Lp.	Data	Imię i nazwisko chorego	Imię i nazwisko lekarza lub numer statystyczny	Nazwa leku Dawka jednorazowa	Rodzaj wstrzykn.			Inny zabieg	Ilość zleconych zabiegów
					podskórnie	domięśn.	dożylnie		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10