

Objednáváme dodávku pulmonální 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: **I 33.0 - Infekční endokarditida**

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): **26 mm, požadujeme alograft 27-28 mm**

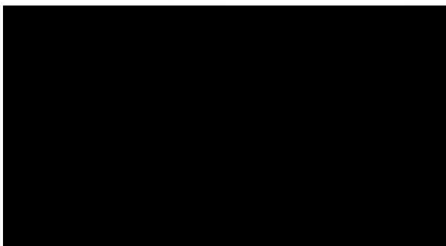
*** Velikost trikuspidálního anulu (mm):

Plánovaný termín operačního výkonu: **14.11.2017**

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