

## PLAN DE EGRESO

## ÁREA EDICA HOSPITALIZACIÓN

1 NOMBRE POSERO	DTEACA DI	ANICA ALIBO	DΛ	L EDAD:	74 ~~	l a é D L C C		
1. NOMBRE: ROSERO ARTEAGA BL FECHA DE INGRESO: 16/08		LANCA AURORA EDAD: B/2023 FECHA DE EGRESO:			MÉDICO:	DRA. MUÑOZ		
EGRESA EN : SILLA DE RUEDAS:		X CAMILLA:		19/08/2023		H.CL: 259514		
					CAMINANDO:		OTRO:	
2. MEDICACIÓN : debe t	tomar las sig	guientes me	dicinas :				•	
MEDICACIÓN		DOSIS		VIA	HORARIO			
PARACETAMOL 500 MG.		1 TABLETA		ORAL	A LAS 2 PM, 10 PM Y 6 AM POR 3 DIAS			
				ONAL	EN CASO DE PRESENTAR DOLOR			
LORATADINA 10 MG		1 TABLETA		ORAL	ANTES DE DORMIR POR 5 DIAS			
FILGRASTIM 300MCG		AMPOLLA		SUBCUTANEA				
· izoiii ioiiiii oooiiieo		7.1111 0227		JOBCOTANEA		A PARTIR DE MAÑANA		
LEVOTIROXINA 100 UG		1 TABLETA		ORAL				
LEVOTINOXINA 100 00		TIABLETA		URAL	TOMAR 1 HORA ANTES DE DESAYUNO Y 3 HORAS ANTES DE MEDICAC. HABITUA			
LOSARTAN 50 MG		1 TABLETA		0001				
ONDASETRON 8MG		1 TABLETAS		ORAL	TOMAR 8 AM			
				ORAL	CADA 12 HORAS 8 AM - 8 PM			
METOCLOPRAMIDA 10MG		1 TABLETA		ORAL	ANTES DESAYUNO, ALMUERZO, MERIENDA			
		L	·· <u>·</u>					
SEGÚN ESQUEMA ENTREGADO POR NUTRICIÓN								
4. ACTIVIDAD REPOSO RELATIVO								
4. ACTIVIDAD	KEPUSU KI	POSO RELATIVO						
5 PRÓXIMO CITA CON DR. GUALLASAMIN 13/01/2024// REALIZAR TAC Y CREATININA 19/10/2023 8H30 Y 11 AM							1/2023 8H30 V 11 AM	
5. PRÓXIMO	R EXAMENES DE CONTROL PREVIA CITA DE ONCOLOGIA 28/08/2023 7H30 AM							
CONTROL						0/00/2023 /	H3U AIVI	
····	CITA CON	TERAPIA DEL	DOLOR 28/09	/2023 9H20	) 			
6. SIGNOS DE	EMERGENCIA SI PRESENTA: DIARREA, VOMITO, DOLOR, FIEBRE							
ALARMA								
7. OTRAS	·							
INDICACIONES								
			··································					
V								
8. CURACIÓN	EN EME	RGENCIA :						
	·			<del></del>				
9. RETIRO DE								
·								
PUNTOS	•			<del></del>		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	<del></del>	
10. MANEJO DE	6-1 .			.17.41	:	·	uia fila aquitas agrees lles f	
	Coloque dentro de un recipiente de plástico y rígido con tapa : Jeringas con aguja fija, agujas, ampollas, fra vidrio de medicamentos y entregar en Consulta Externa, Hospitalización o Emergencia Recuerde que estos desechos son: INFECCIOSOS - PELIGROSOS.							
DESECHOS								
SANITARIOS EN EL								
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: Viedad Porilo. NOMBRE: Jenifer Aules							niter Hules	
LIC. JEW. Julio						JENN DALES		
L EIDAAA			FIRMA Y SELLO					
FIRMA ^				-		<u> </u>	2815561	
C.I: '/	0001343	566.				team.		