

Objednáváme dodávku aortálního 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: [redacted]

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

Zdravotní pojišťovna: [redacted]

Krevní skupina (pokud preferujete kompatibilitu KS ABO):

* Velikost aortálního anulu (mm): **požadujeme velikost** [redacted] mm

** Velikost pulmonálního anulu (mm):

*** Velikost trikuspidálního anulu (mm):

Plánovaný termín operačního výkonu: **13.2.2017**

Operátor: [redacted]

Cena – 53 740 Kč

*(aortální
aortograf)*

podpis, razítko

[redacted]

[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