



FAKULTNÍ NEMOCNICE KRÁLOVSKÉ VINOHRADY
OČNÍ TKÁŇOVÁ BANKA při Oftalmologické klinice
 Šrobárova 1150/50, 100 34 Praha 10, IČO 00064173
 Tel: 267 162 267, 267 163 678 Fax: 267 311 835
 Email: MOBP@FNKV.CZ, EYEBANK@FNKV.CZ



Pooperační zpráva

JE NEDÍLNOU SOUČÁSTÍ DOKUMENTACE DÁRCE!
ŽÁDÁME O JEJÍ PODROBNÉ VYPLNĚNÍ A ZASLÁNÍ ZPĚT OČNÍ TKÁŇOVÉ BANCE
DO 7 DNŮ OD POUŽITÍ NA UVEDENÉ KONTAKTY! INFORMACE SLOUŽÍ K POVINNÉ
SLEDOVATELNOSTI TKÁNĚ A K PŘEDÁNÍ ÚDAJŮ PRO KOORDINAČNÍ STŘEDISKO
TRANSPLANTACÍ

TKÁŇ č. / ID / :					
TKÁŇ NEPOUŽITA <small>podrobnou zprávu</small>	Pokud nebyla tkáň použita k transplantaci, prosíme, vyznačte důvod!				
	<input type="checkbox"/> Tkáň je nevhodná (popište důvod) _____ <input type="checkbox"/> Nahodilé poškození tkáně/např.v důsledku nehody/ <input type="checkbox"/> Jiné (uvedte jaké) _____				
INFORMACE O PŘÍJEMCI	JMÉNO A PŘÍJMENÍ _____ ZDRAVOTNÍ POJIŠTOVNA _____				
	DATUM NAROZENÍ _____ VĚK _____ DIAGNOZA: _____				
	POHLAVÍ <input type="checkbox"/> MUŽ <input type="checkbox"/> ŽENA				
ÚDAJE O PROVEDENÉ OPERACI	JMÉNO OPERATÉRA _____ NÁZEV NEMOCNICE _____				
	DATUM OPERACE _____ ADRESA _____				
	DRUH OPERACE _____ ULICE _____ MĚSTO _____ <input type="checkbox"/> PKP <input type="checkbox"/> PERFORACE <input type="checkbox"/> JINÉ (popište): _____ <input type="checkbox"/> LKP <input type="checkbox"/> PŘÍČINA PERFORACE? _____				
PŘEDOPERAČNÍ DIAGNOZA U PŘÍJEMCE	<table border="0"> <tr> <th style="text-align: left;">OPEROVANÉ OKO</th> <th style="text-align: left;">NEOPEROVANÉ OKO</th> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Afakická bulózní keratopathie <input type="checkbox"/> Pseudofakická bulózní keratopathie <input type="checkbox"/> Kongenitální opacity <input type="checkbox"/> Korneální jizvy nebo edém <input type="checkbox"/> Glaukom <input type="checkbox"/> Keratoconus <input type="checkbox"/> Perforace <input type="checkbox"/> Rejekce <input type="checkbox"/> Slepé či bolestivé oko <input type="checkbox"/> Melanom <input type="checkbox"/> Retinoblastom <input type="checkbox"/> Předchozí keratoplastiky (Počet: _____) <input type="checkbox"/> Jiné: _____ </td> <td> <input type="checkbox"/> Afakická bulózní keratopathie <input type="checkbox"/> Pseudofakická bulózní keratopathie <input type="checkbox"/> Kongenitální opacity <input type="checkbox"/> Korneální jizvy nebo edém <input type="checkbox"/> Glaukom <input type="checkbox"/> Keratoconus <input type="checkbox"/> Perforace <input type="checkbox"/> Rejekce <input type="checkbox"/> Slepé či bolestivé oko <input type="checkbox"/> Melanom <input type="checkbox"/> Retinoblastom <input type="checkbox"/> Předchozí keratoplastiky (Počet: _____) <input type="checkbox"/> Jiné: _____ </td> </tr> </table>	OPEROVANÉ OKO	NEOPEROVANÉ OKO	<input type="checkbox"/> Afakická bulózní keratopathie <input type="checkbox"/> Pseudofakická bulózní keratopathie <input type="checkbox"/> Kongenitální opacity <input type="checkbox"/> Korneální jizvy nebo edém <input type="checkbox"/> Glaukom <input type="checkbox"/> Keratoconus <input type="checkbox"/> Perforace <input type="checkbox"/> Rejekce <input type="checkbox"/> Slepé či bolestivé oko <input type="checkbox"/> Melanom <input type="checkbox"/> Retinoblastom <input type="checkbox"/> Předchozí keratoplastiky (Počet: _____) <input type="checkbox"/> Jiné: _____	<input type="checkbox"/> Afakická bulózní keratopathie <input type="checkbox"/> Pseudofakická bulózní keratopathie <input type="checkbox"/> Kongenitální opacity <input type="checkbox"/> Korneální jizvy nebo edém <input type="checkbox"/> Glaukom <input type="checkbox"/> Keratoconus <input type="checkbox"/> Perforace <input type="checkbox"/> Rejekce <input type="checkbox"/> Slepé či bolestivé oko <input type="checkbox"/> Melanom <input type="checkbox"/> Retinoblastom <input type="checkbox"/> Předchozí keratoplastiky (Počet: _____) <input type="checkbox"/> Jiné: _____
	OPEROVANÉ OKO	NEOPEROVANÉ OKO			
<input type="checkbox"/> Afakická bulózní keratopathie <input type="checkbox"/> Pseudofakická bulózní keratopathie <input type="checkbox"/> Kongenitální opacity <input type="checkbox"/> Korneální jizvy nebo edém <input type="checkbox"/> Glaukom <input type="checkbox"/> Keratoconus <input type="checkbox"/> Perforace <input type="checkbox"/> Rejekce <input type="checkbox"/> Slepé či bolestivé oko <input type="checkbox"/> Melanom <input type="checkbox"/> Retinoblastom <input type="checkbox"/> Předchozí keratoplastiky (Počet: _____) <input type="checkbox"/> Jiné: _____	<input type="checkbox"/> Afakická bulózní keratopathie <input type="checkbox"/> Pseudofakická bulózní keratopathie <input type="checkbox"/> Kongenitální opacity <input type="checkbox"/> Korneální jizvy nebo edém <input type="checkbox"/> Glaukom <input type="checkbox"/> Keratoconus <input type="checkbox"/> Perforace <input type="checkbox"/> Rejekce <input type="checkbox"/> Slepé či bolestivé oko <input type="checkbox"/> Melanom <input type="checkbox"/> Retinoblastom <input type="checkbox"/> Předchozí keratoplastiky (Počet: _____) <input type="checkbox"/> Jiné: _____				