

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: [REDACTED]

Zdravotní pojišťovna: [REDACTED]

Krevní skupina (pokud preferujete kompatibilitu KS ABO):

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

** Velikost pulmonálního anulu (mm):

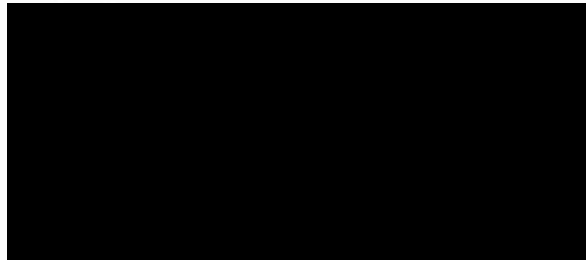
*** Velikost trikuspidálního anulu (mm);

Plánovaný termín operačního výkonu: *19. června 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