

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 UAV**

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

Zdravotní pojišťovna: [REDACTED]

Krevní skupina (pokud preferujete kompatibilitu KS ABO):

* Velikost aortálního anulu (mm):

** Velikost pulmonálního anulu (mm): **29 mm**

*** Velikost trikuspidálního anulu (mm):

Plánovaný termín operačního výkonu: **čtvrtek 18.1.2024**

Operátor: [REDACTED]

Cena – 59 114 Kč

podpis, razítko

61
004
428

* 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