

PLAN DE EGRESO

ÁREA —EDICA HOSPITALIZACIÓN

1. NOMBRE: VINUEZA	PONCE GISE	LA JAQUELINE		EDAD:	47 años	MÉDICO:	DR BRAVO	
FECHA DE INGRESO:	29/08	/2023	FECHA DE		30/08/2		H.CL: 307582	
EGRESA EN: SILLA DE RUEDAS:		X CAMILLA:		CAMINANDO:		OTRO:		
2. MEDICACIÓN : debe tomar las siguientes medicinas :								
DEXAMETASONA 4 MG		2 TABLETAS				HORARIO		
ONDASENTRON 8MG		1 TABLETA			ORAL	8 AM 8 PM POR 1 DIA		
OMEPRAZOL 20 MG		1 TABLETA		ORAL	6 AM 2 PM 10 PM POR 5 DIAS			
PARACETAMOL 500MG		1 TABLETA			ORAL	EN AYUNAS POR 7 DIAS 6 AM 2 PM 10 PM POR 3 DIAS		
PARACETAMOL 500MG		1 TABLETA			ORAL			
PEGFILGASTRIM 0.6ML					ORAL	EN CASO DE		
APREPITAN 80 MG		1 AMPOLLA					DEL OMBLIGO MAÑANA 6PN	
APREPITAN 60 IVIG		1 TABLETA			ORAL	10 AM POR	2 DIAS	
		_		-				
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·								
					ļ			
	_	L			L			
DIETA SEGÚN ESQUEMA ENTREGADO POR NUTRICIÓN								
DIETA	SEGON ESC	QUEIVIA EINTRE	GADO POR I	NOTRICION			 -	
4. ACTIVIDAD	REPOSO RI	REPOSO RELATIVO						
5. PRÓXIMO		AGENDAR CITA CON DR BRAVO EN DEPENDENCIA DE VALORACION DE TUMORES MAMARIOS						
CONTROL		ENDAR CITA CON LABORATORIO CLINICO PREVIA CITA CON DR BRAVO						
CONTROL	AGENDAR CITA CON TUMORES MAMARIOS							
	ACUDIR A EMERGENCIA SI PRESENTA: FIEBRE MAYOR DE 38 GRADOS, ORINA CON COAGULOS DE SANGRE							
DOLOR Q		JE NO CEDE CON LA MEDICACION, NAUSEA, VOMITO, DIARREA, MORETONES EN BRAZOS O						
		AS, HEMORRAGIA GINGIVIAL,						
	- Parting in Parting in the Parting							
			<u></u>					
7. OTRAS INDICACIONES								
0								
P								
8. CURACIÓN	EN EME	RGENCIA:						
				•				
9. RETIRO DE								
PUNTOS		-				•		
roitios								
10. MANEJO DE	Cologue d	entro de un rec	ciniente de r	dástico v rígi	ido con tana : ler	ingas con ag	uia fiia aguias amnollas fra	
	10. MANEJO DE Coloque dentro de un recipiente de plástico y rígido con tapa : Jeringas con aguja fija, agujas, ampollas, f DESECHOS 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								
NOMBRE: EPisabeth Cerol		Pan			NOMBRE:	χc	11	
MOINIBRE: CAISON	ANI CEDO			-	HOINDRE.		EO DE OUITO	
برر. الاسر.						Jaquel	ine Culle 7	
FIRMA THE POLICE					FIRMA Y SELLO	=NFER '' ₩###1	MERA Tella su mi ans	
				-			•	
C.1: 141692189 5				_				