								,							
4 RESUMEN DE TRATAN	I IENTO Y PI	ROCE	O IM	IE N	· O	S 1	TERAPI	ÉUTIC	os						
16/01/2021 INGRESO															
1 NADA POR VIA ORAL															
2 LACTATO RINGER 1000ML PASAR A 40ML/HORA															
3 COMUNICAR NOVEDADES															
4 CONSENTIMIENTO INFORMADO															
5 PASE A QUIROFANO A HORA INDICADA															
16/01/2021 NOTA POSTQUIRURGICA															
	1 NADA POR VIA ORAL POR 4 HORAS, DIETA GENERAL MAÑANA														
2 SOLUCION SALINA 0.9% 1000ML PASA		INAINA													
3 BUPIVICAINA 0.125% INTRAVENOSO P															
4 CEFAZOLINA 1 GRAMO INTRAVENOSO															
5 RANITIDINA 50 MILIGRAMOS INTRAVENOSO CADA 12 HORAS															
6 METAMIZOL 1 GRAMO INTRAVENOSO CADA 8 HORAS															
7 PARACETAMOL 1 GRAMO INTRAVENOSO CADA 8 HORAS															
8 BROMURO DE HIOSCINA 1 GRAMO INTRAVENOSO POR RAZONES NECESARIAS															
9 TOLTERODINA 4 MILIGRAMOS SR VIA ORAL 8 AM															
10 ONDANSETRON 4 MILIGRAMOS INTRAVENOSO CADA 12 HORAS															
11 SE PLANIFICA RETIRO DE CATETER EPIDURAL 48 O 72 HORAS															
21. 1 m. s 1 m. se s. c. t. e. s. c. t. e. s. c. t. e. s. c. t. e. s. c.															
17/01/2021															
1 SOLUCION SALINA 0,9% 1000ML INTRA	AVENOSO PASAR A	.80CC/H													
<u> </u>															
	PRE=PRESUNTIVO)	PR	DE						PRE=PRESUNTIVO		PR	DE		
5 DIAGNÓSTICOS INGRESO	DEF= DEFINITIVO	CIE	E	F		6	DIAGNO	STICOS	EGRESO	DEF= DEFINITIVO	CIE	E	F		
1 TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA		C61.0		х		1	TUMOR MA	LIGNO DE	LA PROSTATA				X		
2					Н	2									
						_									
3						3									
4						4									
5					Н	5									
					Н										
6						6									
7 CONDICIONES DE EGI	RESO Y PRO	ONOST	TICC)											
PACIENTE POSTQUIRURGICO, HEMODINA	AMICAMENTES EST	TABLE ES D	DADO	DE AL	ГА C	CON I	NDICACION	IES MEDI	CAS MAS SIGNO	OS DE ALARMA					
,															
8 MÉDICOS TRATANTES	;														
N O M B	RES						ESPECIALI	DAD	CÓDIGO	PERIODODE	RESPONSA	ABILIC	AD		
1															
2															
3															
					—										
4															
9 EGRESO															
ALTA DEFINITIVA X ASINTOMÁTICO DISCAPACIDAD MODERADA					RETIRO AUTORIZADO			DEFUNCIÓN ME	AS DE ESTA	DA	6				
ALTA TRANSITORIA DISCAPACIDAD LEVE		DISCAPACIDAD GRAVE				RETIRO NO			DE 48 H	DÍAS	DE	0			
NEW HOUSENESS	NOMBRE DEI Dria.					AUTORIZADO			48 HORAS INCAPACIDAD						
FECHA 18/01/2021 HORA 13:12		or/a. Or/a. ALICIA JUANA	PADILL	A GUANO			3304	FIRMA			DE HO		2		
SNS-MSP / HCU-form.006 / 2008										E	PICRIS	is	(2)		