



**Oddělení transplantací a tkáňové banky**  
Tkáňové zařízení STB85

Fakultní nemocnice v Motole,  
V Úvalu 84, 150 06 PRAHA 5  
Tel.: 257 221 056, 224 433 000-1, Fax: 257 221 056

**Objednávka dodání alotransplantátu srdeční chlopně (ASCH)**

**Aortálního\***  **pulmonálního\*\***  **mitrálního\*\*\***   
**Aorto-mitrální blok**  **k použití u pacienta:**

Jméno a příjmení pacienta	[redacted]
r.č.	[redacted]
Bytem	[redacted]
Zdravotní pojišťovna	[redacted]
Krevní skupina Rh faktor (pokud preferujete kompatibilitu KS ABO)	
Výška (cm) / Hmotnost (kg)	[redacted]
Dg. slovy + kódem	<b>I 33.0 Infekční endokarditida</b>
Typ plánovaného operační výkonu	<b>Reoperace: AVR, MVP</b>
* Velikost aortálního anulu	<b>22 mm</b>
** Velikost pulmonálního anulu	<b>mm</b>
*** Velikost trikuspidálního anulu	<b>mm</b>
Plánovaný termín operačního výkonu	<b>Úterý 12.3.2024</b>
Zvláštní požadavky	
Operatér	[redacted]
Adresa pracoviště a telefonické i elektronické spojení	<b>Fakultní nemocnice Hradec Králové Kardiochirurgická klinika Sokolská tř. 581, 500 05 Hradec Králové</b> [redacted]

podpis, razítko

- \* pokud plánujete náhradu aortální chlopně
- \*\* pokud plánujete náhradu pulmonální chlopně, či Rossovu operaci
- \*\*\* pokud plánujete použití mitrálního štěpu

