

PLAN DE EGRESO

ÁREA MEDICA HOSPITALIZACIÓN

						<u> </u>		
1. NOMBRE: CABRERA JIMENEZ MARIA DEL ROSARIO				EDAD:	82 años MÉDICO:		LANDAZURI	
		3/2023 FECHA DE EGRESO:		08/09/2023		H.CL: 222534		
EGRESA EN : SILLA DE	X CAMILLA:		CAMINANDO:		OTRO:			
2. MEDICACIÓN: debe t	tomar las sig	guientes m	edicinas :			-		
MEDICACIÓN		DOSIS			VIA	HORARIO		
AMOXICILINA MAS ACIDO		1TABLETA						
CLAVULAMICO500MG		TIABLEIA		ORAL	14:00-22:00-06:00 HASTA TERMINAR ME			
		445400114			MEDICACIO	<u>N</u>		
ENOXAPARINA 40MG		1AMPOLIA		SC	18:00:00			
AMLODIPINA 5MG		1TABLETA		ORAL	18.00		-	
SIMVASTATINA		1TABLETA			ORAL	22:00:00		
LOSARTAN 100MG		1TABLETA		ORAL	7:00:00			
PARACETAMOL 500MG		ZTABLETAS		ORAL	20:00-08:00			
TRAMADOL 100MG FRASCO		20GOTAS		ORAL	10:00-22:00			
LOIDOCAINA PARCHE 5%		1PARCHE		SC	COLOCARSE 8:00Y RETIRARSE 20:00			
						<u> </u>		
3. DIETA	SEGÚN ES	QUEMA EN	TREGADO POR	NUTRICIÓN				
		•						
4. ACTIVIDAD	REPOSOS RELATIVO AMBULATORIO ASISTIDA							
	LAVADO DE HERIDA TODOS LOS DIAS CON AGUA Y JABON, SECAR Y LIMPIAR CON ALCOHOL,							
	MANTENER HERIDA SECA Y VENTILADA NO MANIPULAR, NO COLOCARSE CREMAS							
EN CONSULTA EXTERNA DR. LANDAZURI EN 15 DIAS								
5. PRÓXIMO								
CONTROL					-		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
6. SIGNOS DE	ACUDIR A EMERGENCIA SI PRESENTA: DOLOR QUE NO CEDE CON LA MEDICACION, MALESTAR GENERAL							
	FIEBRE SALIDA DE SECRECION POR HERIDA							
ALARMA						<u>-</u>		
					· •	_		
7. OTRAS	ACLIDIR A	CITAS EN EI	ECHA V HODAR	IO INDICADO	TOMAR MEDIC	ACION EN HO	DRA INDICADA	
INDICACIONES	ACOUNTA	CIPO CITT	LCIA I HORAK	IO INDICADO,	TOWAR WILDIG	ACION EN HC	MA INDICADA	
INDICACIONES						-	<u>.</u>	
			•					
		-						
			-					
8. CURACIÓN	EN CLINICA	DE HERIDAS	EN 3 DIAS					
9. RETIRO DE	EN (CLINICA DE	HERIDAS	EN 10 DIAS				
PUNTOS						·		
		ľ						
10. MANEJO DE	Coloque d	entro de un	recipiente de	plástico v rígi	do con tapa : Jer	ingas con ag	uia fija, agujas	ampollas, fra
DESECHOS	•		•		xterna, Hospitali			, apaa.,a
SANITARIOS EN EL	Recuerde (que estos d	esechos son: If	NFECCIOSOS -	PELIGROSOS.		_	
DOMICILIO								
DOMICIEIO								
RECONFIRMO QUE LAS	INDICACIO	NES Y CUIT	DADOS PARA E	L DOMICILIO	FUERON ENTEN	DIDAS POR I	EL FAMILIAR Y,	O PACIENTE
11. PACIENTE O FAMILI	IAR OULEN I	REGIRE I A L	NEO PÁNDICON		12 5	NEFRMERA	O RESPONSAE	AI F
	<i>Ø</i> /	1 /	71177		A2. 1	EASTAIRING	- near oreant	
NOMBRE: 170	29022	de /3	e 1 _ (`	•	NOMBRE:	ska:	MCSOI &	
<i>y</i> —		SXCIP	M	-				AUTA
/			→				SOLCA NÚCLEO DE (Lic. Gardia Fra	
FIRMA		<u> </u>		_	FIRMA Y SELLO	<u> </u>	Cybonena Caideado M	
C.I:			<u></u>					
	265741			-				