



NÚCLEO DE QUITO

PLAN DE EGRESO

ÁREA MÉDICA
HOSPITALIZACIÓN

1. NOMBRE: QUINONEZ MONTENEGRO RICARDO MARCELO | EDAD: 55 años | MÉDICO: DR. VILLARROEL
FECHA DE INGRESO: 23/08/2023 | FECHA DE EGRESO: 28/08/2023 | H.CL: 301736
EGRESA EN: SILLA DE RUEDAS: X | CAMILLA: | CAMINANDO: | OTRO: |

2. MEDICACIÓN : debe tomar las siguientes medicinas :

| MEDICACIÓN | DOSIS | VIA | HORARIO |
|---------------------|--------------------------------|--------------|---|
| ONDASENTRON 8 MG | 1 TABLETA PULVERIZADA | GASTROSTOMIA | 8:00 AM Y 20:00 POR 5 DIAS |
| MORFINA 10MG | MEDIA AMPOLLA | SUBCUTANEO | EN CASO DE DOLOR |
| AMITRIPTILINA 25MG | MEDIA TABLETA | GASTROSTOMIA | CADA DIA 9 NOCHE |
| METOCLOPRAMIDA 10MG | 1 TABLETA PULVERIZADA | GASTROSTOMIA | ANTES DE CADA COMIDA PRINCIPAL |
| LACTULOSA JARABE | 20ML | GASTROSTOMIA | CADA DIA 20:00 SUSPENDER SI DIARREA |
| NISTATINA JARABE | 5ML | ORAL | REALIZAR ENJUAGUES 14:00,22:00,06:00 |
| FILGASTRIM 300UG | 1 AMPOLLA | SUBCUTANEO | CADA DIA POR 5 DIAS DESDE EL 29/08/2023 A LAS 11:00 AM |
| MORFINA 10MG | MEZCLAR 1 AMPOLLA DE MORFINA + | GASTROSTOMIA | 8:00AM,12:00PM,16:00PM,20:00PM |
| PARACETAMOL 160/5ML | 4ML DE PARACETAMOL | GASTROSTOMIA | 24:00AM,04:00AM CADA 4 HORAS |
| | | | |

DIETA

SEGÚN ESQUEMA ENTREGADO POR NUTRICIÓN

4. ACTIVIDAD

5. PRÓXIMO
CONTROL

DR. VILLARROEL 13/09/2023 A LAS 09:40

ACUDIR A LABORATORIO PREVIA CITA EL 13/09/2023 A LAS 07:00

REAGENDAR CITA CON TERAPIA DEL DOLOR

6. SIGNOS DE
ALARMAACUDIR A EMERGENCIA SI PRESENTA: DIARREA, VOMITO, DIFICULTAD RESPIRATORIA
ALTERACIONES DEL ESTADO DE CONCIENCIA, SANGRADO7. OTRAS
INDICACIONES

8. CURACIÓN

EN EMERGENCIA :

9. RETIRO DE
PUNTOS10. MANEJO DE
DESECHOS
SANITARIOS EN EL
DOMICILIOColoque dentro de un recipiente de plástico y rígido con tapa : Jeringas con aguja fija, agujas, ampollas, fra
vidrio de medicamentos y entregar en Consulta Externa, Hospitalización o Emergencia
Recuerde que estos desechos son: INFECCIOSOS - PELIGROSOS.

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

NOMBRE:

FIRMA

C.I.:

12. ENFERMERA/O RESPONSABLE

NOMBRE:

FIRMA Y SELLO :

Lcda. Lissette Rivera
ENFERMERA
C.C.P. 1010-14-1311751