

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

Jméno a příjmení pacienta: [REDACTED]

r.č.: [REDACTED]

Výška (cm): [REDACTED]

Hmotnost (kg): [REDACTED]

Dg. slovy + kódem: **I 35.1 – insuficience aortální chlopně**

Typ plánovaného operačního výkonu: **AVP/Ross**

Zdravotní pojišťovna: [REDACTED]

Krevní skupina (pokud preferujete kompatibilitu KS ABO):

\* Velikost aortálního anulu (mm):

\*\* Velikost pulmonálního anulu (mm): **30 mm**

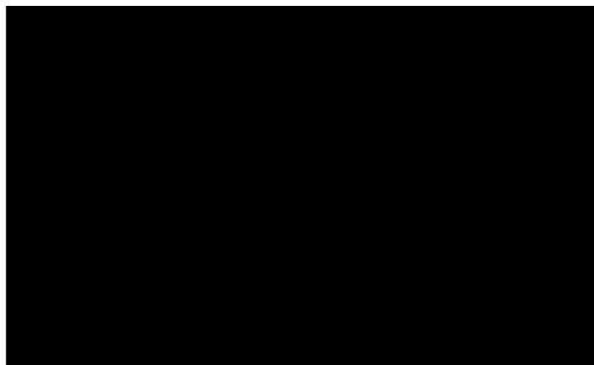
\*\*\* Velikost trikuspidálního anulu (mm):

Plánovaný termín operačního výkonu: úterý **23.1.2024**

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