



NÚCLEO DE QUITO

PLAN DE EGRESO

ÁREA EDICA
HOSPITALIZACIÓN

1. NOMBRE: IZA ZAPATA MILTON RAMON EDAD: 63 años MÉDICO: DR FALCON
FECHA DE INGRESO: 07/08/2023 FECHA DE EGRESO: 10/08/2023 H.CL: 251289
EGRESA EN: SILLA DE RUEDAS: X CAMILLA: CAMINANDO: OTRO:

2. MEDICACIÓN : debe tomar las siguientes medicinas :

MEDICACIÓN	DOSIS	VIA	HORARIO
OMEPRAZOL 20MG	1 TABLETA	VIA ORAL	A LAS 6AM POR 7 DIAS
ONDASETRON 8MG	1 TABLETA	VIA ORAL	8AM Y 8PM POR 5 DIAS
METOCLOPRAMIDA	1 TABLETA	VIA ORAL	7AM, 12PM, 5PM POR 5 DIAS
PARACETAMOL 500MG	2 TABLETA	VIA ORAL	EN CASO DE DOLOR
			SI TOMA 1 DOSIS ESPERAR 6-8H PARA OT
			DOSIS
FILGASTRIM 300 MG	1 AMPOLLA	SUBCUTANEO	A LAS 6AM DEL DIA DE MAÑANA 11/8/20
			POR 5 DIAS
RECECADOTRILLO 100MG	1 CAPSULA	VIA ORAL	DESPUES DE CADA COMIDA POR 3 DIAS
			EN CASO DE PRESENTAR DIARREA
OXICODONA 10MG	1 TABLETA	VIA ORAL	8AM Y 8PM

3. DIETA SEGÚN ESQUEMA ENTREGADO POR NUTRICIÓN

4. ACTIVIDAD REPOSO RELATIVO

5. PRÓXIMO CONTROL
CITA DR CAMINO CONSULTA EXTERNA PSIQUIATRIA 23/8/2023 A LAS 10AM
ONCOLOGIA CITA 21/8/2023 DRA SORIA 21/8/2023 A LAS 12PM
LABORATORIO EXAMENES EL 21/8/2023 A LAS 7AM

6. SIGNOS DE ALARMA ACUDIR A EMERGENCIA SI PRESENTA: EN CASO DE DOLOR INTENSO, FIEBRE, DIARREA

7. OTRAS INDICACIONES
TERAPIA DE DOLOR DRA CERVANTEZ 23/8/2023 A LAS 10:30AM
LACTULOSA 200ML, TOMAR 30ML, A LAS 10PM, SUSPENDER EN CASO DE DIARREA
GABAPENTINA 300MG, TOMAR 1 CAPSULA A LAS 8PM
OMEPRAZOL 20MG 1 TABLETA A LAS 6AM

8. CURACIÓN EN EMERGENCIA :

9. RETIRO DE PUNTOS

10. MANEJO DE DESECHOS
SANITARIOS EN EL DOMICILIO
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.

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

NOMBRE: Rocío Velasco

FIRMA: Rocío Velasco

C.I.: 170923766-1

12. ENFERMERA/O RESPONSABLE

NOMBRE: Enail

FIRMA Y SELLO:

BOLCA NÚCLEO DE QUITO
Cda. Katherine Abad
ENFERMERA DE CUIDADO DIRECTO
Cédula: 1750376342