

## **PLAN DE EGRESO**

## ÁREA EDICA HOSPITALIZACIÓN

1. NOMBRE: CUNALATA IZA LUIS PATRICIO				EDAD:	53 años	MÉDICO:	DRA. BENITEZ	
		/2023 FECHA DE EGRESO:			02/09/2023		H.CL:	279156
EGRESA EN : SILLA DE RUEDAS:		X CAMILLA:		CAMINANDO:		OTRO:	_,,,,,,	
2. MEDICACIÓN : debe tomar las siguientes medicinas :								
MEDICACIÓN		DOSIS		VIA	HORARIO			
ONDASETRON 8MG		1 TABLETA		ORAL	7:00 - 15:00 - 22:00			
METOCLOPRAMIDA 10MG		1 TABLETA		ORAL	ANTES DEL DESAYUNO-ALMUERZO -MERI			
FILGASTRIM 300MG		1 AMPOLLA		SUB CUTANEA			IVICINI	
GABAPENTINA 300MG		2 CAPSULAS		ORAL	19:00 PM			
AMITRIPTILINA		1 TABLETA		ORAL	CADA NOCH	IE .		
PARACETAMOL 500MG		1 TABLETA		ORAL	7AM-2PM-9PM			
LIDOCAINA PARCHE		PARCHE		PIEL	7AM HASTA 7PM			
3. DIETA SEGÚN ESQUEMA ENTREGADO POR NUTRICIÓN								
		= [N]						
4. ACTIVIDAD	REPOSO RI	RELATIVO						
	NEI 030 NELATIVO							
5. PRÓXIMO	CITA CON	DRA ABAD 1	7/10/2023					
1	EXAMENES DE LABOTORIO EL 16/10/2023 A LAS 07:00 PREVIA CITA DRA ABAD							
CONTROL	CITA DRA ROSALES 16/10/2023 09:20AM							
	ACUDIR A EMERGENCIA SI PRESENTA: FIEBRE MAYOR DE 38 , VOMITOS NO CONTROLADOS							
6. SIGNOS DE	DOLOR QUE NO CEDE CON LA MEDICACION, NAUSEA, VOMITO, DIARREA							
ALARMA	ESTREÑIMIENTO POR MAS DE 3 DIAS							
7. OTRAS	CITA PARA	A TOMOGRAFIA 22/09/2023 A LAS 15:00						
INDICACIONES	CITA CON TUMORES MIXTOS 11/09/2023 A LAS 10:40							
		<del></del>	<del></del>					
8. CURACIÓN	ENI ENAF	RGENCIA :				<del></del>	<u> </u>	
o. CURACIUN	CIN EIVIE	NGENCIA :				<del></del>		
•								
9. RETIRO DE			<del></del>					
PUNTOS								
40 1411515					1	4	uin fil	
10. MANEJO DE Coloque dentro de un recipiente de plástico y rígido con tapa : Jeringas con aguja fij vidrio de medicamentos y entregar en Consulta Externa, Hospitalización o Emergen							juja tija, agujas, argencia	ampollas, fra
DESECHOS	viurio de r Reciierda	neuicamento que estos de	edicamentos y entregar en Consulta Externa, Hospitalización o Emergencia le estos desechos son: INFECCIOSOS - PELIGROSOS.					
SANITARIOS EN EL		, colos ut						
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: BALO CULALATA				NOMBRE:	_ Ach w	ila del.		
Andrea Aguilat							Iquilar S.	
FIRMA =	弘 11.	1/1/2			FIRMA Y SELLO	Andrea F : ENFER	MÉRA	
		(40			<u>C.1. 02 02</u>	114849		
C.I:	727584	6 18						