

PLAN DE EGRESO

ÁREA MÉDICA HOSPITALIZACIÓN

1. NOMBRE: CAISALITIN CHACHALO MAYKEL ALEXANDER EDAD: 14 años MEDICO: DRA MENDOZA					
FECHA DE INGRESO: 31/7/				023 H.CL: 293256	
EGRESA EN : SILLA DE RUEDAS:		CAMILLA:			
2. MEDICACIÓN : debe tomar las siguientes medicinas :					
VORICONAZOL 200 MG		1 TABLETA		HORARIO	
COTRIMOXAZOL		MEDIA TABLETA	ORAL	DESPUES DE DESAYUNO Y MERIENDA	
SULFATO DE MAGNESIO		500 MG	ORAL	8 AM Y 8 PM LUNES MARTES MIERCOLE	
GABAPENTINA 300 MG		1 CAPSULA	ORAL	07/08/2023 Y CADA 48 HORAS	
MEBO		CREMA	ORAL	6AM,2PM,10 PM	
LACTULOSA		15 ML		TRES VECES AL DIA	
TRAMAL		35 MG	ORAL	6 AM Y 6 PM SUSPENDER SI HAY DIARRE	
ONDASETRON 8 MG		4 MG (MEDIA TABLETA)	ORAL	POR RAZONES NECESARIAS	
ONDASETRON BING		4 MG (MEDIA TABLETA)	ORAL	POR RAZONES NECESARIAS PREVIO A	
			- 	DOSIS DE TRAMAL	
·					
		<u> </u>	<u></u>		
3. DIETA	SEGÚN ES	QUEMA ENTREGADO POR	NUTRICIÓN		
·-·					
4. ACTIVIDAD	REPOSO R	ELATIVO, EVITAR GOLPES	Y ÇAIDAS		
			<u> </u>		
5. PRÓXIMO	CONTROL	ROL POR CONSULTA EXTERNA 14/08/2023 CON EXAMENES DE LABORATORIO			
3.FROXIIIO					
CONTROL		<u> </u>			
ACUDID A SMEDCENCIA SUBDESCRIT DOLOD INTENESS SISBRE MANOS ASSURED				IAVOR A 20 MODALTO DIARREA	
6. SIGNOS DE	TOS DISIC	ACUDIR A EMERGENCIA SI PRESENT, DOLOR INTENSO, FIEBRE MAYOR A 38, VOMITO, DIARREA TOS, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DETERIORO NEUROLOGICO, AUMENTO DE LESIONES EN LA BOCA			
ALARMA	TELECONO	TELEFONOS :2419773 EXT:2202-2199 CEL 0963333000			
	TECEPONO	73 .24 197 73 EXT. 2202-219	CEL 0903333000		
7. OTDAC					
7. OTRAS BAÑO DIA					
		ESTRICTO DE MANOS			
USO DE		AR CONTACTO CON PERSONAS ENFERMAS (GRIPE) DE MASCARILLA			
		TTAR USO DE PAPEL HIGIENICO, ASEO CON AGUA DE MANZANILLA			
8. CURACIÓN EN E		RGENCIA :			
9. RETIRO DE					
PUNTOS					
	·				
10. MANEJO DE Coloque dentro de un recipiente de plástico y rígido con				eringas con aguja fija, agujas, ampollas	
DESECHOS	vidrio de medicamentos y entregar en Consulta Externa, Hospitalización o Emergencia Recuerde que estos desechos son: INFECCIOSOS - PELIGROSOS.				
SANITARIOS EN EL	necuerbe (que estos desechos son: In	irecciosos - Petigkosos.		
DOMICILIO					
11. PACIENTE O FAMILIAR QUIEN RECIBE LA INFORMACIÓN 12. ENFERMERA/O RESPONSABLE					
11. PACIENTE O FAMILIAR QUIEN RECIBE LA INFORMACIÓN 12. ENFERMERA/O RESPONSABLE					
NOMBRE: Blonco atocho		ام	NOMBRE:	showley Ira	
				OLDA MUCKEO DE QUI)	
FIRMA			FIRMA Y SELLO :	ENEERMERO	
C.I: <u>(0031134444</u>					
				, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	