

PLAN DE EGRESO

ÁREA MEDICA HOSPITALIZACIÓN

| 4 1014005 54110011 | AL CEDON C | 41.0 DODD | 20 | | 70 7 | | | 2777 2 22 |
|---|---|---------------------------------------|---------------------------------------|----------------|-------------------|--|--|---------------|
| 1. NOMBRE: SANDOVA | | | EDAD: | | MÉDICO: | ANDREA | | |
| FECHA DE INGRESO: 13/08 EGRESA EN: SILLA DE RUEDAS: | | 3/2023 FECHA DE EGRESO: X CAMILLA: | | GRESO: | 16/08/2 | | H.CL: 270718 | |
| | CAMINANDO: | | OTRO: | | | | | |
| 2. MEDICACIÓN: debe tomar las siguientes medicinas: | | | | | | | | |
| MEDICACIÓN | | DOSIS | | VIA | HORARIO | | | |
| PARACETAMOL 500MG | | 2 TABLETAS | | ORAL | 6AM-14PM-22PM | | | |
| METOCLOPRAMIDA 10MG | | 1 TABLETA | | ORAL | | TES DE CADA C | OMIDA | |
| LACTULOSA | | 30ML | | ORAL | | | SI HAY DIARREA | |
| TAMBSULOSINA 0,4MG | | 1 TABLETA | | ORAL | 22PM | | | |
| GABAPENTINA 300MG | | 1 TABLETA | | ORAL | 06AM-14PN | Л-22PM | - | |
| LEVOTIROXINA 75UG | | 1TABLETA | | ORAL | 06AM | | | |
| | | | · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | | | | ······································ | |
| | | | | | | | | <u> </u> |
| · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | | | | | | | | |
| | - | | | | 1 | | | |
| - | | | | | | <u> </u> | - | |
| | | · | | | | <u> </u> | | |
| 3. DIETA | SEGÚN ES | QUEMA EN | TREGADO POR N | IUTRICIÓN | | | | |
| BLANDA | | MAS LIQUIDOS | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 4. ACTIVIDAD AMBULATORIO DE ACUERDO A TOLERANCIA, CON AYUDA DE FAMILIAI | | | | | | | | |
| | | | | | CESARIO QUE PE | RMANEZCA | EN CAMA | |
| | NO REALIZAR ACTIVIDADES QUE DEMANDEN ESFUERZO FISICO | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| EN CONSULTA EXTERNA DRA GRANDA EN 21 DIAS SEGÚN DISPONIBLIDAD DE TURNOS | | | | | | | | |
| 5. PRÓXIMO | | | | | | | | |
| CONTROL | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 6. SIGNOS DE | EMERGENCIA SI PRESENTA: FIEBRE, DOLOR INTENSO QUE NO SEDE CON LA MEDICACION | | | | | | | |
| ALARMA | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 7. OTRAS | LAVADO DE HERIDAS CON AGUA Y JABON- NO COLOCAR CREMAS NI UNGÜENTOS- NO MANIPULAI | | | | | | PULAR | |
| INDICACIONES | | | | | | | | |
| USO DE M | | MASCARILL | | | | | | |
| | NO AUTO | MEDICARSE- | - ACUDIR A CITA | S MEDICAS | PROGRAMADAS | | | |
| | | | | | | | | |
| 8. CURACIÓN | EN CLINICA | DE HERIDAS | RETIRO DE SOI | NDA VESICA | L 28/08/2023 EI | N CLINICA DE | HERIDA\$ | |
| | | | | | | | | |
| | | | · | | | | | |
| 9. RETIRO DE | - FN: | CLINICA DC | UCDIDAS | | - | | | _ |
| l . | EIN | CLINICA DE | HERIDAS | | | | | |
| PUNTOS | | | | | | | | |
| 10. MANEJO DE | Cologue d | antro do un | rocinionto do o | lástico v rígi | do con tapa : Jer | ingas con ag | uia fiia, aguias | ampollas fra |
| DESECHOS | | | | | | | | , amponas, na |
| SANITARIOS EN EL | vidrio de medicamentos y entregar en Consulta Externa, Hospitalización o Emergencia Recuerde que estos desechos son: INFECCIOSOS - PELIGROSOS. | | | | | | | |
| DOMICILIO | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | |
| | | | 1 | | 12. 6 | | | - |
| NOMBRE: Maria del la | | imen Salins | | NOMBRE: | J. Estrado | | | |
| | 1 | | | | | SOL CA NO | CLEO DE QUITO | |
| [(// | 1) | | | | SIDMA VOSUS | Leda. Je | esica Estrada ERMERA | |
| FIRMA Y | | | | | FIRMA Y SELLO | C.I.: 1 | 726056714 | |
| 】c.i: │ 入人 | 0199 | 34646 | | | | | | |