

## **PLAN DE EGRESO**

## ÁREA -EDICA HOSPITALIZACIÓN

|                                                                                                             | <u> </u>                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                               |                                         | <del></del>                                                      |                                     | L              |               |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------|---------------|--|
| 1. NOMBRE: ROH YUPA                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                               |                                         | EDAD:                                                            |                                     | MÉDICO:        | DR. MORENO    |  |
|                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                  | 3/2023 FECHA DE EGRE                                                                                          |                                         | EGRESO:                                                          | 19/08/2023                          |                | H.CL: 302872  |  |
| EGRESA EN: SILLA DE RUEDAS:                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                  | X CAMILLA:                                                                                                    |                                         | CAMINANDO:                                                       |                                     | OTRO:          |               |  |
| 2. MEDICACIÓN : debe t                                                                                      | omar las sig                                                                                                                                                                                                                                                     | guientes me                                                                                                   | edicinas :                              |                                                                  |                                     |                |               |  |
| MEDICACIÓN                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                  | DOSIS                                                                                                         |                                         | VIA                                                              | HORARIO                             |                |               |  |
| OMEPRAZOL 20MG                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                  | 1 TABLETA                                                                                                     |                                         | ORAL                                                             | 30 MINUTPREVIO A DESAYUNO POR 5 DIA |                |               |  |
| FILGASTRIM 300MCG                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                  | 1 AMPOLLA                                                                                                     |                                         |                                                                  | ALREDEDOR DEL OMBLIGO POR 7 DIAS    |                |               |  |
| METOCLOPRAMIDA 10 MG                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                  | 1 TABLETA                                                                                                     |                                         | ORAL                                                             | PREVIO A CADA COMIDA PRINCIPAL      |                |               |  |
| TRAMADOL 100MMG/ML                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                  | 10 GOTAS                                                                                                      |                                         | ORAL                                                             | 7AM,2PM,10PM                        |                |               |  |
| PARACETAMOL 500MG                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                  | 2 TABLETAS                                                                                                    |                                         | ORAL                                                             | 8AM, 8 PM                           | 01141          |               |  |
| ONDASENTRON 8 MG                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                  | 1 TABLETA                                                                                                     |                                         | ORAL                                                             | ANTES DEL DESAYUNO Y MERIENDA       |                |               |  |
| AMITRIPTILINA 25 MG                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                  | 1 TABLETA                                                                                                     |                                         | ORAL                                                             | 9 NOCHE                             |                |               |  |
| AUTOMA TIENAA 23 WIG                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                  | T TABLETA                                                                                                     |                                         | ONAL                                                             | 3 NOCHE                             |                |               |  |
|                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                               |                                         | <del></del>                                                      |                                     |                |               |  |
|                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                               | • • • • • • • • • • • • • • • • • • • • |                                                                  |                                     |                |               |  |
|                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                               |                                         |                                                                  | <del> </del>                        |                |               |  |
|                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                               | <del></del> -                           | <del></del>                                                      | L                                   | <u> </u>       |               |  |
| 3. DIETA SEGÚN ESQUEMA ENTREGADO POR NUTRICIÓN                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                               |                                         |                                                                  |                                     |                |               |  |
| A DILIA                                                                                                     | 320011 230                                                                                                                                                                                                                                                       | ZOEIVIA EIVI                                                                                                  | REGADO POR IN                           | IOTRICION                                                        | <del></del>                         |                |               |  |
|                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                               |                                         |                                                                  |                                     | <del></del>    |               |  |
| 4. ACTIVIDAD                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                               |                                         |                                                                  |                                     |                |               |  |
|                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                               |                                         |                                                                  |                                     |                |               |  |
|                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                               |                                         |                                                                  |                                     |                |               |  |
|                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                  | -                                                                                                             |                                         |                                                                  |                                     | <del></del> -  |               |  |
|                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                               |                                         |                                                                  |                                     |                |               |  |
| 5. PRÓXIMO                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                  | DR. MORENO 11/09/2023 A LAS 10:00, ACUDIR A CITA CON TERAPIA DOLOR 29/09/2023 A LAS 12:20                     |                                         |                                                                  |                                     |                |               |  |
| CONTROL                                                                                                     | LABORATORIO PREVIO A CITA 08/09/2023 07:00, ACUDIR CON DR. GUALLASAMIN EL 14/11/2023 09:20 ACUDIR A RADIOTERAPIA SEGÚN AGENDAMIENTO 21/08/2023 A LAS 17:45                                                                                                       |                                                                                                               |                                         |                                                                  |                                     |                |               |  |
| CONTINUE                                                                                                    | ACUDIR A F                                                                                                                                                                                                                                                       | RADIOTERAI                                                                                                    | PIA SEGÚN AGE                           | NDAMIENT                                                         | O 21/08/2023 A I                    | AS 17:45       |               |  |
|                                                                                                             | ACUDIR A F                                                                                                                                                                                                                                                       | EMERGENCI                                                                                                     | A SI PRESENTA:                          | DIARREA. V                                                       | OMITO DIFICUIT                      | TAD RESPIRA    | TORIA         |  |
| I D. SIGINUS IJE                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                  | A EMERGENCIA SI PRESENTA: DIARREA, VOMITO, DIFICULTAD RESPIRATORIA ACIONES DEL ESATDO DE CONCIENCIA, SANGRADO |                                         |                                                                  |                                     |                |               |  |
| ALARMA                                                                                                      | , nereli de contro de contretion, anionado                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                               |                                         |                                                                  |                                     |                |               |  |
|                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                               | <del></del>                             |                                                                  |                                     |                |               |  |
| T OTDAC                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                               |                                         |                                                                  |                                     |                |               |  |
| 7. OTRAS                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                               |                                         |                                                                  |                                     |                |               |  |
| INDICACIONES                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                               |                                         |                                                                  |                                     |                |               |  |
|                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                               |                                         |                                                                  |                                     |                |               |  |
|                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                               |                                         |                                                                  |                                     |                |               |  |
|                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                               |                                         |                                                                  |                                     |                |               |  |
| 8. CURACIÓN                                                                                                 | EN EMER                                                                                                                                                                                                                                                          | RGENCIA:                                                                                                      |                                         |                                                                  |                                     |                |               |  |
|                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                               |                                         |                                                                  |                                     |                |               |  |
|                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                               |                                         |                                                                  |                                     |                | -             |  |
| 9. RETIRO DE                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                               |                                         |                                                                  |                                     |                |               |  |
|                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                               |                                         | <del></del>                                                      |                                     |                |               |  |
| PUNTOS                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                               |                                         |                                                                  |                                     | <del></del>    |               |  |
| 10. MANEJO DE                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                               |                                         |                                                                  |                                     |                |               |  |
|                                                                                                             | Coloque dentro de un recipiente de plástico y rígido con tapa: Jeringas con aguja fija, agujas, ampollas, f<br>vidrio de medicamentos y entregar en Consulta Externa, Hospitalización o Emergencia<br>Recuerde que estos desechos son: INFECCIOSOS - PELIGROSOS. |                                                                                                               |                                         |                                                                  |                                     |                |               |  |
| DESECHOS                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                               |                                         |                                                                  |                                     |                |               |  |
| SANITARIOS EN EL                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                               |                                         |                                                                  |                                     |                |               |  |
| DOMICILIO                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                               |                                         |                                                                  |                                     |                |               |  |
| RECONFIRMO QUE LAS INDICACIONES Y CUIDADOS PARA EL DOMICILIO FUERON ENTENDIDAS POR EL FAMILIAR Y/O PACIENTE |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                               |                                         |                                                                  |                                     |                |               |  |
| 11. PACIENTE O FAMILIAR QUIEN RECIBE LA INFORMACIÓN 12. ENFERMERA/O RESPONSABLE                             |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                               |                                         |                                                                  |                                     |                |               |  |
|                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                               |                                         |                                                                  |                                     | I I            | O RESPONSABLE |  |
| NOMBRE: Jemin 1204 NOMBRE: Ichily                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                               |                                         |                                                                  |                                     |                |               |  |
| SOLCA NUCLEO DE QUITO                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                               |                                         |                                                                  |                                     |                | LEO DE QUITO  |  |
| FIRMA CILLO                                                                                                 | /                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                               |                                         | Luda: Rost et Lombeida  FIRMA Y SELLO: ENFERGERA CUIDAGO DIRECTO |                                     | UIDADC DIRECTO |               |  |
| FIRIVIA ( 1040-2019-2116/34                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                               |                                         |                                                                  |                                     |                | 2019-2116/3*  |  |
| c.i: 3050514821                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                               |                                         |                                                                  |                                     |                |               |  |