

**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] Hmotnost (kg): [REDACTED] kg

Dg. slovy + kódem: [REDACTED]

Typ plánovaného operačního výkonu: **Operace dle Rosse**

Zdravotní pojišťovna: [REDACTED]

Krevní skupina (pokud preferujete kompatibilitu KS ABO):

* Velikost aortálního anulu (mm): [REDACTED]

** Velikost pulmonálního anulu (mm): [REDACTED] mm

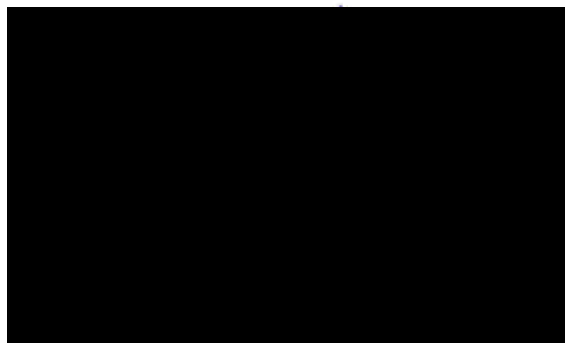
*** Velikost trikuspidálního anulu (mm): [REDACTED]

Plánovaný termín operačního výkonu: **6.4.2017**

Operatér: [REDACTED]

Cena – 53 740 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