

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

Jméno a příjmení pacienta: [REDACTED]

Bytem: [REDACTED]

Výška (cm): **181 cm**

Hmotnost (kg): **81 kg**

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

Typ plánovaného operačního výkonu: **Reoperace pro PVE, v modifikaci UFO**

Zdravotní pojišťovna: **111**

Krevní skupina (pokud preferujete kompatibilitu KS ABO):

* Velikost aortálního anulu (mm): **23 mm**

** Velikost pulmonálního anulu (mm):

*** Velikost trikuspidálního anulu (mm):

Plánovaný termín operačního výkonu: **5.4.2022**

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