

## POOPERAČNÁ SPRÁVA

Správa je súčasťou dokumentácie darcu!  
Žiadame o **dôsledné a podrobné** vyplnenie správy a jej spätné zaslanie do tkanivového zariadenia **do 3 dní od transplantácie!**  
Informácie slúžia pre povinnú výsledovateľnosť tkaniva a pre poskytnutie údajov Národnej transplantlačnej organizácii.

### 1. TRANSPLANTÁT

Názov transplantátu

Identifikačné číslo transplantátu (jednotný európsky kód)

### 2. TRANSPLANTUJÚCE ZDRAVOTNÍCKE ZARIADENIE

### 3. INFORMÁCIE O PRÍJEMCOVI

Meno a priezvisko

Rodné číslo

ZP (kód)

### 4. HOSPITALIZÁCIA A OPERAČNÝ VÝKON

Dátum hospitalizácie

Dátum operačného výkonu

Druh operačného výkonu

Komplikácie počas operácie

Meno operátora

### 5. PREDOPERAČNÁ DIAGNÓZA PACIENTA

#### Operované oko ☐ L' ☐ P

- ☐ afakická bulózna keratopatia
- ☐ pseudofakická bulózna keratopatia
- ☐ kongenitálne opacity
- ☐ jazvy alebo edém rohovky
- ☐ glaukóm
- ☐ keratokónus
- ☐ perforácia
- ☐ rejekcia
- ☐ slepé (bolestivé) oko
- ☐ melanóm
- ☐ retinoblastóm
- ☐ predchádzajúce keratoplastiky (počet): .....
- ☐ iná: .....

#### Neoperované oko ☐ L' ☐ P

- ☐ afakická bulózna keratopatia
- ☐ pseudofakická bulózna keratopatia
- ☐ kongenitálne opacity
- ☐ jazvy alebo edém rohovky
- ☐ glaukóm
- ☐ keratokónus
- ☐ perforácia
- ☐ rejekcia
- ☐ slepé (bolestivé) oko
- ☐ melanóm
- ☐ retinoblastóm
- ☐ predchádzajúce keratoplastiky (počet): .....
- ☐ iná: .....
- ☐ žiadna

Kód očnej diagnózy

Iné závažné ochorenia

### 6. POTVRDENIE OBJEDNÁVATEĽA O SPRÁVNOSTI ÚDAJOV

Dátum / čas

Pečiatka a podpis lekára