



NÚCLEO DE QUITO

PLAN DE EGRESO

ÁREA – EDICA
HOSPITALIZACIÓN

1. NOMBRE: MENDEZ BURNEO MARTHA SUSANA

EDAD: 58 años

MÉDICO: DRA CALI

FECHA DE INGRESO: 02/08/2023

FECHA DE EGRESO: 04/08/2023

H.CL : 74659

EGRESA EN : SILLA DE RUEDAS: X

CAMILLA:

CAMINANDO:

OTRO:

2. MEDICACIÓN : debe tomar las siguientes medicinas :

MEDICACIÓN	DOSIS	VIA	HORARIO
ONDASETRON 8MG	1 TABLETA	ORAL	6AM 14PM 22PM POR 5 DIAS
METOCLOPRAMIDA	1 TABLETA	ORAL	CADA 8 HIROAS POR 5 DIAS
APREPITAN 80MG	1 TABLETA	ORAL	11:30 DIA 3 05/08/2023
FILGRASTIM 300MCG	1 AMPOLLA	SUBCUTANEO	24 HORAS POSTERIOR A QT
DEXAMETASONA 4MG	1 TABLETA	ORAL	CADA 12 POR HOY
LEVOTIROXINA 37,5	1 TABLETA	ORAL	6AM CADA DIA
TRAZODONA 50MG	1/2 TABLETA	ORAL	21PM
GABAPENTINA 300MG	1 TABLETA	ORAL	21PM
OXICODONA 20MG	1 TABLETA	ORAL	7AM 7PM
MORFINA 10MG	1 AMPOLLA	SUBCUTANEO	SOLO POR DOLOR
LACTULOSA 30ML	30 ML	ORAL	10AM 10PM

3. DIETA SEGÚN ESQUEMA ENTREGADO POR NUTRICIÓN

4. ACTIVIDAD REPOSO RELATIVO

5. PRÓXIMO
CONTROL

ACUDIR A CITA CON DRA ABAD 29/08/2023 10:20AM

PREVIO A CITA LABORATORIOS DE CONTRO A LAS 7AM 29/08/2023

RESONANCIA DE ABDOMEN Y PELVIS 6/8/2023 17PM

6. SIGNOS DE
ALARMAACUDIR A EMERGENCIA SI PRESENTA: FIEBRE MAYOR DE 38 GRADOS, ORINA CON COAGULOS DE SANGRE
DOLOR QUE NO CEDE CON LA MEDICACION, NAUSEA, VOMITO, DIARREA7. OTRAS
INDICACIONES

ACIDO FOLICO 1MG 1 TABLETA VIA ORAL CADA DIA 10AM

VITAMINA B12 INTRAMUSCULAR CADA 9 SEMANAS 29/09/2023 SIGUIENTE DOSIS

8. CURACIÓN

EN EMERGENCIA :

9. RETIRO DE
PUNTOS10. MANEJO DE
DESECHOS
SANITARIOS EN EL
DOMICILIOColoque 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

12. ENFERMERA/O RESPONSABLE

NOMBRE:

PATRICIA SEGURA

NOMBRE:

ERIK MONTAÑA


FIRMA

C.I:

170526241-4

FIRMA Y SELLO :

SOLCA NÚCLEO DE QUITO
Cada Erika Montaña
ENFERMERA
C.I. 1718935644

 NUCLEO DE QUITO	REPORTE DE ALIMENTACIÓN POR PACIENTE								
	NUTRICION								
NOMBRE: MONTEROS JAIME						CAMA: 323			
N° DE HISTORIA CLINICA: 74659						SERVICIO: ONCOLOGIA CLINICA			
FECHA	TIEMPO DE COMIDA								OBSERVACIONES
	PACIENTE					FAMILIAR			
	DESAYUNO	COLACION AM	ALMUERZO	COLACION PM	MERIENDA	DESAYUNO	ALMUERZO	MERIENDA	
2/8/2023					X				
3/8/2023	NPO		X		X				
4/8/2023	X	x	-		ALTA				
NUTRICIONISTA RESPONSABLE: BERTHA MALAVE									



BA