

PLAN DE EGRESO

ÁREA MÉDICA HOSPITALIZACIÓN

1. NOMBRE: RODRIGU				EDAD:			DRA. GLENDA	A PONCE
FECHA DE INGRESO:	25/8/	/2023	FECHA DE	EGRESO:	30/8/20	023	H.CL:	300507
EGRESA EN : SILLA DE RUEDAS: CAM			CAMILLA:		CAMINANDO:	X OTRO: X		
2. MEDICACIÓN : debe tomar las siguientes medicinas :								
MEDICACIÓN	l		DOSIS		VÍA		HORARIO	
COTRIMOXAZOL		8ML		ORAL	8AM Y 8PM. LUNES, MARTES, MIERCOLE			
SALMETEROL+ FLUTICASONA		25/50 2 PUFF			8AM Y 8 PM CON INHALOCAMARA			
SALIVIETEROE+ FEOTICASONA		23/30 2 F OFF		INHALATORIA	DESDE HOY HASTA 2/9/2023			
LORATADINA		10 MG: 1 TABLETA		ODAL	8PM DESDE HOY HASTA 1/9/2023			
MERCAPTOPURINA		75MG: 1TABLETA Y MEDIA			ORAL ORAL			<u> </u>
WERCAFTOFORINA		75WG. TTABLETA T WEDIA			URAL	2 HORAS DESPUES DE MERIENDA 8PM SIN LACTEOS DESDE HOY AL 5/9/2023		
						SIN LACIEC	S DESDE HOT	AL 5/9/2023

·····		<u> </u>						
						J		
3. DIETA SEGÚN ESQUEMA ENTREGADO POR NUTRICIÓN								
						·	·	
								
		RELATIVO, EVITAR GOLPES Y CAIDAS						
		A ELEMENTAL 3 MEDIDAS DIARIAS						
5 00 Ó WAAO	CONTROL POR CONSULTA EXTERNA DE ONCOPEDIATRIA EL 06 DE SEPTIEMBRE DEL 2023 CON							
S. PRUXIIVIO		POS DE EXAMENES						
CONTROL								
	ACLIDID A	ENTERCENCIA	C DOCCENT	00100111				
TOS, DIFIC		EMERGENCIA SI PRESENT, DOLOR INTENSO, FIEBRE MAYOR A 38, VOMITO, DIARREA						
		CULTAD PARA RESPIRAR, DETERIORO NEUROLOGICO, LESIONES EN LA BOCA						
	TELEFONC	EFONOS :2419773 EXT:2202-2199 CEL 0963333000						
		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·						
7. OTRAS BAÑO DIA								
		STRICTO DE MANOS						
		ONTACTO CON PERSONAS ENFERMAS (GRIPE)						
	USO DE M	DE MASCARILLA						
	·	 						*
		RGENCIA:						
		CLINICA DE HERIDAS						
9. RETIRO DE								
PUNTOS					· — · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			
10. MANEJO DE	Coloque d	entro de un r	ecipiente de	plástico y rí	gido con tapa : J	eringas con	aguja fija, agu	ijas, ampollas
10. MANEJO DE Coloque dentro de un recipiente de plástico y rígido con tapa : Jeringas con aguja fija, agu vidrio de medicamentos y entregar en Consulta Externa, Hospitalización o Emergencia								
SANITARIOS EN EL Recuerde que estos desechos son: INFECCIOSOS - PELIGROSÓS.								
DOMICILIO								
VI								
11. PACIENTE O FAMILIAR QUIEN RECIBE LA INFORMACIÓN 12. ENFERMERA/O RES							O RESPONSA	3LE
NOMBRE: Jania Guaman					NOMBRE:		(, Cu	16).
10mil 6 uar		<i>\alpha\rangle</i>			IACIAIDKE:	Lie Ce	nnie Cano Co	
							FERMER	
FIRMA				FIRMA Y SELLO :	C.1.	P9559283	61 CC.K	
C.I: 060524288-2				•		KEG	0020-7020-21 8	19161
<u> </u>								