

PLAN DE EGRESO

ÁREA = EDICA HOSPITALIZACIÓN

1. NOMBRE: VITERI CASARES MAR				EDAD:		MÉDICO:	DRA. SORIA
FECHA DE INGRESO: 17/08 EGRESA EN: SILLA DE RUEDAS:					23/08/2023		H.CL: 254724
	X CAMILLA:		CAMINANDO:	CAMINANDO: OTRO			
2. MEDICACIÓN : debe tomar las siguientes medicinas :							
MEDICACIÓN	·	DOSIS		VIA	HORARIO		
APREPITAN 80MG		1 TABLETAS			ORAL	A LAS 2 Y 30PM	
OMEPRAZOL 20 MG.		1 TABLETA			ORAL	20 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO	
ONDASETRON 8 MG.		1 TABLETA		ORAL	A LAS 8 AM Y 8 PM		
PARACETAMOL 500 MG.		1 TABLETA		ORAL		10 PM Y 6 AM POR 5 DIAS	
PEGFILGASTRIM 0,6 MG.		1 AMPOLLA	\			A LAS 18H00)
ZOPLICONA 3,75 MG.		1 TABLETA		ORAL	A LAS 21H00)	
		ļ					
		 _					
							
		 			-		
		<u> </u>					
3. DIETA SEGÚN ESQUEMA ENTREGADO POR NUTRICIÓN							
		2021111112111	TEGADO I CITA	TOTRICION			
4. ACTIVIDAD	REPOSO RELATIVO						
DRA. SORIA EL 28/08/2023 A LAS 12H20							
5. PROXIIVIO		S DE LABORATORIO PREVIO A CITA DRA. SORIA					
CONTROL		,	Homo mana	ri Gili Gili.	. 301171		
	4.CUIDID 4.1						
		EMERGENCIA SI PRESENTA: DIARREA, VOMITO, DIFICULTAD RESPIRATORIA ONES DEL ESATDO DE CONCIENCIA, SANGRADO					
ALARMA , ALTERACI		ONES DEL ESATDO DE CONCIENCIA, SANGRADO					
							
					-		
7. OTRAS							
INDICACIONES							
					- -		
h				<u> </u>	·		
			•				
8. CURACIÓN EN EMEI		RGENCIA :		-, <u>-</u>	. <u></u>		
				_			
9. RETIRO DE					· = 		
PUNTOS							
10. MANEJO DE	Coloque dentro de un recipiente de plástico y rígido con tapa : Jeringas con aguja fija, agujas, ampollas, fra						
DESECHOS	vidrio de medicamentos y entregar en Consulta Externa, Hospitalización o Emergencia						
SANITARIOS EN EL	EN EL Recuerde que estos desechos son: INFECCIOSOS - PELIGROSOS.						
DOMICILIO							
RECONFIRMO QUE LAS	INDICACIO	NES Y CUID	ADOS PARA EL	DOMICILIO	FUERON ENTEN	DIDAS POR E	L FAMILIAR Y/O PACIENTE
				DOMINICIAL			
11. PACIENTE O FAMILIAR QUIEN RECIBE LA INFORMACIÓN 12. ENFERMERA/O RESPONSABLE							
NOMBRE: Maxia Belli Canelos NOMBRE: 1- Termos Termos							as Term
MOINIBRE TICTA IIV	()7/1/1	MUXID	-	-	HOMBIAL.	156 15-00	COD (andre
1/ -	, –	<u></u>	_ /				ÚCLEO DE QUITO mando Tapia G.
FIRMA Y SELLO: ENFERNECICIDADO ORES 10							RO CUIDADO DIRECTO
C.I: 120539327 - 9						T. L. Land Dr. L. V.	
<u> </u>	<u>072 T</u>			-			