

PLAN DE EGRESO

ÁREA MÉDICA HOSPITALIZACIÓN

1. NOMBRE: GUARANGA PILCO GENESIS MONSERRATH EDAD:					11. años MÉDICO: DRA. VALENCIA				
FECHA DE INGRESO:	023	FECHA DE	EGRESO:	12/08/2		H.CL:	269949		
EGRESA EN : SILLA DE RUEDAS: CAMILLA:				CAMINANDO:					
2. MEDICACIÓN : debe tomar las siguientes medicinas :									
MEDICACIÓN			DOSIS		VIA	T	HORARIO		
VORICONAZOL		1 COMPRIMIDO		ORAL					
VOMCONAZOL		T COMPRIMIDO		JONAL	10 AM Y 10 PM POR UN MES				
COTRIMOXAZOL		160MG: 1 TABLETA			IOSAL	PARA V D DIA DORINGO LI GIEGO			
COTKINONAZOL		80MG: MEDIA TABLETA			ORAL	8AM Y 8 PM, DOMINGO, LUNES Y			
ONDASETRON		8MG			OD41	MARTES			
OHOADEHRON		owa			ORAL	12AM, 20PM, 04 AM POR UN DIA Y LUEGO POR RAZONES NECESARIAS			
						LUEGO POP	KAZUNES NEC	ESAKIAS	
				•					

						<u> </u>			
3. DIETA SEGÚN ESQUEMA ENTREGADO POR NUTRICIÓN									
4. ACTIVIDAD	REPOSO REL	SO RELATIVO							
EVITAR C		R CAIDAS							
								············	
5. PRÓXIMO		R POR CONSULTA EXTERNA WL 28/8/23							
CONTROL	ACOUNTOR	CONSULIA	EXIETIVA VVL	. 40/0/23					
6. SIGNOS DE	ACUDIR A EMERGENCIA SI PRESENTA: DOLOR ABDOMINAL, FIEBRE DE 38°C, VOMITO, TOS, DIFICULTAD								
ALARMA	PARA RESPIRAR, SANGRADOS, LESIONES EN LA BOCA, DOLOR GENERALIZADO, DIARREA, DOLOR DE								
CHCHMEICE	CABEZA O CUALQUIER OTRA NOVEDAD ACUDIR POR EMERGENCIA DE SOLCA								
	LLAMAR A TELEFONO 2419-773 EXTENSION 2199 2202								
7. OTRAS	BAÑO DIARIO	DIARIO							
INDICACIONES	USO DE MAS	D DE MASCARILLA							
***************************************		DO DE MANOS ESTRICTO DE PACIENTE Y FAMILIARES							
		AR CONTACTO CON PERSONAS ENFERMAS DE GRIPE							
8. CURACIÓN	EN EMERG	ENCIA ·							
9. RETIRO DE									
PUNTOS									
runius									
10. MANEJO DE	Cologue den	tro do un ra	cinianto da n	láctico v eleje	da can tana i lar	10.505 506 35	uis filo seules		
	Coloque 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								
SANITARIOS EN EL	Recuerde que estos desechos son: INFECCIOSOS - PELIGROSOS.								
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						1. F			

NOMBRE: Pileo	uda				NOMBRE:	(como Cuo (
						Lic.	Connie Cano (2011ев	
EIDAMA COM	}				FIRMA Y SELLO :	•	NFERME	- 2000 12	
FIRMA JAMA					instruct I Jillid i		1.: 0955928;	361	
C.1: 06040	4719-	1				2.3 30, 30/3			