

PLAN DE EGRESO

ÁREA MÉDICA HOSPITALIZACIÓN

1. NOMBRE: ESCOBAR				EDAD:			DRA.GEMA N		
FECHA DE INGRESO:		/2023	FECHA DE		24/8/20		H.CL:	287270	
EGRESA EN : SILLA DE	CAMILLA:			CAMINANDO: X		OTRO:	хх		
2. MEDICACIÓN : debe tomar las siguientes medicinas :									
MEDICACIÓN		DOSIS			VÍA	f	HORARIC	5	
SULFATO DE MAGNESI		ADMINISTRAR 500MG(1TAB)			VIA ORAL	8AM -8PM			
GABAPENTINA CAPS		ADMINISTRAR 300MG (1 CAPS)				14PM-22PI	M-06AM		
COTRIMOXAZOL+SULFAMETOXÁ		ADMINISTRAR 9CC			VIA ORAL	8AM-8PM	LUNES -MART	ES-MIERCOLES	
ZOL-(TRIMETROPRIN)									
VORICONAZOL TABLET	AS	ADMINISTRAR 200MG (1 TAB)			VIA ORAL	10AM -10P	M		
		<u> </u>				<u> </u>			
		<u> </u>				<u> </u>			
		 			<u> </u>	<u> </u>			
		├ ──				 			
		 			 				
		<u> </u>			<u> </u>	J			
3. DIETA	SEGÚN ES	OUEMA EN	ITREGADO PO	P NUTRICIÓ!	u				
J. DILIA	3500.4 23	QUEITIA E.I.	THEONDO . C.	A HOTRICIO					
4. ACTIVIDAD	ACTIVIDAD REPOSO RELATIVO, EVITAR GOLPES Y CAIDAS								
	ACUDIR A CONTROL POR CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRIA EL 30 DE AGOSTO DEL 2023								
5. PRÓXIMO	CON EXAMENES, ADEMAS AGENDAR TURNO PARA CLINICA DE HERIDAS EL 30/08/2023							<u>'</u>	
CONTROL AGENDAR TURNO PARA CIRUGIA PEDIATRICA DR MORENO EL 4/09/2023							30,00,2023		
		-							
6. SIGNOS DE	IGNOS DE ACUDIR A EMERGENCIA SI PRESENT, DOLOR INTENSO, FIEBRE MAYOR A 38, VOMITO, DIA							RREA	
ALARMA	TOS, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DETERIORO NEUROLOGICO, LESIONES EN LA BOCA								
	TELEFONC	TELEFONOS :2419773 EXT:2202-2199 CEL 0963333000							
7. OTRAS	BAÑO DIARIO								
INDICACIONES	INDICACIONES LAVADO ESTRICTO DE MANOS EVITAR CONTACTO CON PERSONAS ENFERMAS (GRIPE) USO DE MASCARILLA								
									
8. CURACIÓN	4	RGENCIA:							
	POR CLINICA DE HERIDAS								
9. RETIRO DE		<u> </u>							
PUNTOS									
10. MANEJO DE	Coloque dentro de un recipiente de plástico y rígido con tapa : Jeringas con aguja fija, agujas, ampollas								
DESECHOS	vidrio de medicamentos y entregar en Consulta Externa, Hospitalización o Emergencia								
SANITARIOS EN EL	Recuerde que estos desechos son: INFECCIOSOS - PELIGROSOS.								
DOMICILIO									
				VI					
11. PACIENTE O FAMILIAR QUIEN RECIBE LA INFORMACIÓN 12. ENFERMERA/O RESPONSABLE									
NOMBRE ANDRI ESCOBRE / NOMBRE: 12 acostnit									
, , , , <u>, , , -</u>	")/	-//-	_	14417161161		~411		
			-1./			±01 CAN	UCLEO DE QUITO		
FIRMA									
C.1: 172022789-9									
		_ 		_					