační výkonu: **Náhrada aortálního kořene**
Zdravotní pojišťovna: **111**
Krevní skupina (pokud preferujete kompatibilitu KS ABO):
* Velikost aortálního anulu (mm): **25 mm**
** Velikost pulmonálního anulu (mm):
*** Velikost trikuspidálního anulu (mm):
Plánovaný termín operačního výkonu: **3.11.2019**

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

Cena – 53 740 Kč

podpis, razítko

61 004 428
Fakultní nemocnice Hradec Králové
Sokolská tř 581, 500 0[redacted]
Kardiochirurgi[redacted]
prof. MUDr. Jan V[redacted]
tel. 495 83[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