نام بخش :

ردیف	کد پذیرش	نام نام خانوادگی بیمار	نوع عمل	نام جراح	زمان تزریق آنتی بیوتیک پروفیلاکسی	زمان شروع عمل	نوع انتی بیوتیک پروفیلاکسی	تاریخ شروع	تاریخ قطع