

## **PLAN DE EGRESO**

## ÁREA —EDICA HOSPITALIZACIÓN

1. NOMBRE: MALEZA NUÑEZ MARIA DEL PILAR EDAD: 62 años MÉDICO: DRA. TANNIA SOR								NIA SORIA
FECHA DE INGRESO: 23/08,		/2023	FECHA DE	EGRESO:	24/08/2	023	H.CL:	296353
EGRESA EN: SILLA DE	Х	CAMILLA:		CAMINANDO:		OTRO:		
2. MEDICACIÓN : debe tomar las siguientes medicinas :								
MEDICACIÓN		DOSIS			VIA	HORARIO		
PEGFILGASTRIM		0,6 ML		SC	24 HORAS POSTERIOR A QT 16:00PM			
ONDASETRON 8MG		1 TABLETA		VO	CADA 12 HORAS 8AM - 20 PM			
METOCLOPRAMIDA 10MG		1 TABLETA		ORAL				
DEXAMETASONA 4MG		1 TABLETA		ORAL	CON CADA COMIDA PRINCIPAL  CADA 12 HORAS 8AM - 20 PM			
FLUOXETINA 20MG		1 TABLETA		ORAL	CADA DIA			
CLONAZEPAN 2MG		1 TABLETA			ORAL	CADA DIA		
OXICODONA 5MG					ORAL	7AM Y 7 PM	<u> </u>	
		1 TABLETA		<del> </del>		9:00 PM	<u> </u>	
GABAPENTINA 300MG		1 TABLETA		ORAL	9:PM SUSPENDER SI HAY DIARREA			
LACTULOSA 65		<u> </u>			ORAL	CADA DIA		
ENOXAPARINA 60MG		1 AMPOLLA			sc	CADA DIA		
	,	L						
		<del></del>						
3. DIETA	SEGUN ESC	QUEMA ENTRE	GADO POR I	NUTRICION				
4. ACTIVIDAD	DEDOSO B	ELATIVO						
4. ACTIVIDAD	REPOSO RELATIVO							
r ppóvinao	CITA DRA.	SORIA 26/09/:	2023					
5. PRÓXIMO	EXAMENES PREVIA CITA DRA. SORIA 25/09/2023 7AM							
CONTROL	CITA DRA. CERVANTES 28/08/2023							
6. SIGNOS DE	ACUDIR A EMERGENCIA SI PRESENTA: FIEBRE MAYOR DE 38 , VOMITOS NO CONTROLADOS							
ALARMA	DOLOR QUE NO CEDE CON LA MEDICACION, NAUSEA, VOMITO, DIARREA							
ALANIVIA	ESTREÑIMIENTO POR MAS DE 3 DIAS							
7. OTRAS	AC CORPORAL	EL 06/09/20	23					
INDICACIONES	AGENDAR CITA POR MEDICINA INTERNA							
INDICACIONES	ACCIDENT ON MEDICINETITION							
2 212 22 22	5N 5N45	DCENCIA :						
8. CURACIÓN	EN EIVIE	RGENCIA:		<del></del>				
								<del></del>
9. RETIRO DE								
PUNTOS								
10. MANEJO DE	Coloque d	lentro de un re	ecipiente de	plástico v ríg	ido con tapa : Je	ringas con ag	guja fija, aguja	as, ampollas, fra
DESECHOS	vidrio de i	medicamentos	v entregar e	en Consulta E	externa, Hospital	ización o Em	ergencia	
SANITARIOS EN EL	Recuerde	que estos des	echos son: If	VFECCIOSOS	- PELIGROSOS.			
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: LOGGE	EONESTEZ			NOMBRE:	A-Ani	lor		
NOMURE. JUNE	7	<del>//</del>	<del></del>	_			Aguilar S.	
	The state of the s					ENFFR	ngunar S. Meba	
FIRMA -	year -				FIRMA Y SELLO	: C.I: 0202	114848	
<u> </u>	110701	:079/30				***************************************		<del></del>
C.I:	11-11C	, <u> </u>		_				