

PLAN DE EGRESO

ÁREA #EDICA HOSPITALIZACIÓN

1. NOMBRE: X TROYA TEOFILO X			EDAD:	60 años	MÉDICO:	DRA PEREZ
FECHA DE INGRESO: 27/08		3 FECHA DI	EGRESO:	31/08/2	2023	H.CL: 293660
EGRESA EN: SILLA DE RUEDAS:		X CAMILLA	l:	CAMINANDO:		OTRO:
2. MEDICACIÓN : debe tomar las siguientes medicinas :						
MEDICACIÓN	i I	DOSIS		VIA	T .	HORARIO
MORFINA 10MG		BLETA		ORAL	7AM 14PM	
ONDASETRON 8MG		BLETA		ORAL	<u> </u>	TES DE DESAYUNO ALMUER
ONDASE MON BIVING	12.10	DLI, IA		ONAL	Y MERIEND	
RACECADOTRILO 100MG		BLETA		ORAL		TES DE DESAYUNO ALMUER
				- 0.5.2	Y MERIEND	
						
						
					<u> </u>	
		- · · ·				
			- -			-
	•				· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
3. DIETA	SEGÚN ESQUEM	//A ENTREGADO POR	NUTRICIÓN			
1	-	-				
4 ACTIVIDAD	DEDOCO DEL ATI	VO				
4. ACTIVIDAD	REPOSO RELATIVO					
			-			
						· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
						<u> </u>
5. PRÓXIMO CITA CON DRA CERVANTES 2/10/2023						
CONTROL	CITA CON DRA PEREZ 7/09/2023 11AM					
	CITA CON DRA JIMBO 7/09/2023					
	ACUDIR A EMER	RGENCIA SI PRESENT	A FIFRRE MA	YOR DE 38 VOM	HTOS NO CO	NTROLADOS
6. SIGNOS DE	ACUDIR A EMERGENCIA SI PRESENTA: FIEBRE MAYOR DE 38 , VOMITOS NO CONTROLADOS DOLOR QUE NO CEDE CON LA MEDICACION, NAUSEA, VOMITO, DIARREA					
ALARMA	ESTREÑIMIENTO POR MAS DE 3 DIAS					
				· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		
7. OTRAS	CITA CON DRA	ODTCC 4 24 /14 /2022	11414	····	· · · · · ·	·
!	CITA CON DRA	ORTEGA 21/11/2023	11AM			<u> </u>
INDICACIONES						
		·		· · · · ·		
		-		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		
8. CURACIÓN	EN ENACEGEN	2514				
8. CURACION	EN EMERGEN	ICIA :				
				· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	<u> </u>	
9. RETIRO DE						
PUNTOS					 	<u> </u>
		<u> </u>			 	
10. MANEJO DE	Coloque dentro de un recipiente de plástico y rígido con tapa : Jeringas con aguja fija, agujas, ampollas, fra					
DESECHOS	Recuerde que estas desechas son: INEFCCIOSOS - PELIGROSOS					
SANITARIOS EN EL	necuerue que e	.3(03 063661103 3011; 1				
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: Gorgon Pries				NOMBRE:		11.601011.5
			-			VALLET OR BE QUITO
					ENFER	o i ateria Garcia Mera dubado directo Mei 1725271660
FIRMA GUIG				FIRMA Y SELLO	:c	.1.: 1775271660
c.i: 7/2/	6369416					