

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

Jméno a příjmení pacienta: [REDACTED]

r.č.: [REDACTED]

Bytem: [REDACTED]

Výška (cm): [REDACTED] cm

Hmotnost (kg): [REDACTED] kg

Dg. slovy + kódem: **I 35.2 - Stenóza aortální chlopně s insuficiencí**

Typ plánovaného operačního výkonu: [REDACTED]

Zdravotní pojišťovna: [REDACTED]

Krevní skupina (pokud preferujete kompatibilitu KS ABO):

* Velikost aortálního anulu (mm):

** Velikost pulmonálního anulu (mm): [REDACTED] mm, požadujeme velikost [REDACTED] mm

*** Velikost trikuspidálního anulu (mm):

Plánovaný termín operačního výkonu: **9.1.2017**

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