



NÚCLEO DE QUITO

PLAN DE EGRESO

ÁREA EDICA
HOSPITALIZACIÓN

1. NOMBRE: ROSERO ARTEAGA BLANCA AURORA EDAD: 74 años MÉDICO: DRA. BASTIDAS
FECHA DE INGRESO: 29/08/2023 FECHA DE EGRESO: 31/08/2023 H.CL: 259514
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	CADA 12 HORAS 6AM Y 18PM ✓
METOCLOPRAMIDA 10MG	1 TABLETA	ORAL	PREVIO CADA COMIDA PRINCIPAL 5 DIAS ✓
PARACETAMOL 500 MG	1 TABLETA	ORAL	CADA 8 HORAS 3 DIAS 8AM 16PM 24 ✓
LORATADINA 10MG	1 TABLETA	ORAL	ANTES DE DORMIR 5 DIAS ✓
FILGASTRIM 300MCG	1 AMPOLLA	SUBCUTANEO	POR 7 DIAS INICIAR 01/09/2023 17:00 ✓
LEVOTIROXINA 100MCG	1 TABLETA	ORAL	1 TABLETA ANTES DEL DESAYUNO Y ✓ 3 HORAS ANTES DE MEDICAMENTO. ✓
LOSARTAN 50MCG	1 TABLETA	ORAL	8AM ✓

3. DIETA SEGÚN ESQUEMA ENTREGADO POR NUTRICIÓN

4. ACTIVIDAD REPOSO RELATIVO

5. PRÓXIMO CONTROL
CITA DRA MUÑOZ ONCOLOGIA 12/09/2023 11:00AM
ACUDIR A REALIZARSE EXAMENES DE CONTROL PREVIA CITA DE ONCOLOGIA 12/09/2023 07:30AM
ACUDIR A CITA TERAPIA DEL DOLOR EL 28/09/2023 A LAS 09H20

6. SIGNOS DE ALARMA
ACUDIR A EMERGENCIA SI PRESENTA: FIEBRE MAYOR DE 38 GRADOS, ORINA CON COAGULOS DE SANGRE
DOLOR TORAXICO, NAUSEA, VOMITO QUE NO SEDEN CON LA MEDICACIÓN, DIARREA, DIFICULTA PARA
RESPIRAR , DIARREAS, SANGRADO Y / O HEMORRAGIA GINGIVAL, APARICION DE MORETONES.

7. OTRAS INDICACIONES
ACUDIR A CITA CON DR GUALLASAMIN EL 13/01/2024 FAVOR REALIZAR TAC 19/09/2023 19/09/23 11AM
FAVOR REALIZAR CREATININA 19/09/2023 08:30AM A CITA DRA. MUÑOZ INCOLOGIA 12/09/2023 11AM
REALIZARSE EXAMENES PREVIA CITA DE ONCOLOGIA 12/09/2023 07:30AM
ACUDIR CITA TERAPIA DEL DOLOR 28/09/2023 9H20
FAVOR REALIZARSE CREATININA 19/09/2023 08:30 AM

8. CURACIÓN EN EMERGENCIA :

9. RETIRO DE
PUNTOS

10. MANEJO DE DESECHOS -
SANITARIOS EN EL DOMICILIO
Coloque 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

NOMBRE:

Maria Cella

FIRMA

C.I:

1706983488

12. ENFERMERA/O RESPONSABLE

NOMBRE:

LIC. MARIANELA GUAMANTY
ENFERMERA

FIRMA Y SELLO:

Registro: 1040-2021-2356389