

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

Jméno a příjmení pacienta: [REDACTED]

r.č.: [REDACTED]

Bytem: [REDACTED]

Výška (cm): **200 cm**

Hmotnost (kg): **78 kg**

Dg. slovy + kódem: **I 33.0 – Infekční endokarditida**

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

Zdravotní pojišťovna: **205**

Krevní skupina (pokud preferujete kompatibilitu KS ABO):

* Velikost aortálního anulu (mm): **25 mm**

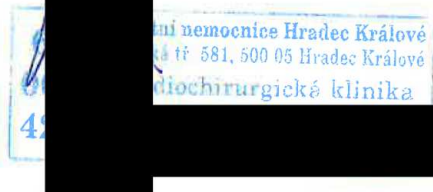
** Velikost pulmonálního anulu (mm):

*** Velikost trikuspidálního anulu (mm):

Plánovaný termín operačního výkonu: **31.3.2021**

Operatér: [REDACTED].

Cena – 59 114 Kč



podpis, razítko

* 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