Lp	Data	Nazwisko i imię pacjenta	Nazwisko i imię lekarza	Znieczulenie nazwa leku i sposób podania
1	2	3	4	5

Rodzaj badania	Wycinki	Oddział/poradnia Nr wyniku hist-pat.	Data sterylizacji	Aparat	Asysta/podpis
6	7	8	9	10	11